



TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA EN SALUD MENTAL

TÍTULO:

**ADAPTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN
PREVENTIVA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN DOS CENTROS DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE CHILLÁN Y EN EL HOSPITAL
COMUNITARIO DE BULNES: ESTUDIO PILOTO**

ALUMNA:

Constanza Mendoza Bermúdez

**FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCION**

ENERO, 2016

DOCTORADO EN SALUD MENTAL

TÍTULO:

**ADAPTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN
PREVENTIVA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN DOS CENTROS DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE CHILLÁN Y EN EL HOSPITAL
COMUNITARIO DE BULNES: ESTUDIO PILOTO.**



ALUMNA:

Constanza Mendoza Bermúdez

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Sandra Saldivia Bórquez

MIEMBROS DEL TRIBUNAL DE TESIS

Los integrantes de la comisión de la candidata a Doctora, estuvo conformada por los siguientes profesores:

- Sandra Saldivia Bórquez

Profesora Guía

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental - Facultad de Medicina

Universidad de Concepción

- Félix Cova Solar

Departamento de Psicología - Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Concepción

- Sandra Valenzuela Suazo

Dirección de Postgrado y Postítulo - Facultad de Enfermería

Universidad de Concepción

- Benjamín Vicente Parada

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental - Facultad de Medicina

Universidad de Concepción

- Rolando PihánVyhmeister

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental - Facultad de Medicina

Universidad de Concepción



AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

Gracias a Colombia, mi tierra de origen

A Chile por convertirse en mi hogar

A mis padres por enseñarme que la
educación es la mejor forma de ser libre

A mi esposo por ser mi leal compañero de camino

A mi hijo por ser la Luz, la representación permanente del Amor

Y a mis profesores, los de siempre, los de ahora,
especialmente a Sandra por su generosa guía.



ÍNDICE	Página(s)
RESUMEN.....	1
I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. Aspectos clínicos y del diagnóstico.....	6
2.2. Predictores psicosociales.....	9
2.3. Aspectos neurobiológicos.....	12
2.4. Abordaje de la Depresión Postparto.....	14
2.5. Prevención en Depresión Postparto.....	16
2.6. Intervenciones Preventivas en Depresión Postparto.....	20
III. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	22
IV. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	24
V. MÉTODO.....	26
5.1. Población Universo y Muestra.....	26
5.2 Instrumentos.....	29
5.3. Procedimiento.....	31
5.4. Variables.....	34
5.5. Intervención.....	36

5.6. Aspectos éticos.....	39
5.7. Análisis de los datos.....	40
5.7.1. Verificación de la homogeneidad de los Grupos Control e Intervención.....	41
5.7.2. Evaluación de la Intervención.....	41
5.7.2.1. Análisis comparativos.....	42
5.7.2.2. Análisis longitudinales.....	43
5.7.2.2.1. Reducción de los síntomas depresivos postparto.....	43
5.7.2.2.2. Relación entre los predictores y los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo.....	43
5.7.2.3. Cálculo del tamaño del efecto de la Intervención.....	44
5.7.2.4. Evaluación predictiva de la Depresión Postparto.....	45
5.7.3. Evaluación de la satisfacción con la Intervención.....	46
VI. RESULTADOS	47
6.1. Caracterización de la Muestra.....	49
6.2. Evaluación de la Intervención.....	52
6.2.1. Evaluación de la Adaptación de la Intervención.....	52
6.2.2. Variables relacionadas con la no asistencia a la intervención.....	54
6.2.3. Resultado de la intervención: Análisis comparativo entre grupos de los síntomas depresivos en el postparto y de la frecuencia de Depresión Postparto.....	57
6.2.3.1. Análisis por intención de tratamiento de los síntomas depresivos postparto.....	58
6.2.3.2. Análisis por protocolo de los síntomas depresivos postparto.....	61
6.2.3.3. Análisis comparativo de la frecuencia de depresión postparto.....	63

6.2.4. Resultado de la intervención: Análisis longitudinal sobre la reducción de síntomas depresivos postparto	65
6.2.5. Análisis longitudinal de la relación entre los predictores y los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo.....	67
6.2.5.1. Análisis de regresión lineal para el Grupo Control.....	70
6.2.5.2. Análisis de regresión lineal para el Grupo Intervención.....	71
6.2.5.3. Relación entre las variables sociodemográficas y obstétricas, y los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo.....	73
6.2.5.4. Relación entre las variables psicosociales y los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo.....	79
6.2.5.4.1. Análisis por intención de tratamiento.....	79
6.2.5.4.2. Análisis por protocolo.....	83
6.2.6. Evaluación predictiva de la Depresión Postparto.....	90
6.3. Evaluación de los niveles de satisfacción con la Intervención.....	94
6.3.1. Evaluación de las Terapeutas.....	94
6.3.2. Evaluación de las Participantes.....	95
VII. DISCUSION.....	98
7.1. Apuntes sobre el modelo de comprensión de la Depresión Postparto.....	98
7.2. Respecto del procedimiento.....	101
7.2.1. Limitaciones.....	101
7.2.2. Método.....	103
7.2.3. Intervención.....	106
7.3. Resultados principales.....	107

VIII.CONCLUSIONES.....	122
-------------------------------	------------

IX. SUGERENCIAS Y PROYECCIONES.....	125
--	------------

REFERENCIAS.....	127
-------------------------	------------

ANEXOS.....	137
--------------------	------------

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Resumen de Estudios Preventivos en Depresión Postparto.....	19
Tabla 2. Datos poblaciones para cada Centro de Atención.....	27
Tabla 3. Instrumentos aplicados en el Estudio.....	33
Tabla 4. Descripción sociodemográfica de la muestra.....	49
Tabla 5. Descripción clínica de la muestra.....	50
Tabla 6. Descripción de las variables obstétricas en el postparto inmediato.....	51
Tabla 7. Comparación de variables en la línea de base según análisis por protocolo.....	54
Tabla 8. Distribución del ingreso familiar según análisis por protocolo.....	56
Tabla 9. Comparación de puntajes en Escalas de Depresión de Beck y Postparto de Edimburgo, según análisis por intención de tratamiento.....	59
Tabla 10. Comparación de puntajes en Escalas de Depresión de Beck y Postparto de Edimburgo, según análisis por protocolo.....	62
Tabla 11. Frecuencia de Depresión Postparto en ambos grupos al primer y tercer mes del seguimiento.....	64

Tabla 12. Reducción de los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo entre el primer y tercer mes, según análisis por intención de tratamiento.....	65
Tabla 13. Reducción de los síntomas depresivos en el postparto según análisis por protocolo.....	66
Tabla 14. Correlación entre los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo al primer y tercer mes, según análisis por intención de tratamiento.....	68
Tabla 15. Correlación entre los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo al primer y tercer mes, según análisis por protocolo.....	68
Tabla 16. Relación entre las variables de la línea de base y los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (valor de p), en la muestra total.....	69
Tabla 17. Modelo de regresión lineal para los puntajes en las Escalas de Depresión de Beck y Apoyo Social, Grupo Control.....	70
Tabla 18. Coeficientes de regresión estimados.....	71
Tabla 19. Modelo de regresión lineal para los puntajes en las Escalas de Depresión de Beck y Apoyo Social, Grupo Intervención.....	72
Tabla 20. Coeficientes de regresión estimados.....	72
Tabla 21. Relación entre variables sociodemográficas y puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (valor de p).....	74
Tabla 22. Puntajes en Escala de Depresión Postparto de Edimburgo según grupos etareos.....	75
Tabla 23. Puntajes en Escala de Depresión Postparto de Edimburgo según el nivel de estudios.....	75
Tabla 24. Puntajes en Escala de Depresión Postparto Edimburgo según edad y nivel de estudios comparando puntos de corte (valor de p).....	76

Tabla 25. Relación entre variables obstétricas y puntajes en Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (valor de p).....	77
Tabla 26. Puntajes en la Escala de Apoyo Social, según análisis por intención de tratamiento (valor de p).....	80
Tabla 27. Correlación entre puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y otras variables psicosociales (valor de p).....	81
Tabla 28. Puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo entre pacientes con y sin antecedentes de depresión (valor de p).....	81
Tabla 29. Correlaciones entre puntajes en las Escalas de Depresión de Beck y Postparto de Edimburgo (valor de p).....	83
Tabla 30. Puntajes en la Escala de Apoyo Social, según análisis de protocolo (valor de p).....	84
Tabla 31. Correlación entre puntajes en la Escalas de Depresión Postparto de Edimburgo y Apoyo Social (valor de p).....	85
Tabla 32. Correlación entre puntajes en las Escalas de Depresión de Beck y Apoyo Social (valor de p).....	86
Tabla 33. Comparación de puntajes en Escala de Depresión Postparto de Edimburgo según antecedente personal de depresión.....	87
Tabla 34. Relación entre antecedente de depresión y variables vinculadas con la no asistencia a la Intervención (valor de p).....	88
Tabla 35. Regresión Logística* para Depresión Postparto al primer mes, en función de la Escala de Depresión de Beck (valor p).....	90
Tabla 36. Análisis de Regresión binaria con enlace T-Student para predecir Depresión Postparto al primer mes, según análisis por protocolo.....	91
Tabla 37. Regresión Logística** de Depresión Postparto en función de la Escala de Depresión de Edimburgo al primer mes (valor p).....	92

Tabla 38. Coeficientes de Regresión Logística para Depresión Postparto en función de la Escala Depresión de Edimburgo al primer mes, para el Grupo Control.....	92
Tabla 39. Puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo al primer mes de postparto, asociados a diferentes probabilidades de Depresión Postparto, en el Grupo Control.....	93
Tabla 40. Satisfacción de las Psicólogas en relación a las variables con heterogeneidad en los resultados.....	95
Tabla 41. Grado de satisfacción de las Participantes con la Intervención.....	96
Tabla 42. Aspectos descriptivos de la evaluación de satisfacción de las Participantes con la intervención.....	97

LISTADO DE GRÁFICAS

Figura 1. Procedimiento del Estudio.....	48
Figura 2. Comparación del ingreso familiar según análisis por protocolo.....	56
Figura 3. Comparación de puntajes en Escala de Depresión de Beck (EDB), según análisis por protocolo.....	56
Figura 4. Evolución de los síntomas depresivos postparto según análisis por intención de tratamiento.....	60
Figura 5. Evolución de los síntomas depresivos postparto según análisis por protocolo...	63
Figura 6. Reducción de los síntomas depresivos postparto según análisis por intención de tratamiento.....	65
Figura 7. Reducción de los síntomas depresivos postparto según análisis por protocolo.....	66
Figura 8. Estimaciones de la probabilidad de Depresión Postparto al primer mes, según análisis por protocolo.....	91

Figura 9. Probabilidad de Depresión Postparto al primer mes, en función del puntaje en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, para el Grupo Control.....93

LISTADO DE ANEXOS

• Formulario de Consentimiento Informado para Ingresar al Estudio.....	137
• Formulario de Consentimiento Informado para la Participación en los Talleres Grupales.....	139
• Formulario de Consentimiento Informado para el Seguimiento del Primer Mes del Postparto.....	141
• Formulario de Consentimiento Informado para el Seguimiento del Tercer Mes del Postparto.....	143
• Pauta de Riesgo Psicosocial Abreviada (EPsA).....	145
• Cuestionario de Información General 1: Sección Antenatal.....	147
• Cuestionario de Información General 2: Sección Postnatal.....	149
• Escala de Depresión Postparto de Edimburgo.....	151
• Escala de Depresión de Beck (BDI-II).....	153
• Escala de Apoyo Social Percibido.....	157
• Módulo de Depresión - MINI.....	159
• Evaluación de la Satisfacción con la Intervención: Terapeutas.....	162
• Evaluación de la Satisfacción con la Intervención: Participantes.....	164
• Pauta de Cotejo para la Evaluación de Calidad de las Sesiones, basada en grabaciones de audio.....	166
• Manual Adaptado.....	167

RESUMEN

Antecedentes: La depresión postparto (DPP) es un problema prioritario de salud pública, sin embargo, los esfuerzos por prevenirla son limitados. Se requiere mayor evidencia nacional, e incluso regional, en relación a la efectividad de los programas preventivos; en este sentido, el presente estudio representa un avance. **Objetivos:** Adaptar y evaluar una intervención preventiva de DPP, en mujeres gestantes atendidas por control prenatal, en tres establecimientos de la provincia de Ñuble. **Método:** Se trata de un ensayo clínico controlado piloto. 70 mujeres embarazadas con al menos un factor de riesgo para DPP, consultantes en dos Centros de Salud Familiar de Chillán y en el Hospital Comunitario de Bulnes, fueron aleatorizadas al Grupo de Intervención o al de cuidados usuales (Control). La intervención consistió en cuatro sesiones grupales de orientación cognitivo-conductual, y fue realizada por psicólogos(as), durante el último trimestre del embarazo. Todas las participantes se evaluaron al primer y tercer mes del postparto; como desenlace principal se definió el puntaje promedio de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo según los grupos. **Resultados:** De las 36 gestantes asignadas aleatoriamente a la intervención, sólo 12 mujeres asistieron al menos a una sesión, las restantes 24 no asistieron a ninguna. Las variables asociadas con la inasistencia fueron la presencia de puntajes significativamente menores en la Escala de Depresión de Beck en la línea de base ($p=0,01$, Kruskal Wallis) y la pertenencia a familias con ingresos mensuales superiores a \$400.000 ($p=0,04$, Test Exacto de Fisher). Aunque al comparar los grupos en el *análisis por intención de tratamiento*, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de la Escala de Edimburgo, evaluados al primer y tercer mes del postparto (Mes 1: $p= 0,96$; Mes 3: $p= 0,59$), al realizar un *análisis por protocolo*, la mayor reducción de los *síntomas depresivos postparto* entre el primer y tercer mes fue para el Grupo Intervenido, resultado que, comparado con el del Grupo Control sí fue estadísticamente significativo ($p=0,00$). La prevalencia global de DPP fue 10% ($n= 7$); la mayoría de los casos perteneció a este grupo ($n= 5$, $p= 0,25$), mientras que el Grupo Intervención, sólo aportó dos casos, que remitieron

al tercer mes postparto. **Conclusiones:** Esta investigación muestra el potencial beneficio de una intervención preventiva de orientación cognitivo-conductual, en mujeres con riesgo de presentar una DPP. Los resultados no son del todo concluyentes considerando la baja asistencia del Grupo Intervención, que en definitiva fue la mayor limitación enfrentada. El desarrollo del estudio dejó en evidencia los desafíos asociados a la implementación de un programa preventivo, y la necesidad de enfocarse en modelos de prevención indicada o mixtos, es decir, que consideren a mujeres con factores de riesgo y síntomas sub-sindromáticos.

Palabras claves: depresión postparto, prevención, evaluación, intervención cognitivo-conductual.



I. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, se observa a nivel nacional y mundial un mayor interés por los aspectos psicológicos de la mujer en el contexto perinatal, y su impacto en el desarrollo del bebé (Jadresic, 1996). Chile ha mostrado avances importantes respecto de la necesidad de optimizar el diagnóstico y abordaje no sólo de las condiciones de riesgo psicosocial durante el embarazo, sino también de la Depresión Postparto (DPP), lo que se ha traducido en la inclusión de esta problemática en las Guías Clínicas para el manejo de las personas con depresión desarrollados por el Ministerio de Salud, en sus distintas versiones (2007, 2009, y 2013) y, en la publicación de un protocolo específico para la depresión perinatal (2014).

La DPP es la complicación psiquiátrica más frecuente del postnatal y, dadas sus potenciales repercusiones en el bienestar de la madre y del bebé, su correcto manejo debe constituir una prioridad en salud pública (Jadresic, 1996). Además provee una especial oportunidad de prevención *pues* está precedida por un “marcador” definido, el nacimiento de un hijo, se han identificado grupos de riesgo y un período de mayor vulnerabilidad, los primeros tres meses del postnatal (Wisner, Perel, Peindl, Hanusa, Piontek, y Findling, 2004).

A diferencia de otros trastornos psiquiátricos perinatales como la psicosis postparto, en la génesis de la DPP se ha encontrado una asociación preponderante con factores psicosociales (Jadresic, 1996), lo cual refuerza la necesidad de implementar intervenciones preventivas de este tipo. En el país existe evidencia contundente respecto de la epidemiología (Alvarado, Rojas, Monardes, Neves, Olea, Perucca, et al., 1992; Jadresic, Jara, Miranda, Arrau, y Araya, 1992; Jadresic y Araya, 1995), la caracterización de mujeres con DPP (Rojas G, Fritsch, Guajardo, Rojas F, Barroilhet, y Jadresic, 2010) y su tratamiento (Rojas, Rosemarie, Jaime, Jadresic, Castillo, González et al., 2007), entre otros aspectos, pero es prácticamente inexistente respecto de su prevención.

El objetivo principal de esta investigación fue adaptar la versión más reciente del *Programa Preventivo de Madres y Bebés*, cuyo Manual se titula “*El Curso para Madres y Bebés: Una Manera de Manejar la Realidad Personal*” (Le y Muñoz, en 2013); y evaluar sus resultados en mujeres vulnerables atendidas durante su control prenatal en dos establecimientos de Atención Primaria en Salud (APS) de Chillán y en el Hospital comunitario de Bulnes. En este sentido se considera un aporte a la evidencia regional y nacional respecto de la efectividad de las intervenciones preventivas en DPP, pues hasta el momento no se han publicado estudios similares.

La Tesis presentada consta de nueve capítulos. El primero es la *Introducción*; el segundo, *Marco Teórico*, que inicia con la caracterización de la DPP, y la epidemiología a nivel nacional y mundial. Posteriormente describe aspectos clínicos y del diagnóstico, junto a la revisión de los predictores psicosociales, la neurobiología y el abordaje. En esta última sección se describe la evidencia nacional e internacional sobre su tratamiento, y se revisan en profundidad los programas preventivos, con énfasis en estudios similares al planteado, incluyendo el *Programa Madres y Bebés*, origen de la intervención a probar. En el tercer capítulo se expone la *Formulación del Problema*, basada en los elementos que justifican esta investigación. En el siguiente capítulo se abordan los *Objetivos e Hipótesis*; para derivar en el capítulo cinco, el *Método*. En éste se detallan el universo y muestra, los instrumentos, procedimiento, y variables, se describe la intervención, se señalan los aspectos éticos considerados, y el análisis de datos. El capítulo seis corresponde a los *Resultados* e incluye *cuatro secciones* la adaptación de la intervención, la caracterización de la muestra, la evaluación de la intervención y la evaluación de la satisfacción con ésta. El siguiente capítulo recoge la *Discusión*, teniendo en cuenta las limitaciones enfrentadas y los principales resultados. En los últimos dos capítulos, se exponen las *Conclusiones, Sugerencias y Proyecciones*, con la expectativa que este estudio promueva la investigación nacional en la prevención de la depresión postparto.

II. MARCO TEÓRICO

La Depresión Postparto es considerada una patología prevalente, que puede afectar de forma importante el bienestar de la mujer, su funcionamiento dentro y fuera del hogar, la estabilidad de la familia, y en algunas ocasiones también interferir con el desarrollo de los hijos(as) (Jadresic, 1996). El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V) (2013), incluyó como una modificación de la versión anterior (DSM IV-TR, 2003) al *trastorno depresivo mayor de inicio en el periparto*, considerando su desarrollo durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas del postparto; en este punto mantuvo el mismo criterio de tiempo, lo que ha generado cuestionamientos ya que para efectos clínicos y de investigación el periodo de riesgo puede ampliarse a los tres meses del parto (Wisner, Parry y Piontek, 2002).

La prevalencia mundial de DPP a lo largo de la vida fluctúa entre 10 y 20% (Josefsson, Berg, Nordin y Sydsjö, 2001; Wisner et al. 2002) observándose mayores valores en madres adolescentes (26%) (Troutman y Cutrona, 1990) y en los niveles socioeconómicos más bajos (38,2%) (Hobfoll, Ritter, Lavin, Hulsizer y Cameron, 1995). Un estudio antropológico publicado a fines de la década 1980-1989, sugirió que la DPP era prácticamente inexistente en la China debido a una mayor atención dirigida a la mujer y a las adecuadas redes de apoyo familiar. Estudios posteriores con instrumentos de auto-reporte arrojaron tasas entre 0 y 18% en poblaciones diversas de ese país (Lee, Yip, Chiu, Leung y Chung, 2001). Respecto de su prevalencia en el “mundo occidental”, en 2002, Patel, De Souza y Rodríguez, reportaron valores más altos en países emergentes que en los desarrollados. Sin embargo, la evaluación de algunos estudios epidemiológicos en DPP no es fácil, debido a las variaciones en sus diseños metodológicos (ej. uso de instrumentos de tamizaje vs. detección espontánea de los síntomas), en los tamaños muestrales y criterios diagnósticos utilizados. En Chile, Alvarado et al. (1992) reportaron una incidencia de 8,8%, y una prevalencia de 20,5%, y Jadresic et al. (1992) de 9,2% y 10,2%, respectivamente. En 1995, Jadresic y Araya observaron una relación inversa entre la

prevalencia de DPP (aplicando la Escala de Edimburgo) y el nivel socioeconómico (definido según el establecimiento en que se atendían), alcanzando 41,3% en el bajo, 33,5% en el medio, y 27,7% en el alto. Finalmente, las mujeres con menores ingresos mensuales exhibieron aproximadamente el triple del riesgo (OR 2,7; IC 95%; [1,4-5,2]; p= 0,00).

2.1. Aspectos clínicos y del diagnóstico

Aproximadamente 60 a 85% de mujeres puede presentar algunos síntomas de apariencia depresiva en los primeros días del postparto; generalmente son leves y se resuelven pronto, lo que se conoce como *postpartum blues* o disforia postparto (Horowitz y Goodman, 2004). En contraste, la DPP consta de la sintomatología propia de cualquier episodio depresivo mayor; además pueden existir ideas obsesivas respecto del bienestar del recién nacido (Horowitz y Goodman, 2004), ansiedad, pobre percepción del rol materno, y mayores alteraciones motoras o cognitivas en comparación con las depresiones no ligadas al postparto (Paris, Bolton, y Weinberg, 2009). Según el DSM-V (2013), lo anterior debe ocurrir la mayor parte del tiempo durante dos semanas, afectando el funcionamiento cotidiano y el cuidado del bebé.

La mayoría de las mujeres afectadas puede tener síntomas durante seis meses y, si no reciben tratamiento, el 25% de ellas por un año (Gregoire, Kumar, Everitt, Henderson, y Studd, 1996). El riesgo de recurrencia de DPP también se aproxima al 25% (Wisner et al. 2004), y aumenta la probabilidad de depresión no relacionada con el postparto, especialmente cuando existen antecedentes personales de este tipo (Cooper y Murray, 1995). La duración de un episodio depresivo postparto afecta de forma proporcional el vínculo materno-filial, generando un impacto negativo en el desarrollo emocional y cognitivo del bebé, potenciando los efectos de variables asociadas con deprivación mental como el bajo nivel socioeconómico (Cooper y Murray, 1998). Los hijos de madres con DPP pueden establecer relaciones de “apego ansioso” con una frecuencia

significativamente mayor que los hijos de madres no deprimidas, y exhibir una mayor probabilidad de trastornos conductuales, accidentes, ingresos hospitalarios y de maltrato infantil (Cooper y Murray, 1998).

Los desenlaces más temidos de este cuadro incluyen el suicidio y/o infanticidio, que habitualmente están asociados a la ausencia de tratamiento, DPP severa y, psicosis postparto (Lindahl, Pearson, y Colpe, 2005; Wisner, Perel, Peindl, Hanusa, Piontek, y Findling, 2004). Paris et al. (2009) evaluaron a 32 mujeres con DPP encontrando que el 43% presentaba “moderado a alto riesgo suicida”, asociado significativamente con una baja autoestima en relación a la interrupción de su trabajo, mayor estrés en el rol materno, menor preparación para asumirlo, e inadecuada interacción con su bebé. En 1998, Deater-Deckard, Pickering, Dunn, y Golding también observaron que la sintomatología depresiva postparto persistente en la mujer, interfería con el bienestar de la familia e incluso aumentaría la probabilidad de depresión en su pareja, ante la presencia de otros factores como baja escolaridad, pobre apoyo psicosocial, y violencia en la relación marital.

Un tema relevante respecto del pronóstico de la DPP es la alta probabilidad de sub-diagnóstico, que puede vincularse con que: 1) En este período suele darse mayor atención al bienestar del bebé, 2) Para la mujer es difícil asumir y priorizar su condición emocional y 3) El estigma, la vergüenza, y el temor a la crítica. Por lo tanto, es importante que el personal de salud evalúe durante el embarazo la presencia de síntomas psicológicos depresivos, pues algunas gestantes pueden cursar con fatiga, labilidad emocional, alteraciones del sueño o del apetito (Horowitz y Goodman, 2004), lo que “encubriría” el diagnóstico. Debe tenerse en cuenta que en las últimas décadas, Chile ha tenido importantes avances en el abordaje de la depresión. Desde el año 2000, el país posee un Programa Nacional para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión; a partir del 2006, además la ley chilena garantiza la atención oportuna y basada en la evidencia, en los sistemas de salud público y privado, del episodio depresivo en personas

mayores de quince años (Rojas y Pemjean, 2006), y aunque en el último protocolo ministerial para el manejo de la depresión (Ministerio de Salud, 2013), se reitera el abordaje de la DPP, hallazgos nacionales han mostrado que la patología psiquiátrica del postparto es habitualmente sub-tratada (Rojas et al., 2010). En un estudio posterior, Rojas et al. (2013) evaluaron a 305 mujeres entre el segundo y sexto mes de su postparto, atendidas en seis centros de APS de Santiago de Chile, utilizando como instrumento principal la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo que fue aplicada durante el “control del niño sano”. Las mujeres con sintomatología depresiva postparto de acuerdo con esta Escala, usando 10 como puntaje de corte, destacaron como principales razones para no acceder a tratamiento lo siguiente: 1) Dificultad para asignación de horas en APS, 2) Falta de tiempo, 3) Problemas con el profesional y/o el tratamiento, y 4) No querer seguir indicaciones.

Para mejorar esta situación, desde el 2014 el Ministerio de Salud a través de la publicación de un protocolo para el abordaje de la depresión perinatal, ha recomendado la pesquisa sistemática de los síntomas depresivos durante el embarazo y el postparto, especialmente en mujeres con factores de riesgo, aplicando la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo como instrumento de tamizaje. Esta Escala se encuentra adecuadamente validada en mujeres chilenas en su postparto (Jadresic, Araya y Jara, 1995), y embarazo (Alvarado, Guajardo, Rojas, y Jadresic, 2012). En el embarazo, se indicó su uso en el primer o segundo control gestacional, y un puntaje de corte de 13 para la sospecha de depresión; en el postparto, el puntaje de corte es 11 puntos, y debe medirse a las ocho semanas, y al sexto mes; entregándose directrices específicas en caso de sospechar una depresión gestacional o postparto. En 2008, Castañón y Pinto reportaron una tasa de detección espontánea de síntomas depresivos postparto de 4,6%, que alcanzó 26,4% usando la Escala de Edimburgo con un puntaje de corte de 10. Además, encontraron una incidencia de 15% de DPP con la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I). Sus resultados fueron semejantes a los de Evins, Theofrastous y Galvin (2000), quienes

destacaron la utilidad de la Escala de Edimburgo en la adecuada detección de síntomas depresivos perinatales.

2.2. Predictores psicosociales

A diferencia de otros trastornos psiquiátricos del postparto como la psicosis puerperal que ha mostrado una mayor relación con aspectos biológicos, los factores que han mostrado una mayor asociación con la DPP son de tipo psicosocial (Jadresic, 1996). Basados en los resultados de varios meta-análisis publicados desde 1996-2004 (O'Hara y Swain, 1996; Beck, 2001; Robertson, Sherry, Wallington, y Stewart, 2004), a continuación se describen estos predictores, según su tamaño del efecto, caracterizado por Cohen en grande a moderado, moderado, y pequeño. El más reciente de estos meta-análisis, es el de Robertson et al. (2004); lo interesante de su diseño es que incluyó 70 estudios revisados por los dos anteriores, enfocados en los factores psicosociales vinculados con la DPP (n=14.000), estudios más recientes e investigaciones que también reportaron los factores no asociados con ésta (n=10.000).

Dentro de los predictores más fuertes están:

- *Antecedente personal de depresión:* En 2003, Evans, Vicuña, y Marín evaluaron a 106 mujeres chilenas a los seis meses de su postparto, encontrando que 71,42% con este predictor desarrollaron una DPP; lo destacaron como el principal factor de riesgo. También ha sido reportado como significativo por otros investigadores (O'Hara y Swain, 1996; Beck, 2001; Johnstone, Boyce, Hickey, Morris-Yatees, y Harris, 2001; Josefsson, Angelsioo, Berg, Ekstrom, Gunnervick, Nordin, et al., 2002) y se ha relacionado con la persistencia de la DPP tras el manejo agudo (Nylen, O'Hara, Brock, Moel, Gorman, y Stuart, 2010).
- *Sintomatología depresiva ó ansiosa durante el embarazo* (O'Hara y Swain, 1996; Beck, 2001; Johnstone et al., 2001; Josefsson et al., 2002; Hatton, Hohner-Harrison,

Matarazzo, Edwards, Lewy, y Davis, 2007; Aramburú, Arellano, Jáuregui, Pari, Salazar, y Sierra, 2008).

- *Pobre apoyo social y familiar* (O'Hara y Swain, 1996; Beck, 2001; Hatton et al., 2007; Aramburú et al., 2008).
- *Eventos vitales perturbadores* (O'Hara y Swain, 1996; Beck, 2001).

Los factores de riesgo con tamaño del efecto moderado son:

- *Estrés cotidiano* (Beck, 2001; Hatton et al., 2007; Aramburú et al., 2008).
- *Problemas de pareja* (O'Hara y Swain, 1996; Beck, 2001).
- *Estrés en el cuidado del bebé* (Beck, 2001; Hatton et al., 2007).
- *Temperamento o conducta del bebé* (Beck, 2001).
- *Baja autoestima* (Beck, 2001).
- *Disforia postparto* (Beck, 2001).

Por su parte, los factores de riesgo con una menor asociación son:

- *Ausencia de pareja* (Beck, 2001).
- *Dificultades socioeconómicas* (O'Hara y Swain, 1996; Beck, 2001).
- *Complicaciones obstétricas* (O'Hara y Swain, 1996).
- *Embarazo no deseado o no planeado* (Beck, 2001).

En Chile, Alvarado, Rojas, Monardes, Perucca, Neves, y Olea (2000), siguieron a 125 gestantes hasta los dos meses de su postparto, elaborando un modelo causal de DPP que incluyó las siguientes variables por su significancia estadística: insatisfacción frente a la relación de pareja, edad adolescente en asociación con la depresión antenatal, y la

interacción entre el bajo apoyo social y el nivel socioeconómico. En 2008, Póo, Espejo, Godoy, Gualda, Hernández, y Pérez, desarrollaron un estudio correlacional transversal, con información recolectada en ocho meses de seguimiento, en una muestra total de 73 mujeres. Destacaron como predictores significativos los antecedentes personales o familiares de enfermedad mental, la insatisfacción con el cuerpo tras el parto, y la percepción de sobrecarga con el cuidado del bebé. Además del consumo de alcohol en el embarazo, la presencia de violencia intrafamiliar, un pobre vínculo con el padre del último hijo durante el embarazo, o con los padres en el postparto. En 2012, Dois, Uribe, Villarroel, y Contreras encontraron una asociación directa con el grado de disfuncionalidad familiar (medido por el APGAR familiar).

En 2009, Oppo, Mauri, Ramacciotti, Camilleri, Banti, Borri, et al. evaluaron la interrelación de los factores de riesgo utilizando un instrumento de tamizaje ampliamente reconocido, el Inventario Revisado de Predictores de Depresión Postparto (PDPI-R), durante diferentes momentos del embarazo y el postparto; observaron una mayor probabilidad de presentar una DPP durante el primer mes del parto en presencia *de* ansiedad en el embarazo, estrés en el cuidado del bebé, y bajo apoyo psicosocial. Además reportaron que sufrir una depresión gestacional asociado al antecedente de depresión, aumentó de tres a cuatro veces el riesgo de DPP al sexto mes.

Patton, Romaniuk, Spray, Coffey, Olsson, Doyle, et al. (2015), realizaron un estudio prospectivo en el que evaluaron a 384 mujeres con 564 embarazos, teniendo en cuenta sus antecedentes desde la adolescencia. Un 34% de las mujeres embarazadas que tenían antecedentes personales de trastornos mentales (depresión, trastorno de conducta, consumo de alcohol, cigarrillo o marihuana) en su adolescencia y juventud, desarrollaron síntomas depresivos perinatales evaluados según la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, en comparación con 8% de quienes no tenían estos antecedentes (OR= 8,36; IC 95%; [3,34-20,87]). En resumen, los síntomas depresivos perinatales en una o más mediciones

(semana 32 del embarazo, octava semana y doceavo mes del postparto), se encontraron en 85% de las mujeres con antecedentes psiquiátricos.

En relación a una mayor severidad o cronificación de la DPP, Horowitz y Goodman (2004) destacaron que los antecedentes de depresión, el pobre apoyo psicosocial, y el estrés parental, fueron los factores que se asociaron significativamente con la persistencia de sintomatología a los dos años del postparto, encontrando una prevalencia de 30,6% para ese periodo. En Chile, Rojas et al. (2010) reportaron una correlación de mayor gravedad de la sintomatología depresiva postparto según el puntaje en la Escala de Edimburgo, con menor educación, mayor número de embarazos y de hijos, y mayor diferencia en edad con el(la) hermano(a) que antecede al bebé. Sin embargo, esta asociación fue leve y no logró confirmarse al controlarlas estadísticamente con otras variables; sólo el menor nivel educativo y ser múltipara mostraron un modelo válido, explicando el 5% de la varianza.

Por su parte, el Ministerio de Salud actualmente recomienda evaluar los siguientes factores de riesgo en los controles prenatales: antecedentes familiares de depresión, suicidio, y otros trastornos psiquiátricos (ej. ansiedad, trastornos del ánimo, y asociados al uso de sustancias); ansiedad materna, falta de apoyo especialmente de su pareja o no vivir con éste, violencia doméstica, y embarazo no deseado; realizando un adecuado seguimiento y plan de abordaje de los predictores que pueden modificarse durante el embarazo.

2.3. Aspectos neurobiológicos

Los cambios hormonales propios del embarazo, y su abrupta modificación durante el postparto inmediato han generado interés respecto de su implicación en la génesis de la DPP. Estudios en animales y seres humanos han confirmado la capacidad de los estrógenos de regular las vías de la serotonina en diferentes puntos, especialmente por aumento de su disponibilidad; por ello una reducción en sus niveles, como ocurre en el postparto temprano

y en la menopausia, podría aumentar la probabilidad de cursar con un cuadro depresivo (Lokuge, Frey, Foster, Soares, y Steiner, 2011). Una de las acciones más destacadas de los estrógenos incluye el aumento en la síntesis de la enzima triptófano-hidroxilasa, paso limitante en la síntesis de la serotonina y, la disminución en la síntesis del transportador para su recaptación, actuando finalmente como agonistas serotoninérgicos (Correa, 2007). En el postparto también se han evaluado los cambios ocurridos en otras hormonas como progesterona, corticotropina, oxitocina, y en el perfil tiroideo. Pese a esto no se han encontrado diferencias endocrinas consistentes entre las mujeres con DPP y sin ella (Bloch, Daly, y Rubinow, 2003). La escasa asociación entre las variaciones hormonales y la DPP, podría deberse a las limitaciones para establecer la correlación entre los niveles hormonales periféricos y los centrales; las alteraciones encontradas serían de predominio cualitativo, así quienes sufren DPP presentarían una reacción patológica a los cambios hormonales de este periodo (Dennis, Ross, y Herxheimer, 2010); y finalmente la explicación más generalizada, es que esta enfermedad representa la confluencia de múltiples variables, con un mayor peso de las psicosociales, que interactúan con las biológicas en distintos momentos del postparto.

Bloch, Schmidt, Damaceau, Murphy, Nieman, y Rubinow (2000), intentaron simular los cambios hormonales ocurridos durante el postparto en un ensayo doble ciego, desarrollado en mujeres no gestantes a las que administraron leuprolide para inducir un estado hipogonadal, seguido por dosis suprafisiológicas de estradiol y progesterona, que finalmente se suspendieron. En un 62,5% de las mujeres con antecedente de depresión postparto, se detectaron alteraciones anímicas, pero en ninguna de las ocho mujeres con una historia de depresión no relacionada con el postparto. Basados en estos resultados, los autores plantearon que las mujeres con el antecedente de DPP tendrían mayor vulnerabilidad frente a la reducción de las hormonas gonadales.

También se ha evaluado la relación de los niveles de cortisol como expresión del impacto del estrés durante el embarazo y postparto, y el riesgo de DPP, comparado con el normal incremento en sus valores desde la semana 25 de gestación con un retorno a los valores basales dos semanas después del postparto. En 2011, Urizar y Muñoz encontraron que las mujeres con puntajes más altos de síntomas depresivos gestacionales tenían significativamente mayor percepción de estrés y una mayor frecuencia del antecedente de depresión, y quienes presentaron este antecedente exhibieron niveles significativamente más altos de cortisol (evaluados en saliva), a las 18 semanas del postparto. En 2007, Jolley, Elmore, Barnard, y Carr destacaron altos niveles de Adrenocorticotropina (ACTH) y bajos niveles de cortisol en mujeres con DPP a las 6 y 12 semanas de su postparto, a diferencia de las no deprimidas que mostraron una adecuada regulación de este eje hormonal. Respecto de las alteraciones en la oxitocina, Stuebe, Grewen y Meltzer-Brody (2013) postularon una asociación entre DPP y dificultades en la lactancia materna, explicada por una disfunción común a este nivel, que fue evaluada a través de un estudio cohorte (n= 52); 39 mujeres completaron el seguimiento hasta la octava semana del postparto, observándose en esta medición una relación inversa entre los valores de oxitocina según *el área bajo la curva* y los síntomas de ansiedad y depresión ($p \leq 0,01$); lo anterior, también se asoció con una percepción negativa de las mujeres frente a la lactancia.

2.4. Abordaje de la Depresión Postparto

La eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas en el manejo agudo de la DPP ha sido respaldada fuertemente por datos empíricos, destacándose como tratamiento de primera línea para la depresión leve o moderada, por el menor riesgo de efectos secundarios en el recién nacido, frente al uso de psicofármacos en mujeres lactantes (Stuart, O'Hara, y Gorman, 2003). Las psicoterapias avaladas por la investigación científica para implementarse en la etapa perinatal, son la cognitivo-conductual y la interpersonal; esta última se focaliza en la transición de roles y en la adquisición de nuevas destrezas vinculadas a la maternidad (O'Hara, Stuart, Gorman y Wenzel, 2000). En Chile, la Guía

Clínica para el abordaje de la depresión, también recomienda iniciar el tratamiento de la DPP con opciones terapéuticas no farmacológicas, específicamente con intervenciones psicosociales.

En relación a las terapias biológicas, la efectividad de la hormonoterapia no ha sido concluyente; en un meta-análisis conducido en 2011 por Fitelston, Kim, Scott, y Leight, se señaló que la administración de estrógenos favoreció a mujeres con DPP severa, evaluadas a los tres meses del tratamiento (RR= 0,30; IC 95%; [0,14-0,66]); sin embargo, se basaron en una pequeña muestra de estudios lo que dificulta la generalización de los resultados. Estos autores recomendaron el uso de antidepresivos para la DPP de moderada a severa; en mujeres que mantienen lactancia materna la decisión debe ser individualizada, sopesando los riesgos y beneficios de su administración y brindando la adecuada información a la paciente; destacando el uso de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), especialmente sertralina y paroxetina por mostrar niveles indetectables en el bebé, a diferencia de la fluoxetina y citalopram que muestran mayor paso a la leche materna.

Respecto de la evidencia existente en el país sobre el tratamiento de la DPP, Rojas et al. (2007) desarrollaron un ensayo clínico controlado en mujeres (n= 230) atendidas en APS y que pertenecían a sectores vulnerables de Santiago, ingresadas dentro del año de su parto y evaluadas al tercer y sexto mes post-randomización. El diagnóstico de DPP se confirmó tras la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo en dos mediciones con un par de semanas de diferencia; si ambas eran positivas (con un puntaje de corte de 10), se usó la Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). Las participantes fueron asignadas aleatoriamente a una intervención multi-componente (IMC), o a los cuidados usuales. La primera, incluyó un abordaje psicoterapéutico grupal con elementos psico-educativos y cognitivos-conductuales, monitoreo sistemático de la evolución clínica y adherencia al tratamiento y, farmacoterapia (fluoxetina o sertralina) si era necesaria. La psicoterapia grupal fue la herramienta de primera línea y correspondió a una adaptación de

un estudio previo (Araya, Rojas, Fritsch, Gaete, Rojas, Simon G, et al., 2003). Sus resultados principales destacaron a la IMC al observar menores puntajes promedios en la Escala de Edimburgo al tercer y sexto mes de medición, menor número de mujeres recibiendo antidepresivos al tercer mes, y una diferencia significativa en los promedios ajustados de esta Escala al comparar ambos grupos, que alcanzó a -4,5 puntos (IC 95%; [-6,3 a -2,7]; $p < 0,001$) a los tres meses del seguimiento. Entre los aspectos metodológicos de este estudio se destacan varios puntos: 1) Los investigadores seleccionaron participantes de APS, lo que hace que sus resultados sean especialmente relevantes pues es donde se atiende la mayoría de la población adscrita a la red pública de salud; 2) Se enfocaron en mujeres con bajos ingresos socioeconómicos, factor asociado con mayor prevalencia de DPP; 3) Incluyeron a mujeres hasta los 12 meses de su postparto, el tiempo promedio de permanencia de la sintomatología sin tratamiento; y 4) Afinaron el diagnóstico de DPP para disminuir falsos positivos.

2.5. Prevención en Depresión Postparto

En los últimos años se ha observado una mayor preocupación por los aspectos psicológicos de la mujer en su etapa perinatal, y por el impacto en el vínculo con su bebé y desarrollo posterior; lo que se ha traducido en un interés creciente por prevenir síntomas o trastornos depresivos perinatales (Jadresic, 1996). La implementación y evaluación de los programas de prevención en DPP se ha realizado en las últimas décadas, incluyendo mujeres con y sin factores de riesgo, y usando diseños metodológicos diversos (ej. según tamaños muestrales, abordajes, tipo de profesionales, e intervenciones, etc.) (Stuart et al., 2003). En Chile, aún no se han publicado estudios que evalúen este tipo de intervenciones. Varias investigaciones internacionales han destacado diferencias significativas en los casos de DPP o en los síntomas depresivos postparto tras la implementación de *psicoterapia grupal interpersonal* (Spinelli, 1997; Spinelli y Endicott, 2003; Zlotnick, Johnson, Miller, Pearlstein, y Howard, 2001; Zlotnick, Miller, Pearlstein, Howard, y Sweeney, 2006), o *cognitivo-conductual* (Muñoz, Le, Ghosh-Ippen, Díaz, Urizar Jr., Soto, et al., 2007; Cho,

Kwon, y Lee, 2008; Le, Perry, y Stuart, 2011; Tandon, Perry, Mendelson, Kemp, y Leis, 2011; Tandon et al., 2014) (Tabla 1).

Algunos aspectos relevantes de la metodología de estos estudios son los siguientes:

1) *Se enfocaron en prevención selectiva o indicada:* El estudio de Zlotnick et al. (2001), incluyó a mujeres con al menos un factor de riesgo (ej. bajo apoyo, antecedente personal de depresión, o presencia de estresores) o síntomas depresivos sub-sindromáticos gestacionales (según un puntaje en Escala de Depresión de Beck mayor o igual a 10 puntos y, la exclusión de depresión utilizando la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I)). En el estudio posterior (2006) de los mismos autores, se administró un instrumento para la evaluación de los factores de riesgo, definiendo un puntaje de corte para el ingreso de las participantes. Por su parte, Cho et al. (2008) apostaron por la prevención indicada, utilizando la Escala de Beck con un puntaje de corte de 16 puntos y la SCID-I para descartar el diagnóstico de depresión. Muñoz et al. (2007), Le et al. (2011) y Tandon et al. (2011, 2014) coincidieron en la inclusión de mujeres de bajos ingresos económicos, con síntomas depresivos sub-sindromáticos gestacionales (con un puntaje de corte de 16 puntos en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)), y/o con el antecedente personal de depresión, además, con pertenencia a grupos raciales de mayor vulnerabilidad en EE.UU. (los dos primeros estudios seleccionaron a mujeres latinas, y los últimos a afro-americanas). Finalmente, en los estudios de Spinelli (1997, 2003), se intervinieron a mujeres con depresión leve o moderada durante el embarazo, con el objetivo de disminuir el riesgo en el postparto.

2) *Respecto del diseño:* Todos son ensayos clínicos controlados, excepto el estudio de Spinelli publicado en 1997, que corresponde a un ensayo longitudinal (pre-post).

3) *La mayoría realizaron el seguimiento de las participantes al menos por tres meses:* Muñoz et al. (2007), y Le et al. (2011) lo extendieron a doce meses.

4) *Todos estandarizaron sus desenlaces primarios y secundarios, aplicando diferentes instrumentos:* a) confirmación de depresión postparto (*SCID-I*: Zlotnick et al. 2001 y Tandon et al. 2014; *Módulo de Depresión del Longitudinal Interval Follow-up Evaluation*: Zlotnick et al. 2006; *Criterios DSM-III-R*: Spinelli et al. 1997; *Maternal Mood Screener*: Muñoz et al. 2007, Le et al. 2011 y Tandon et al. 2011); b) evaluación de síntomas depresivos postparto (*Escala de Depresión Postparto de Edimburgo*: Muñoz et al. 2007; *Escala de Depresión de Beck-II*: Le et al. 2011, Tandon et al. 2011 y 2014); c) recuperación sintomática (*Escala de Depresión de Hamilton y de Impresión Clínica Global (CGI)*: Spinelli, 1997, Spinelli et al. 2003); y d) interacción con el(la) bebé (*The Maudsley Mother Infant Interaction Scale*: Spinelli et al. 2003).



Tabla 1. Resumen de Estudios Preventivos en Depresión Postparto

Autores	Tipo de Estudio	n	Selección	Grupo de Intervención	Grupo de Control	Seguimiento e Instrumentos	Resultados principales
Spinelli et al. 1997	Ensayo Abierto	13	Depresión antenatal	PI pre y postnatal (16 sesiones)	-	Máx. 4 meses; Hamilton+, BDI, CGI, EDPE.	Reducción de EDPE (p=0,001); 10/13 sin síntomas de DPP
Spinelli et al. 2003	ECC	50	Depresión antenatal	PI pre y postnatal (16 sesiones)	Educación parental	4 meses; Hamilton+, BDI, CGI, EDPE, Escala de Maudsley**.	Recuperación (según CGI) = 60% (GI) vs. 15,4% (GC), p<0,02
Zlotnick et al. 2001	ECC Piloto	37	Factores de Riesgo	PI grupal prenatal (4 sesiones)	Cuidados usuales	3 meses PP; BDI, SCID-I	Casos de DPP = 0% (GI) vs. 33% (GC), p=0,02.
Zlotnick et al. 2006	ECC	99	Factores de Riesgo	PI grupal prenatal (4 sesiones) y 1 refuerzo PP	Cuidados usuales	3 meses PP; BDI, Entrevista Diagnóstica*	Casos de DPP = 4% (GI) vs. 20% (GC), p=0,04.
Muñoz et al. 2007	ECC Piloto	41	Factores de Riesgo y/o síntomas	PCC grupal prenatal (12 sesiones) y 4 de refuerzos PP	Cuidados usuales	12 meses; CES-D, EDPE, MMS.	Casos de DPP= 14% (GI) vs. 25% (GC), h= 0,28.
Cho et al. 2008	ECC Piloto	27	Depresión antenatal	PCC individual prenatal (9 sesiones)	Cuidados usuales	1 mes; BDI, SCID-I, MSI-R, ATQ.	GI = reducción de síntomas de DPP, p<0,01.
Le et al. 2011	ECC	217	Factores de Riesgo y/o síntomas	PCC grupal prenatal (8 sesiones) y 3 de refuerzos PP	Cuidados usuales	12 meses; CES-D, BDI-II, MMS.	GI =reducción de BDI-II post-intervención, p=0,03.
Tandon et al. 2011	ECC	61	Factores de Riesgo y/o síntomas	PCC grupal prenatal (6 sesiones) y visitas de refuerzo 1/1	Cuidados usuales	3 meses; BDI-II, MMS.	Casos de DPP = 9% (GI) vs. 33% (GC), p <0,05.
Tandon et al. 2014	ECC	78	Factores de Riesgo y/o síntomas	PCC grupal prenatal (6 sesiones) y visitas de refuerzo 1/1	Cuidados usuales	6 meses; BDI-II, SCID-I	Casos de DPP = 15% (GI) vs. 32% (GC), p= 0,07.

ECC= Ensayo Clínico Controlado; PI= Psicoterapia Interpersonal; PCC= Psicoterapia Cognitivo-Conductual; PP= Postparto; BDI= Escala de Depresión de Beck; BDI-II=Escala de Depresión de Beck segunda versión; SCID-I= Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV; Escala de Depresión de Hamilton+; CGI= Escala de Impresión Clínica Global; EDPE= Escala de Depresión Postparto de Edimburgo; CES-D= Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; MMS= Maternal Mood Screener; MSI-R= Inventario de Satisfacción Marital de Snyder Revisado; ATQ= Cuestionario de Pensamientos Automáticos; Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (Depression Module)*; The Maudsley Mother Infant Interaction Scale**, DPP= Depresión Postparto; GI= Grupo de Intervención; GC= Grupo de Controles.

2.6. Intervenciones Preventivas en Depresión Postparto

En relación al tipo de intervención implementada, cabe destacar las investigaciones de Muñoz et al. (2007), Le et al. (2011) y Tandon et al. (2011 y 2014), que se basaron en el *Programa de Madres y Bebés* en sus diferentes versiones. Éste fue desarrollado por el grupo de investigación en salud mental de la Universidad de California (San Francisco, EE.UU.), que ha trabajado desde hace varias décadas en el estudio de la prevención y tratamiento de la depresión y otros trastornos psiquiátricos. En 1997, Muñoz y Le fundaron el *Proyecto para la Salud y el Estado de Ánimo: Mamás y Bebés*, que un par de años más tarde culminó en el *Curso Madres y Bebés*. El objetivo de este proyecto es el de identificar mujeres gestantes con alto riesgo de desarrollar depresión, y administrarles una intervención que reduzca su riesgo. Se han publicado varias versiones del Manual original (Muñoz, Ghosh-Ippen, Le, Urizar, Díaz, y Lieberman) en 2001, 2005 y 2007. Su objetivo es entrenar a las mujeres gestantes en herramientas para mejorar el estado de ánimo, y la autopercepción de eficiencia en el rol maternal. El Manual original consta de doce sesiones prenatales y cuatro de refuerzo postnatal, y fue elaborado al mismo tiempo en español e inglés. Existen dos adaptaciones posteriores que han reducido el número de sesiones a ocho (Le y Muñoz) (2004 y 2011) y a seis sesiones (Le y Muñoz) (2013); la última fue utilizada como base para el Manual de este estudio.

La efectividad del *Curso Madres y Bebés*, ha sido evaluada en los estudios ya mencionados, arrojando resultados favorables. En 2007, Muñoz et al. condujeron un estudio piloto en 41 mujeres latinas con riesgo de presentar DPP. El 14% de quienes habían recibido una intervención basada en el programa original (doce sesiones), la presentaron en el curso de su primer año de postnatal, en comparación con el 25% del grupo control ($h=0,28$). En 2011, Le et al. evaluaron a 217 mujeres latinas de bajos ingresos, con factores de riesgo para DPP, encontrando que quienes recibieron la intervención acotada (ocho sesiones) tenían niveles significativamente menores de sintomatología depresiva al ser evaluadas durante su embarazo (post-intervención), con aumento en el tamaño del efecto cuando las

mujeres asistieron a la mayoría de las sesiones (más de cuatro clases). Tandon et al. (2011) (n= 61) realizaron una evaluación del curso utilizando su intervención más abreviada (seis sesiones) además de visitas domiciliarias de refuerzo, que compararon con la psicoeducación usual; destacaron una diferencia significativa en los puntajes de síntomas depresivos a los tres meses de la intervención (última medición), y en los casos de DPP (9% para el Grupo Intervención vs. 33% para el de Control; $p \leq 0,05$). En 2014, Tandon et al. (n= 78) extendieron el seguimiento de las participantes a seis meses, encontrando diferencias en la incidencia de DPP a favor del Grupo Intervención en comparación con el de Control (15% vs. 32%, respectivamente; $p = 0,07$), pero no fueron estadísticamente significativas.

Respecto de la evaluación global de los estudios preventivos, cabe destacar dos meta-análisis basados en intervenciones psicosociales y psicológicas, que mostraron resultados favorables. El primero fue conducido en 2011 por Van der Waerden, Hoefnagels, y Hosman, quienes evaluaron catorce estudios en mujeres con bajo nivel socioeconómico (n=1.396), reportando un tamaño del efecto significativo de 0,31 (IC 95%; [0,17-0,45]). El segundo fue desarrollado en 2013 por Dennis y Dowswell, quienes incluyeron un total de 28 estudios (n=17.000), destacando el beneficio global de estas intervenciones (0,78; IC 95%; [0,66 a 0,93]; 20 ensayos, n= 14.727), y otros aspectos relevantes: 1) La importancia de detectar factores de riesgo para favorecer la prevención (RR=0,66; IC 95%; [0,50-0,88]; 2) El impacto positivo de las intervenciones realizadas por profesionales (ej. visitas domiciliarias por enfermeras o matronas) y por otros (ej. soporte telefónico por consejeros); 3) Utilidad de los abordajes postnatales (RR=0,73; IC 95%; [0,59-0,90]; n=12.786) por sobre los que incluyeron intervenciones pre y postnatales (RR=0,96; IC 95%; [0,75-1,22]; n=1.941), en reducir síntomas depresivos; y 4) Mayor beneficio de las intervenciones individuales que de las grupales (RR=0,75; IC 95%; [0,61-0,92]).

III. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La alta prevalencia de la DPP, su impacto negativo en el bienestar de la mujer, del recién nacido y su familia, el beneficio reportado por varios estudios respecto de las intervenciones preventivas psicosociales perinatales, y la ausencia de estudios en el país que corroboren estos resultados, justifican la presente investigación. Su objetivo principal, realizar una adaptación del *Programa Madres y Bebés* y su evaluación, en mujeres vulnerables atendidas durante su control prenatal en dos establecimientos de APS de Chillán, y en el Hospital Comunitario de Bulnes. Para justificar la elección de esta intervención se han tenido en cuenta los siguientes factores:

1. Respecto del tipo de abordaje: La decisión de una intervención cognitivo-conductual se fundamentó en el análisis crítico de la literatura revisada, en que la mayoría de los estudios destaca este abordaje y el interpersonal. El *Programa Madres y Bebés* fue elegido debido a que tiene una orientación cognitivo-conductual grupal, se basa en un Manual en español e inglés y, tiene adecuada evidencia que lo respalda, incluyendo estudios en mujeres latinas.
2. Relevancia de los autores: Ricardo Muñoz uno de los autores principales, es profesor de las Universidades de California y Palo Alto (EE.UU.), ha trabajado desde 1979 en el desarrollo de programas para la prevención y el tratamiento de la depresión, inicialmente junto a Lewinsohn, Muñoz, Youngren, y Zeiss, entre otros; y desde 1997 con Le, realizando la adaptación más reciente del Manual (Le y Muñoz, 2013); su aporte a la investigación de la depresión y otros trastornos psiquiátricos es ampliamente reconocido.
3. Evaluación de efectividad: Como ya se ha señalado el *Programa Madres y Bebés* se ha evaluado en varios estudios usando sus diferentes adaptaciones; se ha encontrado

un impacto en la reducción de síntomas depresivos durante el embarazo (post-intervención) (Le et al., 2011), el postparto (Tandon et al., 2011), y en la incidencia de DPP (Muñoz et al., 2007; Tandon et al., 2011 y 2014).



IV. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo general:

Adaptar, desarrollar y evaluar una intervención grupal de tipo cognitivo-conductual, para disminuir el riesgo de presentar una DPP en mujeres vulnerables en su tercer trimestre de gestación, atendidas en dos centros de Atención Primaria en Salud (APS) de la comuna de Chillán, y en el Hospital Comunitario de Bulnes.

Objetivos específicos:

1. Identificar las variables sociodemográficas asociadas con una mayor o menor presencia de síntomas depresivos postparto (Ej. edad, escolaridad, estado civil, ingresos económicos).
2. Identificar las variables obstétricas y psicosociales asociadas con una mayor o menor presencia de síntomas depresivos postparto (Ej. síntomas depresivos gestacionales, percepción de apoyo familiar o social, antecedentes personales de depresión).
3. Adaptar una estrategia de prevención de DPP en mujeres vulnerables en su tercer trimestre de gestación, basada en una intervención cognitivo-conductual grupal.
4. Evaluar una intervención cognitivo-conductual grupal para la prevención de DPP, en una muestra de mujeres vulnerables en su tercer trimestre de gestación.
5. Evaluar la satisfacción de los psicólogos(as) que se desempeñaron como terapeutas, y de las participantes en este estudio, respecto de la intervención efectuada (ej. contenidos tratados, número y duración de las sesiones, tópicos de principal utilidad, aspectos a mejorar).

HIPÓTESIS

Hipótesis principal:

Existirán menores niveles de síntomas depresivos postparto, evaluados en función de los puntajes promedios en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, en mujeres vulnerables atendidas en dos centros del nivel primario de atención y en un hospital de baja complejidad, a quienes se les realizará en su tercer trimestre de gestación una intervención grupal de tipo cognitivo-conductual adaptada de un programa preventivo previo, en comparación con las que reciben el tratamiento usual.

Hipótesis secundarias:

1. Las mujeres con el antecedente personal de depresión exhibirán mayores síntomas depresivos postparto.
2. Las participantes con mayores síntomas depresivos sub-sindromáticos gestacionales, evaluados a través de los puntajes en la Escala de Depresión de Beck, mostrarán mayores niveles de síntomas depresivos postparto.
3. Las mujeres menores de 18 años en comparación con las de mayor edad, presentarán mayores síntomas depresivos postparto.
4. La presencia de mayor apoyo psicosocial se asociará con menores síntomas depresivos postparto.
5. Existirá concordancia en los niveles de satisfacción respecto de la intervención, entre los(as) terapeutas y las participantes.

V. MÉTODO

Se trata de un estudio piloto que se efectuó como un ensayo clínico controlado aleatorizado. A continuación se revisan los diferentes aspectos metodológicos.

5.1. Población Universo y Muestra

En total se incluyeron tres establecimientos: CESFAM Violeta Parra (CVP) (Chillán), CESFAM Ultraestación (CU) (Chillán), y el Hospital Comunitario de Bulnes (HCB). El estudio inicialmente se planificó para realizarse sólo en el primero, pero para optimizar la recolección de la muestra, se incluyeron los otros dos establecimientos de forma gradual. En relación a las características generales y el contexto de estos establecimientos, es importante destacar que el CVP es el centro de Atención Primaria de Chillán con la mayor población inscrita, y está ubicado en el sector nor-oriente de la comuna; el CU está localizado en la zona sur-poniente y alberga una población con mayor vulnerabilidad socioeconómica que el CVP; por su parte el Hospital de Bulnes ofrece la mayor concentración de los servicios de salud en esta comuna, con inclusión de población rural.

El universo, lo constituyeron la totalidad de mujeres gestantes de 15 a 45 años consideradas con *vulnerabilidad psicosocial*, por la presencia de al menos un factor de riesgo según la Entrevista Psicosocial Abreviada (EPsA), es decir, con EPsA positiva; atendidas para su control prenatal desde mediados de 2012 a fines de 2013 en el CVP, en el segundo semestre de 2013 en el CU, y durante el primer semestre de 2014 en el HCB. Ya que las mujeres consultaban de forma permanente para ser ingresadas a sus controles prenatales, se realizó una estimación de la población universo con base en la cantidad de mujeres ingresadas para su control prenatal en cada establecimiento durante el periodo inmediatamente anterior o más próximo al de recolección; en resumen este cálculo arrojó un valor aproximado de 600 mujeres (Tabla 2).

Tabla 2. Datos poblaciones para cada Centro de Atención

Centro	Población total inscrita 2015 - Mujeres de 15-44 años	Ingresos a control prenatal - EPsA (+) Año 1*	Ingresos a control prenatal - EPsA (+) Año 2**	Ingresos a control prenatal - EPsA (+) Año 3***	Población Universo durante el periodo de recolección
CESFAM Violeta Parra	45.259 - 9.947 (39%)	590 (Total) - 207 (EPsA +)	576 (Total) - 193 (EPsA +)	-	400
CESFAM Ultraestación	19.085 - 4.389 (23%)	229 (Total) - 90 (EPsA +)	212 (Total) - 112 (EPsA +)	-	100 (en promedio)
Hospital de Bulnes	12.614 - 2.790 (42%)	-	-	190 (Total) - 74 (EPsA +)	74
Total	76.958 - 17.126 (22%)	819 - 297 (EPsA +)	788 - 305 (EPsA +)	190 - 74 (EPsA +)	574

* Cesfam Violeta Parra (CVP): 2011, y Ultraestación (CU): 2012; **CVP: 2012, y CU: 2013; ***Hospital de Bulnes: 2013.

Se decidió obtener una muestra por conveniencia de 70 mujeres en total, considerando que: se trataba de un estudio piloto; no existían antecedentes en el país de estudios similares; el análisis crítico de la literatura internacional relacionada se caracterizó en general por muestras pequeñas (Tabla 1); y tras evaluar el proceso completo de recolección de la muestra se estimó que el período de tiempo había sido adecuado (en total dos años), e incluyó establecimientos diferentes, así que, extenderlo no generaría un beneficio adicional, pues no se lograría el contacto directo con las pacientes, quienes seguirían siendo derivadas por las(los) matronas(es).

Las participantes ingresaron al estudio por muestreo no probabilístico, siendo objeto de selección todas aquellas gestantes consultantes por control prenatal en los establecimientos antes mencionados, que cumplieran los criterios de inclusión y no presentasen criterios de exclusión.

Para ser incluidas en el estudio se consideraron los siguientes criterios:

1. Encontrarse en atención por control prenatal en alguno de los establecimientos mencionados.
2. Tener una edad entre 15 y 45 años.
3. Estar domiciliadas en la comuna de Chillán o Bulnes.
4. Cursar con 20 a 30 semanas de gestación.
5. Presentar cualquiera de los siguientes factores de riesgo evaluados en la Entrevista Psicosocial Abreviada (EPsA): a) ingreso a control prenatal posterior a las 20 semanas; b) escolaridad menor a sexto básico, pero no analfabetas; c) conflictos con la maternidad; d) insuficiente apoyo social o familiar; e) presencia de síntomas depresivos; f) ser víctima de violencia de género.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

1. Consumo de alcohol, cigarrillo o sustancias psicoactivas durante el embarazo.
2. Diagnóstico actual de episodio depresivo mayor o distimia, confirmado por la Mini-entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).
3. Estar con tratamiento antidepresivo en el último mes, o en la actualidad.
4. Diagnóstico psiquiátrico de trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia o retraso mental.
5. Analfabetismo.
6. Dificultades importantes en la comunicación o en la comprensión del lenguaje (ej. sordomudez).
7. Ingreso a una “casa de acogida” por violencia intrafamiliar, o estar recluida en algún centro penitenciario, por la dificultad en su incorporación regular a las sesiones grupales.

Las mujeres excluidas por las dos primeras situaciones fueron derivadas al programa de Salud Mental de su respectivo establecimiento para evaluación complementaria y tratamiento, siguiendo los protocolos de manejo.

5.2. Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos (Anexos):

1. Escala de Depresión de Beck – II (BDI-II): Es la última versión de este instrumento y fue publicada en 1996; consta de 21 ítems, su rango total de puntajes va de 0 a 63, y su punto de corte es de 19. Se ha recomendado su uso en personas con edad igual o mayor a 13 años. En la versión española obtuvo niveles elevados de consistencia interna tanto en muestras de universitarios, población general y consultantes con trastornos psiquiátricos (Sanz, Navarro, y Vásquez, 2003). Sus propiedades psicométricas también han sido evaluadas en población chilena (Melipillán, Cova, Rincón, y Valdivia, 2008). Aunque usualmente es de auto-reporte, en ese estudio se le administró a las participantes.
2. Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE): Es un instrumento inicialmente desarrollado para la detección de síntomas depresivos en mujeres en postparto reciente. Consta de diez preguntas de selección múltiple, puntuada de 0 a 3 de acuerdo a la severidad de los síntomas. Ha sido validada en diversos países y culturas. En Chile por Jadresic, Araya, y Jara (1995), para mujeres en su postparto, logrando su mayor sensibilidad utilizando 10 puntos como corte, constituyendo el puntaje de corte más apropiado para estudios de tamizaje; y por Alvarado, Guajardo, Rojas y Jadresic (2012), en el embarazo, quienes recomendaron para esta población un puntaje de corte de 12. Aunque es de auto-reporte dadas las características de la población chilena fue hetero-aplicada.

3. Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPSS): Fue publicada por Zimet, Dahlem, Zimet y Farley (1988); está compuesta por 12 ítems que recogen información sobre el apoyo percibido de parte de familiares, amigos y otras personas significativas. Las respuestas corresponden a una escala Likert que va desde muy en desacuerdo a muy de acuerdo. Ha sido validada al español por Landeta y Calvete (2002), y tiene una validación y adaptación en población chilena por Arechabala y Miranda (2002).
4. Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI): Es una entrevista diagnóstica de breve duración, que explora de manera estructurada los principales trastornos psiquiátricos del CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima versión) y del DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, en su cuarta edición). Reportes comparativos entre la MINI, el SCID-P (Entrevista Clínica Estructurada para trastornos del Eje I según el DSM-III-R, en pacientes Psiquiátricos) y la CIDI (Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta), han señalado que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, y cuenta a su favor con un menor tiempo de aplicación (Sheehan, Lecrubier, Sheehan, Amorim, Janavs, Weiller, et al., 1998). Ha sido validada al español por Ferrando, Franco-Alfonso, Bobes-García, M. Soto, O. Soto y Gilbert-Rahola, en su versión 5.0 (2000).
5. Cuestionarios de Información General (CIG): Recogen datos de tipo socio-demográfico y clínico, en dos versiones (prenatal y postnatal inmediato); fueron confeccionados por la tesista.
6. Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA): Esta pauta fue publicada por el Ministerio de Salud de Chile en el 2008, para su aplicación en Atención Primaria, y su principal objetivo es detectar nueve factores de riesgo durante el control

gestacional, entre los que se encuentran la presencia de síntomas depresivos. Fue desarrollada dentro del marco del programa de protección integral a la infancia “Chile Crece Contigo”.

7. Encuesta de Satisfacción para las Participantes y los(as) Terapeutas: Evalúa el nivel de acuerdo o desacuerdo en dos versiones, respecto de los diferentes aspectos de la intervención (ej. en relación a las sesiones: temática, duración, número; dificultades para asistir, aspectos a mejorar, etc.); fue confeccionada por la tesista.

5.3. Procedimiento

Las participantes fueron seleccionadas inicialmente por las(os) matronas(es) durante su control prenatal, quienes representaron el primer “filtro” del estudio. Ellas(os) revisaron los criterios generales de inclusión y exclusión, e informaron a los entrevistadores capacitados (internas(os) de psicología) quienes aplicaron la pauta EPsA; al ser positiva se procedió a la administración de la Escala de Depresión de Beck - II. Las pacientes que alcanzaron un puntaje mayor o igual a 19 puntos en esta Escala posteriormente se evaluaron con el módulo de depresión de la Mini-entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), en caso de confirmar un diagnóstico de episodio depresivo mayor o distimia, se excluyeron del estudio. Luego de ser seleccionadas se les invitó a participar, al aceptar cada mujer y/o uno de sus padres o apoderado en caso de ser menor de edad, confirmó su aceptación a través de la firma de un formulario de consentimiento informado. La sección antenatal del Cuestionario de Información General y la medición basal de la Escala de Apoyo Social se aplicaron inmediatamente después de ingresar al estudio.

La recolección total de la muestra se extendió desde mediados de 2012 hasta el primer semestre de 2014. Inicialmente se planificó que se realizaría sólo en el CESFAM Violeta Parra, basado en las cifras presentadas previamente (Tabla 2), que mostraban una numerosa

población de mujeres en control prenatal en ese establecimiento al momento de comenzar con el trabajo de campo; sin embargo, al observar que el ingreso de las participantes se produjo con notoria lentitud, se decidió incluir un segundo (CESFAM Ultraestación) y finalmente a un tercer establecimiento (Hospital de Bulnes); es decir, considerando los tres establecimientos incluidos, el ingreso de las participantes se produjo de forma paralela, sólo durante el segundo semestre de 2013.

Las participantes fueron randomizadas al Grupo Intervención o al de cuidados usuales (Control), usando el programa STATA 11.0, siguiendo una proporción 1:1. La aleatorización fue realizada por la tesista de forma “ciega” (sólo se incluyó el ID respectivo, número consecutivo asignado a cada una de las participantes); la asignación e invitación a la intervención la efectuó la psicóloga que desarrolló cada ciclo de intervención, a través del contacto telefónico con cada mujer. Teniendo en cuenta lo anterior, el estudio no fue “ciego” para las psicólogas que realizaron la intervención grupal, pero sí para los(as) entrevistadores(as), las participantes, y la tesista.

Como se explicará posteriormente hubo una tasa baja de asistencia a la intervención; estas mujeres fueron contactadas de forma telefónica en varias ocasiones, recibiendo con agrado las invitaciones aunque finalmente no asistían a la sesión programada; para explicar su inasistencia reportaron motivos personales (ej. incompatibilidad con sus horarios de estudios o trabajo, no tenían cómo asegurar el cuidado de sus hijos, etc.), sólo una mujer tenía justificación médica por reposo absoluto.

Las sesiones fueron grupales, cada sesión tuvo una duración aproximada de 90 minutos y una frecuencia semanal; se realizaron en los mismos establecimientos al que pertenecían las mujeres. Cuando las participantes faltaron a alguna sesión, la psicóloga a cargo también las contactó telefónicamente para entregarles una síntesis de la respectiva sesión y enfatizar en

la importancia de asistir a la siguiente. Los otros aspectos de la intervención se revisarán después.

Las evaluaciones se desarrollaron en el domicilio de cada paciente o en su establecimiento, en caso de coincidir con alguno de sus controles postnatales. La primera, se efectuó al primer mes del postparto e incluyó la aplicación de los siguientes instrumentos: 1) Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, 2) Escala de Apoyo Social, y 3) Cuestionario de Información General, en su versión postnatal. Al tercer mes del postparto se realizó la segunda medición, aplicándose los dos primeros instrumentos. El módulo de depresión de la Mini-entrevista Neuropsiquiátrica Internacional se evaluó durante el postparto en cualquier mujer que alcanzara un puntaje mayor o igual a diez puntos en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, para la confirmación del diagnóstico de DPP (Tabla 3).

Tabla 3. Instrumentos aplicados en el Estudio

Instrumentos	Línea de Base	Al finalizar la intervención	Mes 1 Postparto	Mes 3 Postparto
Entrevista Psicosocial Abreviada (EPsA)	X			
Escala de Depresión de Beck (BDI-II)	X			
Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE)			X	X
Escala de Apoyo Psicosocial (MSPSS)	X		X	X
Cuestionario de Información General (CIG)	X		X	
Mini-entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)	X		X	X
Evaluación de Satisfacción		X		

5.4. Variables

Las variables de resultado, o dependientes, fueron operacionalizadas de la siguiente forma:

1. Síntomas depresivos postparto: variable cuantitativa, evaluada según los puntajes promedio en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo de los grupos, en el primer y tercer mes; se consideró como el principal desenlace. También se calculó la reducción de estos síntomas, según la diferencia entre los puntajes promedios en la Escala de Edimburgo, del primer y tercer mes, en cada grupo (desenlace secundario).
2. Depresión postparto: variable nominal dicotómica, definida por un puntaje mayor o igual a diez en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, y la confirmación del diagnóstico de episodio depresivo mayor aplicando la Mini-entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), en el primer o tercer mes postnatal. Se consideró como un desenlace secundario.

Los predictores o variables independientes incorporadas al estudio fueron las siguientes:

Variables sociodemográficas:

1. Edad de la madre: variable cuantitativa.
2. Escolaridad: variable cuantitativa, definida por años de estudios aprobados.
3. Estado civil: variable nominal policotómica.
4. Pareja estable: variable nominal dicotómica.
5. Trabajo estable: variable nominal dicotómica.
6. Ingresos económicos familiares: variable ordinal, caracterizada en cinco categorías de ingreso mensual.

• Variables clínicas (obstétricas):

7. Edad gestacional: variable cuantitativa, en semanas; para los análisis se convirtió en días, para mejorar su exactitud.
8. Número de embarazos previos: variable cuantitativa.
9. Número de hijos vivos: variable cuantitativa.
10. Edad de los hijos: variable cuantitativa.
11. Edad hijo mayor: variable cuantitativa.
12. Edad hijo menor: variable cuantitativa.
13. Algún factor de riesgo de salud gestacional: variable nominal dicotómica; considerada por la presencia de alguna enfermedad física (anemia, hipotiroidismo, hipertensión arterial, o diabetes gestacional).
14. Tipo de Parto: variable nominal policotómica.
15. Dificultades con la lactancia: variable nominal dicotómica.
16. Algún factor de riesgo de salud postnatal en la madre: variable nominal dicotómica; considerada por la presencia de alguna enfermedad física (anemia, mastitis, o endometritis).
17. Enfermedad del recién nacido: variable nominal dicotómica.
18. Hospitalización del recién nacido: variable nominal dicotómica.
19. Comportamiento del recién nacido: variable nominal dicotómica. Se evaluó a través del Cuestionario de Información General postnatal; se centró en si el(la) bebé era difícil de consolar, lloraba mucho o era muy irritable.

• Variables clínicas (psicosociales):

20. Antecedente personal de depresión: variable nominal dicotómica. Se definió evaluando la presencia del criterio E1 y E2 de la Entrevista Internacional

Diagnóstica Compuesta, en su versión 2.1 (CIDI), en el Cuestionario de Información General Antenatal (Anexos).

21. Síntomas depresivos sub-sindromáticos gestacionales: variable cuantitativa, basada en el puntaje obtenido en la Escala de Depresión de Beck - II, en la línea de base.

22. Apoyo Social: variable cuantitativa, definida por el puntaje en la Escala de Apoyo Social.

5.5. Intervención

El Manual usado en este estudio es una adaptación de la última versión del *Programa de Madres y bebés*, titulado “*El Curso para Madres y Bebés: Una Manera de Manejar la Realidad Personal*”, publicado por Le y Muñoz en 2013; fue producido en la Universidad George Washington (Washington D.C., EE.UU.), en español e inglés. El concepto del “manejo saludable de la realidad” ha sido desarrollado en el Hospital General de San Francisco (HGSF) (San Francisco, EE.UU.) desde hace más de 30 años, y tiene en cuenta dos aspectos de la realidad que influyen en el estado anímico: *realidad interna* (subjetiva, mental), y *externa* (física, objetiva); destacando su interrelación permanente y la posibilidad del “modelamiento” que una u otra pueden efectuar. La *realidad interna* puede ser modificada a través de herramientas cognitivas, y la *externa* por medio de métodos conductuales. Estos principios teóricos son la base de los distintos programas que estos autores y sus equipos han implementado, incluyendo su última adaptación (Le y Muñoz, 2013). Esta versión consta de seis sesiones grupales con frecuencia semanal; la primera, es la introducción, que incluye aspectos generales de la intervención, la entrega de algunos elementos respecto del ajuste anímico durante al embarazo y postparto, y la presentación de un video titulado “Mis padres, mis maestros”. Las siguientes dos sesiones se centran en la relación entre los pensamientos y el estado anímico, y en la implementación de estrategias para combatir las cogniciones negativas. Las tres sesiones finales revisan la vinculación entre el estado anímico, el tipo de actividades realizadas, y las relaciones interpersonales;

en la cuarta sesión se profundiza sobre actividades agradables que las madres pueden realizar con sus bebés según la edad y de esta forma mejorar su estado anímico y el vínculo entre ellos(as); en la quinta, se explican los diferentes estilos de comunicación, para fortalecer la asertividad al momento de expresar las propias necesidades; y en la última sesión se evalúa el uso de mecanismos de afrontamiento ante los conflictos interpersonales, y la transición de roles debido a la maternidad. Todas las sesiones están protocolizadas y siguen una estructura similar: un breve preámbulo que en la primera sesión incluye las presentaciones de las participantes y el/la terapeuta, y desde la segunda en adelante, un resumen de la sesión previa; la sección de contenidos que *consta* de las explicaciones del terapeuta, el desarrollo de actividades prácticas, ejercicios de relajación, y las reflexiones de las participantes; y finalmente una conclusión, en que se enfatiza en los tópicos principales, y se plantea un tarea de auto-reporte denominado “el termómetro del estado anímico”, en éste las mujeres deben asignar un puntaje de uno a nueve a su estado anímico diario, que se revisa en la siguiente sesión.

Muñoz y Le proporcionaron esta última versión del Manual y dieron su autorización para su adaptación; tras revisarlo en profundidad, se decidió ajustar los principales contenidos a cuatro sesiones, centrándose en los tópicos que facilitarían un vínculo adecuado con el(la) bebé, y en el uso de herramientas cognitivos-conductuales para la prevención de la sintomatología depresiva y una mayor adaptación al embarazo y postparto. La selección de los temas y la planificación de cada sesión fue desarrollada por la tesista, obteniéndose un Manual protocolizado (Anexos). Se siguió una estructura similar de cada sesión en comparación con el Manual de referencia, excepto porque se suprimió el ejercicio final de auto-reporte (*el termómetro del estado anímico*), sustituyéndose por una *actividad personal* para el hogar, en ésta las participantes debían conversar con un familiar o persona cercana sobre lo aprendido en cada sesión, y en algunos casos aplicar en su cotidianidad estos conocimientos (ej. usar técnicas para combatir los pensamientos negativos frente a una situación específica), para optimizar la percepción de apoyo y la incorporación de estas

herramientas en la realidad de cada paciente. Le revisó el Manual adaptado y comunicó sus recomendaciones. Su principal cuestionamiento fue si con cuatro sesiones era posible entregar los elementos cognitivo-conductuales necesarios a las pacientes; sin embargo, considerando que se trataba de un estudio piloto y que no existen otros antecedentes publicados en el país, se optó por mantener este número de sesiones. En la intervención no se incluyó ningún video, pues aunque Le proporcionó y autorizó el uso del video “Mis padres, mis maestros”, la versión digital tenía algunos problemas de audio, y tampoco se había planificado el desarrollo de un video psicoeducativo como parte de esta investigación.

Como ya se mencionó, las sesiones fueron grupales, cada sesión tuvo una duración de 90 minutos aproximadamente, una frecuencia semanal y se realizaron en los mismos establecimientos de las mujeres.

La temática de las sesiones fue la siguiente:

Sesión 1. Introducción: Vínculo de apego entre madre e hijo(a): Se realizó la presentación de las terapeutas y las participantes; además se *revisaron* los aspectos generales de la intervención, los obstáculos para el desarrollo adecuado del vínculo de apego con el/la bebé, y las expectativas respecto del tipo de figura materna que se deseaba cumplir.

Sesión 2. Aprendiendo a manejar el estado del ánimo: Se explicó la interacción entre pensamientos, decisiones, acciones y el estado anímico; se aplicó un ejercicio de relajación y se les señaló a las participantes que podían implementarlo en sus hogares en momentos de ansiedad.

Sesión 3. Aprendiendo a combatir los pensamientos negativos: Se entregaron técnicas específicas para el control de los diferentes tipos de pensamientos negativos.

Sesión 4. El estado del ánimo y el contacto con otras personas: Se profundizó en las relaciones interpersonales, el apoyo social y la regulación anímica; además, se efectuó el cierre de la intervención.

En el estudio participaron tres psicólogas, quienes pertenecían a los mismos centros; cada una de ellas dirigió la totalidad del ciclo de sesiones asignadas. Previo al inicio de cada ciclo de sesiones, la tesista realizó una capacitación a cada psicóloga, en la que se revisó el Manual completo de forma detallada y, se resolvieron sus inquietudes. También se les explicaron actividades complementarias que debían desarrollar: 1) Formalizar previamente el consentimiento de las participantes para asistir a la intervención, como se detallará posteriormente, 2) realizar las grabaciones de audio de cada una de las sesiones, 3) realizar rescates telefónicos a las pacientes inasistentes a cualquier sesión y, 4) efectuar la Evaluación de Satisfacción (Anexos), supervisando la de cada participante en la última sesión, y contestando la suya, al finalizar con todos los grupos a su cargo.

Para evaluar la fidelidad de las sesiones según el Manual adaptado y estimar su grado de calidad, los archivos de audio fueron revisados al azar por la tesista para comparar los contenidos con el protocolo inicialmente propuesto, utilizando una pauta de cotejo. Como resultado de las grabaciones de audio se obtuvieron un total de 16 archivos (derivados de cuatro ciclos de la intervención, cada uno con cuatro sesiones).

5.6. Aspectos éticos

Previo a su ejecución de esta investigación, se solicitó la revisión del protocolo al Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción y del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, quienes dieron su autorización. Cada gestante que cumpliera con los criterios de inclusión fue invitada a participar, dejándole claro que su

rechazo a participar del estudio, no incidiría en absoluto con la calidad de la asistencia que recibía habitualmente en su establecimiento de salud. Al aceptar también se les explicó que podían abandonar el estudio en cualquier momento, que los datos recolectados sobre su caso eran completamente confidenciales, que si estuviesen interesadas en conocer el resultado final del estudio y el análisis de los datos que se relacionaran con su situación en particular, podían acceder a esta información a través del coordinador(a) del Programa de Salud Mental respectivo. Cabe aclarar que todos los datos de las participantes fueron ingresados según su ID, no sólo para mantener el “ciego” durante la randomización y los análisis estadísticos, sino además para asegurar la confidencialidad. Respecto de la totalidad de las entrevistas e instrumentos respondidos, también se les informó a las participantes que estos documentos quedarían bajo la responsabilidad y el adecuado resguardo de la tesista, y que serían debidamente desechados cuando se completaran la totalidad de los análisis estadísticos.

Finalmente a cada participante se le solicitó que expresara esta aceptación con la firma de un formulario de consentimiento informado, que en el caso de las menores de edad también debía ser firmado por uno de sus padres o de quien sea responsable de su tuición. En otros momentos de la investigación se reiteró a las participantes su consentimiento informado a través de la firma del respectivo formulario: 1) Previo a la intervención, momento en que se les explicaron las características de ésta, y la necesidad de las grabaciones de audio, enfatizando en que las grabaciones sólo serían revisadas por la tesista para evaluar el desempeño de las sesiones, y que estos archivos se eliminarían tras ser analizados, y 2) durante el seguimiento antes de cada evaluación, es decir, al primer y tercer mes del postparto.

5.7. Análisis de los datos

Para los análisis estadísticos se utilizó el software INFOSTAT versión 2011 y la base de datos de 70 mujeres; previamente se habían eliminado dos registros incompletos

correspondientes a dos mujeres que después de ingresar al estudio, no pudieron ser contactadas de nuevo, es decir, no fueron aleatorizadas. Las 70 participantes se evaluaron en el primer y tercer mes de su postparto. Los datos se analizaron según intención de tratamiento, con estimaciones complementarias por protocolo o dosaje. El nivel de significación estadística establecido fue de 0,05 (valor de $p=5\%$), y se realizó con la siguiente estructura:

5.7.1. Verificación de la homogeneidad de los Grupos Control e Intervención

Con el fin de determinar si la intervención produjo un efecto sobre las variables de interés, fue necesario descartar que las diferencias eventuales entre los grupos se debieran a otros factores, considerando además que la asignación de las participantes fue al azar. De este análisis se desprende la caracterización de la muestra en la línea de base y en el postparto inmediato. Para estos fines se planteó la siguiente metodología:

1) Variables cuantitativas: Prueba T de Student si se cumplió con el supuesto de normalidad; Wilcoxon en caso contrario, siempre que se siguiera el supuesto de homocedasticidad.

2) Variables cualitativas: Prueba de homogeneidad de proporciones chi cuadrado de Pearson si se cumplían requisitos (valor de frecuencias esperadas de al menos cinco en 80% de las celdas); en caso contrario, Test exacto de Fisher o comparación de proporciones (Prueba Z) para variables binarias con tamaño de muestra suficiente ($n>20$).

5.7.2. Evaluación de la Intervención

Inicialmente se evaluó el proceso de adaptación de la intervención según la estimación del nivel de calidad de las sesiones de acuerdo a una pauta de cotejo; y en vista de la baja asistencia a la intervención, se realizó un análisis de las variables asociadas con la no asistencia de las participantes; luego se evaluaron sus resultados haciendo un análisis

comparativos entre los grupos, en función de los síntomas depresivos postparto (desenlace primario), y de la frecuencia de depresión postparto (desenlace secundario); se efectuó un análisis longitudinal *sobre* la reducción de síntomas depresivos en el postparto (desenlace secundario), y la relación entre los predictores y estos puntajes. Además se realizaron cálculos del tamaño del efecto que complementaron varios de estos apartados, y análisis logísticos para profundizar en la evaluación predictiva de los casos de depresión postparto.

5.7.2.1. Análisis comparativos

Se había planificado que estos análisis fuesen por intención de tratamiento, pero dada la baja tasa de asistencia a la intervención, algunos análisis se complementaron por protocolo o dosaje. Para la evaluación de los *síntomas depresivos postparto* entre los grupos, según los primeros análisis, se aplicó la misma metodología utilizada en la sección 5.7.1, y para los de protocolo se siguió la siguiente metodología:

1) Variables cuantitativas: Anova paramétrica si se satisfacían supuestos (normalidad y homocedasticidad), Anova no paramétrica de Kruskal-Wallis en caso de falta de normalidad, y la prueba de Wald Wolfowitz, si no se cumplía ningún supuesto. Cuando la Anova reflejó diferencias significativas, el sentido de ésta se estableció en función de comparaciones múltiples de Duncan (si se satisfacían supuestos) o no paramétricas, en caso contrario.

2) Variables cualitativas: Prueba de homogeneidad de proporciones chi cuadrado de Pearson, o Test Exacto de Fisher.

5.7.2.2. Análisis longitudinales

Incluyó el análisis de la reducción de los *síntomas depresivos postparto* en función de los puntajes en la Escala de Edimburgo, ocurrida entre el primer y tercer mes; la correlación entre estos puntajes en ambas mediciones; y el análisis de la relación entre las distintas variables y los puntajes en la Escala de Edimburgo, para la muestra completa y según cada grupo.

5.7.2.2.1. Reducción de los síntomas depresivos postparto

Se efectuó según *análisis por intención de tratamiento* y por *protocolo*, siguiendo la misma metodología de la sección anterior.

5.7.2.2.2 Relación entre los predictores y los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo

Para identificar las variables sociodemográficas y clínicas (obstétricas y psicosociales), que se asociaron con mayores o menores niveles de *síntomas depresivos postparto* según los puntajes promedios en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, inicialmente se realizó un análisis de la muestra completa (n= 70), considerando la totalidad de variables de la línea de base; y después para cada grupo, incluyendo como predictores a los puntajes de la Escala de Apoyo Social en todas sus mediciones. En caso de encontrar relaciones estadísticamente significativas entre las variables y los puntajes en la Escala de Edimburgo al evaluar la muestra total, se realizó una regresión lineal en cada grupo para profundizar en su capacidad explicativa al interior de éstos. Los análisis posteriores de las relaciones entre variables según los grupos, se efectuaron por intención de tratamiento y en algunos casos por protocolo, basándose en la siguiente metodología donde cada prueba se aplicó en cada grupo por separado:

1) VARIABLES CUANTITATIVAS: Se obtuvo el coeficiente de correlación de Spearman entre estas variables y los puntajes en la Escala de Edimburgo, al primer y tercer mes del postparto; que también se aplicó para evaluar la asociación entre estos puntajes en ambas mediciones.

2) VARIABLES CUALITATIVAS: Con más de dos categorías se compararon los puntajes promedios de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, mediante Anova no paramétrica de Kruskal-Wallis. De hallar diferencias significativas, para determinar el sentido de la asociación se realizaron comparaciones múltiples paramétricas si se satisfacían supuestos, o no paramétricas en caso contrario. Para las variables binarias, se compararon los puntajes de la Escala de Edimburgo, en las categorías mediante T de Student siempre que existiera normalidad; si no fue así se utilizó el test de Wilcoxon. De hallar diferencias significativas, se estableció el sentido de ésta mediante medias muestrales.

5.7.2.3. Cálculo del tamaño del efecto de la Intervención

Se consideraron los grupos como fueron asignados y se realizaron tres estimaciones que se incluyeron en diferentes apartados para complementar los otros análisis; la primera en función de los puntajes promedios en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo al primer y tercer mes, la expresión para el tamaño del efecto de la intervención es:

$$d = \text{Media Grupo Control} - \text{Media Grupo de Intervención}$$

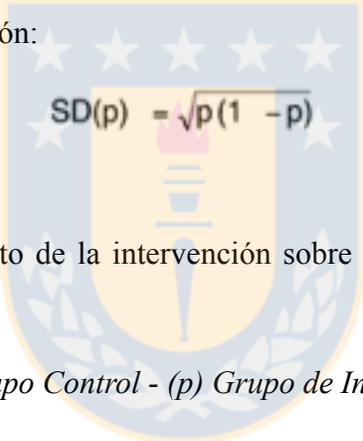
Desviación estándar Grupo Control

La siguiente estimación se hizo según la reducción de los puntajes promedio en las Escalas de Edimburgo (*diferencia de medias*); aquí el orden de las medias se invirtió, ya que se deseaba verificar que la reducción fue mayor en el Grupo Intervención:

$$d = \text{Diferencia de medias Grupo de Intervención} - \text{Diferencia de medias Grupo Control}$$

Desviación estándar de la diferencia del Grupo Control

Y finalmente se efectuó el cálculo del tamaño del efecto de la intervención en función de la proporción de mujeres con DPP (p). En este caso la desviación estándar (SD) se obtiene con base en la siguiente expresión:


$$SD(p) = \sqrt{p(1-p)}$$

El cálculo del tamaño del efecto de la intervención sobre la proporción de pacientes con DPP correspondió a:

$$d = (p) \text{ Grupo Control} - (p) \text{ Grupo de Intervención}$$

SD(p) Grupo Control

5.7.2.4. Evaluación predictiva de la Depresión Postparto

Se realizó una regresión logística según *análisis por intención de tratamiento* para profundizar en los resultados de la frecuencia de DPP; efectuándose dos tipos de estimaciones, en la primera, se consideraron todas las variables de la línea de base, y en la segunda, las variables del primer mes postparto. En vista de los resultados de la primera estimación, se efectuó un análisis posterior por protocolo usando *regresión binaria con*

enlace a T-Student; el modelo con mejor ajuste correspondió al que tenía *cuatro grados de libertad*. La razón para aplicar este método alternativo es que permitió medir de mejor manera los datos alejados de la norma, ya que en este caso se observó mucha variabilidad en el comportamiento de los datos.

5.7.3. Evaluación de la satisfacción con la Intervención

Se realizó un análisis de estimación de frecuencia de las respuestas definidas, utilizando un instrumento desarrollado por la tesista en dos versiones (una para las psicólogas y otra para las participantes), que recogió el nivel de satisfacción en función de una escala Likert; también se evaluaron aspectos que permitieran profundizar en las opiniones de las personas evaluadas (Anexos).



VI. RESULTADOS

Del universo, que correspondió a 600 mujeres, 107 fueron entrevistas. De ellas, 35 fueron excluidas por confirmación de depresión al tamizaje (n= 17); por estar recibiendo atención por depresión en el Programa de Salud Mental (n= 9); porque no estaban interesadas en participar (n= 5); y por otras razones (cambio de consultorio (n=2), tener retraso mental (n=1), o ser analfabeta (n=1)). Todos los casos excluidos por las dos primeros causales, eran usuarias del CESFAM Violeta Parra, mientras los cuatro casos excluidos por “otras razones” pertenecían al Hospital Comunitario de Bulnes. Las mujeres que rechazaron participar (n=5), hacían parte del CESFAM Violeta Parra (n=3) y Ultraestación (n=2).

Con esos resultados, se ingresaron a 72 mujeres. De ellas, dos no continuaron en el estudio porque no fue posible ubicarlas en el periodo entre el reclutamiento y la asignación a los grupos (Figura 1). La distribución del total de mujeres randomizadas (n=70), según el establecimiento, fue: CESFAM Violeta Parra (CVP): 48; CESFAM Ultraestación (CU): 15; y Hospital Comunitario de Bulnes (HCB): 7 mujeres.

Después de ser aleatorizadas en una proporción 1:1, el Grupo Control quedó conformado por 34 y el de Intervención por 36 mujeres. Sin embargo, tras la asignación e invitación a participar en la intervención, sólo 12 mujeres de este grupo asistieron al menos a una sesión, las restantes 24 no asistieron a ninguna, aunque fueron evaluadas en cada momento del seguimiento (primer y tercer mes postparto) (Figura 1).

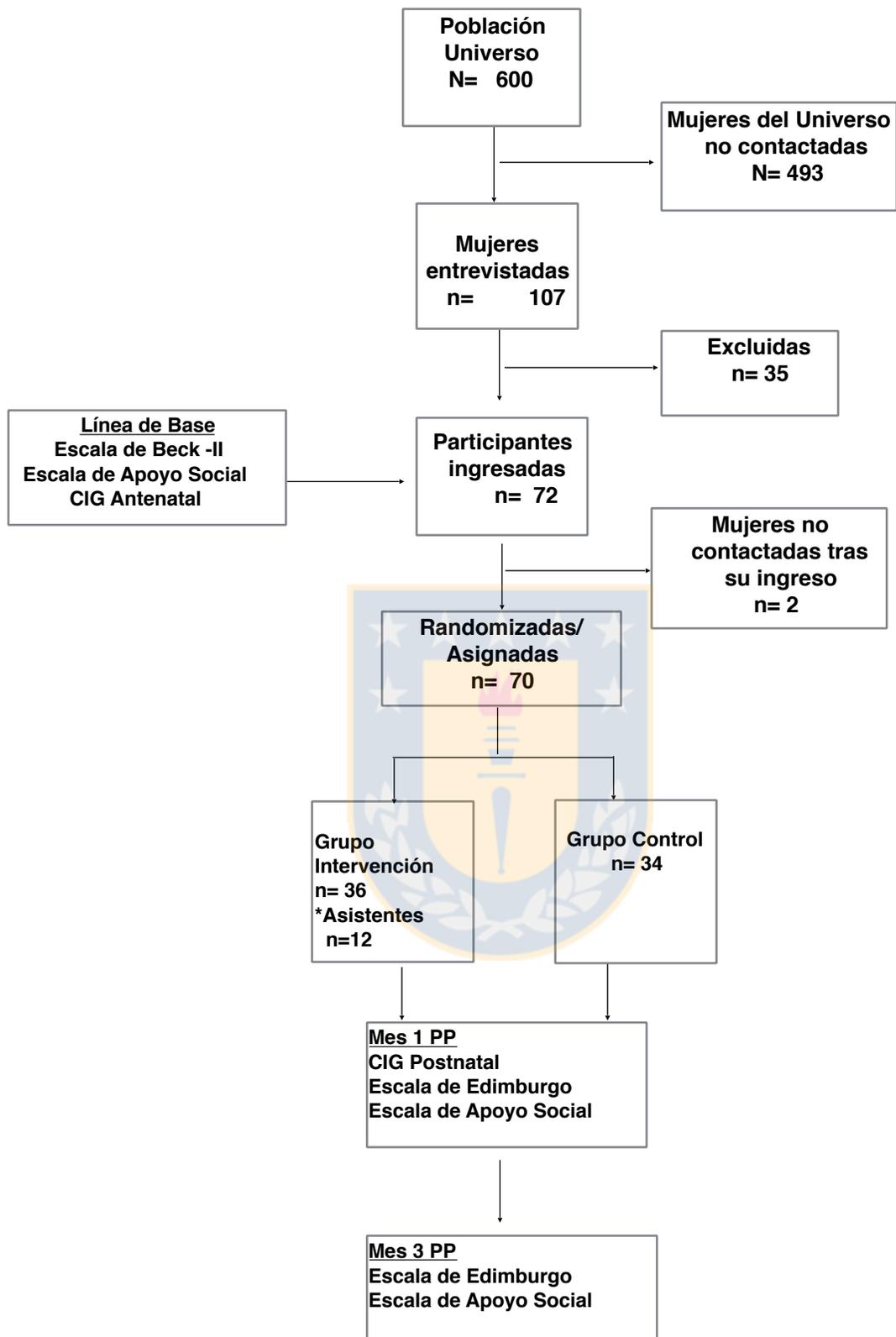


Figura 1. Procedimiento del Estudio

CIG= Cuestionario de Información General; PP= Postparto.

6.1. Caracterización de la Muestra

Al ingreso al estudio, la edad promedio de las participantes fue 24,7 años (E.E.= 1,21); la mayoría estaba soltera o separada (90%), pero con pareja estable (77%); y tenían en promedio 12 años de estudios aprobados (E.E.= 0,5). Un 27,5% reportó contar con trabajo estable y 95% con ingresos económicos familiares inferiores a \$600.000. Al comparar los grupos en la línea de base, no se observaron diferencias significativas en la totalidad de variables sociodemográficas cuantitativas y cualitativas evaluadas (Tabla 4).

Tabla 4. Descripción sociodemográfica de la muestra

VARIABLES	Grupo Intervención n = 36		Grupo Control n = 34		p
	M	E. E.	M	E.E.	Wilcoxon
VARIABLES CUANTITATIVAS					
Edad de la madre	25,61	1,28	23,76	1,13	0,36
Años de estudios aprobados	12,31	0,52	11,76	0,46	0,29
VARIABLES CUALITATIVAS	n	%	n	%	χ^2 Homogeneidad proporciones
Ingresos económicos familiares					
Menores a \$200.000	11	31	13	38	0,37
\$200.001 a \$400.000	15	42	16	47	
\$400.001 a \$600.000	6	17	5	15	Punto de corte: \$200.0000 y \$400.000
\$600.001 a \$800.000	1	3	0	0	
Mayores a \$800.000	3	8	0	0	
VARIABLES BINARIAS	n	%	n	%	Z Comparación proporciones
Estado Civil					
Soltera / Separada	31	86	32	94	0,43
Casada	5	14	2	6	
Trabajo estable	11	31	8	24	0,60
Pareja estable	28	78	26	76	0,10

M= Promedio; E.E= Error Estándar.

Respecto de las variables clínicas, la edad gestacional promedio fue 26,8 semanas (E.E.= 0,7), la mayoría de mujeres cursaba con su primer embarazo (n= 59; M= 0,39; Mediana=0; E.E.= 0,13), y en quienes tenían hijos, la edad promedio de estos fue 8,1 años; el promedio de edad del hijo mayor fue 9,1 años y del menor fue de 6,8 años. Aproximadamente la mitad (48,5%) había sufrido de depresión y, en general no presentaban factores de riesgo de salud gestacional (74,5%). Los puntajes promedios en las Escalas de Depresión de Beck y de Apoyo Social fueron 8,9 y 71,6, respectivamente Al comparar los grupos en la línea de base, no se observaron diferencias significativas, en las variables clínicas cuantitativas y cualitativas evaluadas (Tabla 5).

Tabla 5. Descripción clínica de la muestra

VARIABLES	Grupo Intervención n = 36		Grupo Control n = 34		p
	M	E. E.	M	E.E.	
VARIABLES cuantitativas					Wilcoxon (T Student+)
Edad gestacional (semanas)	26,83	0,55	26,68	0,76	0,86+
Número de embarazos previos	0,39 (0)*	0,12	0,38 (0)*	0,13	0,70
Número de hijos vivos	0,39 (0)*	0,12	0,35 (0)*	0,12	0,64
Edad de los hijos	7,73	1,24	8,38	1,63	0,76+
Edad del hijo mayor	8,18	1,41	10	2,25	0,48+
Edad del hijo menor	6,91	1,27	6,75	1,19	0,93+
Puntaje en Escala de Depresión de Beck (Línea de base)	8,61	0,92	9,12	0,82	0,49
Puntaje en Escala de Apoyo Social (Línea de base)	72,97	2,33	70,21	2,68	0,41
VARIABLES binarias	n	%	n	%	Z Comparación proporciones
Algún Factor de Riesgo de salud gestacional (anemia, hipotiroidismo, diabetes gestacional o hipertensión).	7	19	11	32	0,28
Antecedente personal de depresión	17	47	17	50	0,10

Se usaron las pruebas de T de Student +, y Wilcoxon para las demás variables cuantitativas; M= Promedio; *Mediana; E.E= Error Estándar.

En relación al comportamiento de las variables obstétricas en el postparto inmediato (primer mes postparto), se encontró que la mayoría de las participantes tuvo un parto sin oxitocina (51%) en comparación con los otros tipos de parto (27% parto con oxitocina y 27% cesárea); en general no cursaron con complicaciones físicas (M= 0,26; Mediana= 0; E.E= 0,08); ni tuvieron dificultades con la lactancia (68,5%); 19,5% consideró que su recién nacido era muy difícil de consolar, y el 17,5% debió hospitalizarlo. Al comparar los grupos asignados al azar, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las variables antes mencionadas (Tabla 6).

Tabla 6. Descripción de las variables obstétricas en el postparto inmediato

VARIABLES	Grupo Intervención (n= 36)		Grupo Control (n= 34)		p χ^2 Homogeneidad (Fisher Exacto +)
	n	%	n	%	
Tipo de Parto					
Parto sin oxitocina	21	22	23	24	0,60
Parto con oxitocina	8	25	8	29	
Cesárea	7	22	10	32	
Dificultades con la lactancia	10	31	10	32	0,80+
Recién nacido llora mucho	5	16	7	23	0,37+
Enfermedad del Recién nacido	5	16	1	3	0,20+
Hospitalización del Recién nacido	6	19	5	16	0,10+
Presencia de Factores de Riesgo de salud postnatal (anemia, mastitis o endometritis).	M	E. E.	M	E.E.	0,13+
	9	25	15	44	
	0,25 (0)*	0,07	0,47 (0)*	0,1	

M= Promedio; *Mediana; E.E= Error Estándar.

6.2. Evaluación de la Intervención

A continuación se presentan los resultados obtenidos, organizados en seis apartados. En el primero se muestra la evaluación del proceso de adaptación de la intervención, considerando la estimación del nivel de calidad de un grupo de sesiones elegidas al azar. Luego, dada la baja tasa de asistencia al grupo intervenido, se presenta el análisis de las variables asociadas con esta no asistencia; en el tercero, la evaluación de los resultados de la intervención haciendo análisis comparativos entre los grupos, en función *de* los síntomas depresivos postparto (desenlace primario), y la frecuencia de depresión postparto (desenlace secundario); en el cuarto, un análisis longitudinal sobre la reducción de los puntajes en la Escala de Depresión de Edimburgo (desenlace secundario) ocurrida entre el primer y tercer mes. En el quinto, se analiza la relación entre los diversos predictores y los síntomas depresivos postparto; y en el sexto y último apartado, se profundiza sobre la evaluación predictiva de los casos de depresión postparto.

En el diseño original se planteó realizar estos *análisis por intención de tratamiento*, pero dado que en el grupo experimental (intervención) un porcentaje relevante de los participantes no asistió nunca a ninguna sesión, se distinguen tres grupos para diversos análisis: grupo experimental efectivo (intervenido), grupo experimental por intención de tratar (no asistente) y grupo control.

6.2.1. Evaluación de la Adaptación de la Intervención

Teniendo en cuenta que las sesiones fueron grupales y que el número de mujeres intervenidas fue cerca de un tercio de lo esperado ($n= 12$), los grupos fueron pequeños (dos a cinco pacientes). Se administraron cuatro ciclos de sesiones (tres en el CESFAM Violeta Parra, una en el Hospital de Bulnes, y ninguna en el CESFAM Ultraestación); en total fueron 16 sesiones. En relación al nivel de asistencia, siete (58,3%) de las participantes asistieron a todas las sesiones y las cinco restantes, a 3 de 4 sesiones. Para evaluar la

fidelidad de las sesiones con lo expuesto en el Manual adaptado, se contó con las grabaciones en audio de éstas; a cada archivo de audio se le asignó un número, basado en éste se eligieron al azar diez, utilizando el STATA 11.0. Estos archivos se revisaron en función de los contenidos entregados, de la duración y la forma en que se efectuó cada sesión, en comparación con lo propuesto en el Manual protocolizado; se aplicó una pauta de cotejo en que se definió el grado de calidad global de cada sesión como excelente, bueno, regular, y deficiente (Anexos). Según lo anterior, el 80% de las sesiones revisadas se consideraron *buenas* y el 20% *excelentes*.



6.2.2. Variables relacionadas con la no asistencia a la intervención

Considerando que todas las mujeres asignadas a la intervención fueron invitadas en varias ocasiones, que se cubrieron los gastos de los traslados a las sesiones, y que se desarrolló con diferentes terapeutas y establecimientos, se decidió realizar un *análisis por protocolo*, diferenciando tres grupos: control, no asistente a la intervención e intervenido, buscando identificar variables que pudiesen explicar la no asistencia (Tabla 7).

Tabla 7. Comparación de variables en la línea de base según análisis por protocolo

VARIABLES	p
Edad de la madre	0,65
Edad usando corte comparativo en 18 años	0,66
Años de estudio aprobados	0,68
Ingreso Familiar (usando corte comparativo en \$400.000)	0,04*
Estado Civil (1=casada; 2=soltera/ separada)	0,21
Pareja estable	0,10
Trabajo estable	0,10
Edad gestacional	0,98
Embarazos previos	0,38
Hijos Vivos	0,55
Edad de los hijos	0,87
Edad hijo mayor	0,71
Edad hijo menor	0,75
Algún factor de riesgo gestacional	0,23
Antecedente personal de depresión+	0,62
Puntaje en Escala de Depresión de Beck++	0,01*
Puntaje en Escala de Apoyo Social	0,71

Se usaron Chi cuadrado de Pearson+, Anova Kruskal Wallis++, y para las demás variables el Test Exacto de Fisher; *p<0,05.

La tabla 7 muestra que los tres grupos eran homogéneos en la línea de base, respecto de las siguientes variables:

a) *Sociodemográficas*: edad promedio ($p= 0,65$); edad con corte comparativo de 18 años (para evaluar a las adolescentes) ($p= 0,66$); años de estudio aprobados ($p= 0,68$); estado civil ($p= 0,21$); frecuencia de mujeres con pareja y trabajo estable (en ambos casos, $p= 0,10$).

b) *Obstétricas*: edad gestacional (en días para lograr mayor precisión) ($p= 0,98$); número de embarazos previos ($p= 0,38$); hijos vivos ($p= 0,55$); promedio de edad de los hijos ($p= 0,87$); edad del hijo mayor ($p= 0,71$) y menor ($p= 0,75$); presencia de alguna enfermedad física (hipertensión arterial, diabetes gestacional, hipotiroidismo, o anemia; $p= 0,23$).

c) *Psicosociales*: antecedente personal de depresión ($p= 0,62$); y puntaje en la Escala de Apoyo Social ($p= 0,71$).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el ingreso familiar mensual, usando como corte \$400.000 ($p= 0,04$); y para los síntomas depresivos sub-sindromáticos gestacionales (según puntaje en la Escala de Depresión de Beck) ($p= 0,01$).

En relación a estas últimas variables, es importante precisar lo siguiente:

1) Ingreso familiar: Se detectaron diferencias significativas entre la proporción de participantes con ingresos superiores e inferiores a \$400.000 ($p=0,04$, Test Exacto de Fisher); observándose que quienes tenían ingresos familiares mayores a \$400.000 asistieron en menor porcentaje que las mujeres con ingresos inferiores (Tabla 8, Figura 2). El Odds Ratio (OR) corresponde a 0,21, es decir, la probabilidad fue 1 a 5; por cada mujer con ingreso mayor a \$400.000 que asiste, concurren cinco del grupo de mujeres con ingresos menores a éste.

Tabla 8. Distribución del ingreso familiar según análisis por protocolo

Grupo	Ingreso	
	≤ \$400.000	> \$400.000
Control	47 %	53 %
No Asistente	29 %	71 %
Intervenido	67 %	33 %

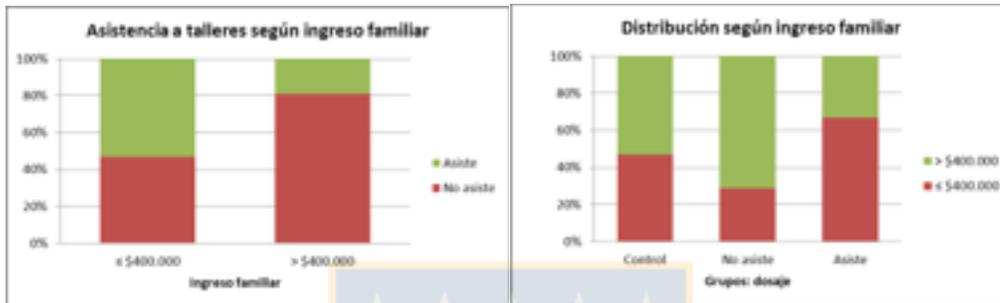


Figura 2. Comparación del ingreso familiar según análisis por protocolo

2) Síntomas depresivos sub-sindromáticos gestacionales: Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en los puntajes promedios en la Escala de Depresión de Beck, al comparar al grupo intervenido con los otros dos grupos ($p=0,01$, Anova Kruskal Wallis). Los puntajes promedios de menor a mayor en esta Escala *fueron*: no asistente: 6,83, grupo control: 9,12, e intervenido: 12,17 (Figura 3).

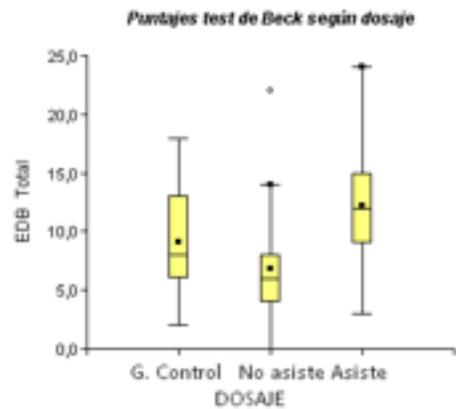


Figura 3. Comparación de puntajes en la Escala de Depresión de Beck (EDB), según análisis por protocolo

En síntesis, las variables que se relacionaron con la **no asistencia** a la intervención fueron la menor presencia de *síntomas depresivos sub-sindromáticos gestacionales* y pertenecer a familias con *ingresos* mensuales más altos (mayores a \$400.000).

6.2.3. Resultados de la intervención: Análisis comparativo entre grupos de los síntomas depresivos en el postparto y de la frecuencia de Depresión Postparto

Como se señaló en los objetivos, el desenlace primario fue definido como la disminución de los *síntomas depresivos en el postparto*, evaluados a través de los puntajes promedio en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo al primer y tercer mes del postparto, según los grupos. Inicialmente se planteó que estos análisis se harían por intención de tratamiento, pero dada la baja asistencia a la intervención se decidió complementar con un *análisis por protocolo*, buscando identificar los resultados según la “dosis” recibida, ya que como se mencionó se constituyeron tres grupos: control (n= 34), no asistente (n= 24), e intervenido (n=12). Respecto del concepto del dosaje, en la realidad estos tres grupos recibieron modalidades diferentes de la intervención. Al grupo control se le suministraron cuidados usuales, entonces al no participar en ésta la “dosis” de intervención que se les administró fue cero, de ahí que para estos análisis se les denomine Dosaje 0 (D0). Por su parte, el grupo de mujeres que fueron asignadas a la intervención pero que no asistieron a ninguna sesión, representaron el grupo no asistente, en este caso el procedimiento seguido por las psicólogas que debían invitarlas a participar, incluyó varios contactos telefónicos durante la primera semana de cada ciclo de intervención, como máximo en tres ocasiones salvo que las mujeres expresaran su rechazo definitivo ante estas invitaciones; aunque breves, en estos llamados se les preguntaba por su estado de salud y se les reforzaba la importancia de su asistencia, usando algunos elementos psicoeducativos; cabe decir, que las mujeres recibieron con agrado los llamados telefónicos aunque luego no asistían a las sesiones, como se mencionó, sólo una de ellas tenía reposo médico como justificación de inasistencia; en resumen, hacia este grupo hubo una aproximación diferente, y se le reforzó la importancia de priorizar su salud mental, recibiendo algo más que el de control, por lo

tanto se denominó Dosaje 1 (D1). El grupo intervenido, representó el Dosaje 2 (D2); vale decir, que la asistencia a la totalidad de sesiones de las doce mujeres de este grupo fue adecuada como se describió en la sección 6.3.1, por lo se evaluaron de forma global.

Como se describió previamente, los desenlaces secundarios *fueron* la estimación de la frecuencia de la DPP, que se complementaron con evaluaciones predictivas, usando análisis logísticos; y la reducción de los síntomas depresivos postparto, que se presenta en otra sección por corresponder a un análisis longitudinal.

6.2.3.1. Análisis por intención de tratamiento de los síntomas depresivos postparto

La aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, mostró para el grupo control, un puntaje promedio al primer mes del postparto de 4,85 (D.E.= 4,69) y al tercer mes de 4,47 (D.E.= 3,82); mientras que para el grupo intervención fue 4,39 (D.E.= 3,76), y de 3,78 (D.E.= 2,93), respectivamente (Tabla 9). Estos resultados son concordantes con los puntajes en la Escala de Depresión de Beck, que evaluaban en la línea de base los síntomas depresivos gestacionales, encontrándose valores más altos en el grupo control que en el de intervención (9,12 vs. 8,61) (Tabla 9). Al comparar los grupos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de esta Escala ($p= 0,49$) ni en las distintas mediciones en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (Mes 1: $p= 0,96$; Mes 3: $p= 0,59$; Test de Wilcoxon) (Tabla 9).

Tabla 9. Comparación de puntajes en Escalas de Depresión de Beck y Postparto de Edimburgo, según análisis por intención de tratamiento

VARIABLES							
Línea de Base	Grupos	n	M	D.E.	Mín	Máy	p
Puntaje en la Escala de Depresión de Beck	Control	34	9,12	4,77	2	18	0,49
	Intervención	36	8,61	5,50	0	24	
Primer Mes Postparto							
Puntaje en Escala de Depresión Postparto de Edimburgo	Control	34	4,85	4,69	0	17	0,96
	Intervención	36	4,39	3,76	0	19	
Tercer Mes Postparto							
Puntaje en Escala de Depresión Postparto de Edimburgo	Control	34	4,47	3,82	0	17	0,59
	Intervención	36	3,78	2,93	0	10	

M= Promedio; D.E.= Desviación Estándar; Mín= Mínimo; Máx= Máximo. Se utilizó la prueba de Wilcoxon en todos los casos.

Aun cuando las diferencias entre los puntajes promedios en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo al comparar los grupos, no resultaron ser estadísticamente significativas (Tabla 9), la Figura 4 muestra las tendencias que se dieron durante el seguimiento.

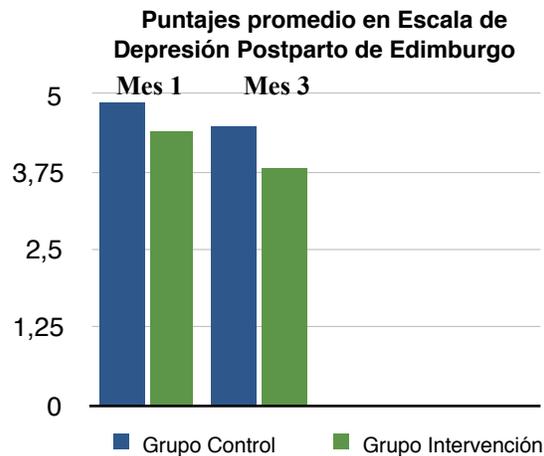


Figura 4. Evolución de los síntomas depresivos postparto según análisis por intención de tratamiento

En resumen, los puntajes promedios en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, fueron inferiores para el grupo intervención en ambas mediciones, en comparación con el de control (Tabla 9); similar relación se presentó en la línea base en los puntajes de la Escala de Depresión de Beck, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas (Tabla 9 y Figura 4). Es decir, los grupos asignados al azar (control e intervención) partieron en similares condiciones anímicas.

En vista de la no existencia de diferencias estadísticamente significativas en los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo entre los grupos, se realizó un cálculo del tamaño del efecto. Con base en los resultados descritos en la Tabla 9, se obtuvo un tamaño del efecto pequeño según Cohen en función de los puntajes en la Escala de Edimburgo en ambas mediciones; para el primer mes del postparto fue:

$$d = \frac{4,85 - 4,39}{4,69} = 0,10.$$

Para el tercer mes del postparto, el tamaño del efecto de la intervención también fue pequeño, pero su efecto casi se duplicó en comparación con la medición previa:

$$d = \frac{4,47 - 3,78}{3,82} = 0,18.$$

Se realizaron estimaciones complementarias del tamaño del efecto que se presentarán en secciones posteriores.

6.2.3.2. Análisis por protocolo de los síntomas depresivos postparto

Como ya se explicó, el análisis de las variables relacionadas con la no asistencia a la intervención reveló que a nivel basal los tres grupos (Dosaje D0 (grupo control); D1 (grupo experimental por intención a tratar); y D2 (grupo experimental efectivo)) eran homogéneos en relación a las variables cuantitativas y cualitativas, excepto en lo referido a ingreso familiar mensual (con corte en \$400.000) y puntaje en la Escala de Depresión de Beck. Al analizar los resultados de la intervención, es importante identificar si los hallazgos al seguimiento, con mediciones al primer y tercer mes de postparto, se deben a la intervención misma o a diferencias entre aquellas dos variables. Cabe reiterar que la asignación a los grupos intervención y control sí generó grupos homogéneos, pero la decisión de participación en ésta no podía controlarse por obvias razones; de manera que el grupo que recibió finalmente la intervención (D2) mostró diferencias significativas en los puntajes promedios en la Escala de Depresión de Beck en la línea base (grupo no Asistente (D1): M= 6,83, EE= 4,69; grupo control (D0): M= 9,12, E.E.= 4,77; intervenido (D2): M= 12,17, E.E.= 5,44; p=0,01) (Tabla 10, Figura 5) y mostró los puntajes promedios más altos en la Escala de Depresión de Edimburgo al primer mes del postparto (D2: M=5,08, E.E.=2,84; D1: M=4,04, E.E.=4,15; D0: M= 4,85, E.E.=4,69) (Tabla 10).

Al tercer mes del postparto, se observa en el grupo intervenido (D2) una tendencia en la reducción de los síntomas depresivos postparto, acercándose al grupo con el puntaje más bajo (D2: M= 3,92, E.E.= 2,81; D1: M= 3,71, E.E.= 4,15; D0: M= 4,47, E.E.=3,82 (Figura 5, Tabla 11), aunque ello no se tradujo en diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes promedios en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (Mes 1: p=0,40; Mes 3: p=0,81; Anova Kruskal Wallis) (Tabla 10).

Tabla 10. Comparación de puntajes en Escalas de Depresión de Beck y Postparto de Edimburgo, según análisis por protocolo

VARIABLES					
Línea de Base	Grupos	n	M	D.E.	p
Puntaje en la Escala de Depresión de Beck	Control (D0)	34	9,12	4,77	0,01*
	No Asistente (D1)	24	6,83	4,69	
	Intervenido (D2)	12	12,17	5,44	
Primer Mes Postparto					
Puntaje en Escala de Depresión Postparto de Edimburgo	Control (D0)	34	4,85	4,69	0,40
	No Asistente (D1)	24	4,04	4,15	
	Intervenido (D2)	12	5,08	2,84	
Tercer Mes Postparto					
Puntaje en Escala de Depresión Postparto de Edimburgo	Control (D0)	34	4,47	3,82	0,81
	No Asistente (D1)	24	3,71	3,04	
	Intervenido (D2)	12	3,92	2,81	

M= Promedio; D.E= Desviación Estándar. Se aplicó Anova Kruskal-Wallis; *p<0,05.

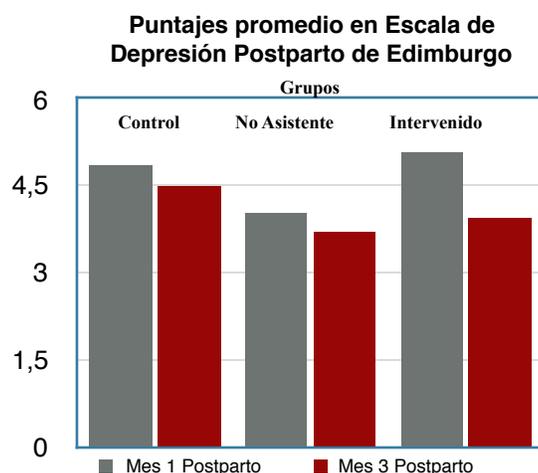


Figura 5. Evolución de los síntomas depresivos postparto según análisis por protocolo

6.2.3.3. Análisis comparativo de la frecuencia de depresión postparto

Los casos de DPP se definieron por la presencia de un puntaje mayor o igual a diez en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y la confirmación del diagnóstico de episodio depresivo mayor aplicando la Mini-entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), en el primer o tercer mes del postnatal.

Al final del periodo de seguimiento, se identificaron siete casos de DPP. Al comparar los grupos originales, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo intervención; sin embargo, del total de casos detectados, cinco correspondieron al grupo control (n= 5, 15% vs. 6%; p= 0,25); ésto es interesante pues no se detectaron diferencias en la frecuencia del antecedente de depresión ni en la presencia de los síntomas depresivos postparto (Tablas 5, 9 y 10). Los dos casos restantes se identificaron al primer mes del seguimiento, uno pertenecía al grupo experimental por intención a tratar (no asistente) y el otro, al grupo experimental efectivo (intervenido); ambos casos remitieron según la evaluación de los tres meses del postparto (Tabla 11).

Tabla 11. Frecuencia de Depresión Postparto en ambos grupos al primer y tercer mes del seguimiento

VARIABLES	Número (%) de Pacientes con Depresión Postparto		p	Total (%)
	Grupo Control n=34	Grupo Intervención n=36		
Mes 1 Postparto	3	2	0,67	5
Mes 3 Postparto*	2	0	0,23	2
Prevalencia global	5 (15%)	2 (6%)	0,25	7 (10%)

Se usaron la Comparación de proporciones Z, y sólo para una variable, el Test Exacto de Fisher*.

El tamaño del efecto de la intervención al primer mes del postparto, en función de los casos de DPP correspondió a 0,12, fue pequeño:

$$d = \frac{0,09 - 0,06}{0,28}$$

Al tercer mes postparto, el mismo cálculo arrojó un valor de 0,25, también considerado pequeño:

$$d = \frac{0,06 - 0}{0,24}$$

6.2.4. Resultado de la intervención: Análisis longitudinal sobre la reducción de síntomas depresivos postparto

Se evaluó la disminución de síntomas depresivos postparto entre el primer y tercer mes de postparto, según la diferencia de los puntajes promedios en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. Inicialmente se compararon los grupos asignados al azar, observándose una pendiente mayor para el grupo intervención dada por la mayor reducción de los síntomas depresivos postparto (Figura 6), que no logró ser significativa (grupo intervención: 0,61, D.E.= 2,94; grupo control: 0,38, D.E.= 4,39; $p= 0,99$, Anova Kruskal Wallis) (Tabla 12).

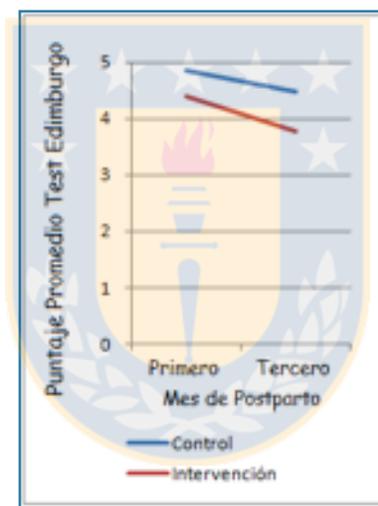


Figura 6. Reducción de los síntomas depresivos postparto según análisis por intención de tratamiento

Tabla 12. Reducción de los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo entre el primer y tercer mes, según análisis por intención de tratamiento

Grupo	n	M	D.E.	Mín	Máx
Control	34	0,38	4,39	-16	11
Intervención	36	0,61	2,94	-5	14

M= Promedio; D.E.= Desviación estándar; Mín= Mínimo; Máx= Máximo.

Para la evaluación de la reducción de *síntomas depresivos postparto* según *análisis por protocolo o dosaje*, las comparaciones se realizaron de a pares mediante el Test de Wald Wolfowitz (o Rachas) (Tabla 13). El grupo intervenido (D2) fue el que mostró la mayor reducción de los síntomas depresivos postparto durante el seguimiento (D2: M= 1,17, D.E.= 1,80; D1: M= 0,33, D.E.= 3,37; D0: M= 0,38, D.E.= 4,46), diferencia que es estadísticamente significativa al compararlo con el grupo control (p=0,00) (Tabla 13). En la Figura 7, también se observa que la pendiente fue mayor para el grupo intervenido (D2).

Tabla 13. Reducción de los síntomas depresivos en el postparto según análisis por protocolo

Grupo	Dosaje	Mes 1 Postparto M	Mes 3 Postparto M	Diferencia	D.E.	p
Control	0	4,61	4,21	0,38	4,46	Dosaje 0 y 1: p=0,83
No Asistente	1	4,04	3,71	0,33	3,37	Dosaje 0 y 2: p=0,00*
Intervenido	2	5,08	3,92	1,17	1,80	Dosaje 1 y 2: p=0,96

M= Promedio; D.E.= Desviación Estándar; *p<0,05. Se usó el Test de Wald Wolfowitz (o Rachas).

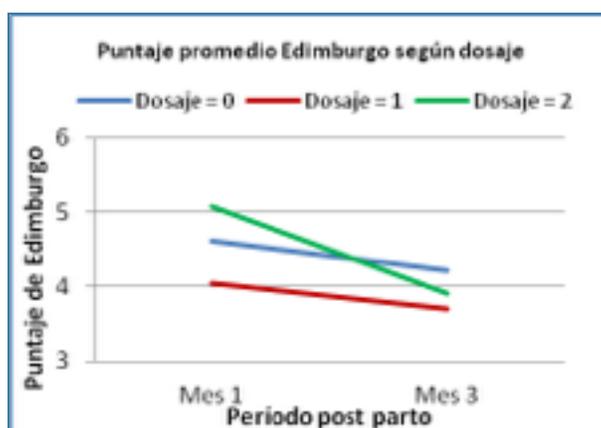


Figura 7. Reducción de los síntomas depresivos postparto según análisis por protocolo

El cálculo del tamaño del efecto de la reducción de los puntajes promedios en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, ocurrida del primer al tercer mes, se basa en la Tabla 12, y nuevamente arroja un tamaño del efecto pequeño:

$$d = \frac{0,61-0,38}{4,39} = 0,05.$$

6.2.5. Análisis longitudinal de la relación entre los predictores y los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo

Previo a la evaluación de la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas de la línea de base, y los puntajes promedio en la Escala de Edimburgo en cada grupo, se evaluó la correlación entre estos puntajes al primer y tercer mes del postparto usando la prueba de Spearman, según *análisis por intención de tratamiento* y *por protocolo*, considerando que el puntaje del primer mes postparto podría representar en sí-mismo un predictor de la evaluación del tercer mes.

Para los grupos control e intervención, los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo en el primer y tercer mes del postparto estaban correlacionados de forma directa y significativa, es decir, a mayores puntajes en la primera medición se observaron también puntajes más altos al tercer mes del postparto (grupo control: $r = 0,65$, $p < 0,00$; grupo intervención: $r = 0,82$, $p < 0,00$) (Tabla 14).

Tabla 14. Correlación entre los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo al primer y tercer mes, según análisis por intención de tratamiento

Grupo	r	p
Control	0,65	<0,00*
Intervención	0,82	<0,00*

*p<0,05.

En el *análisis por protocolo*, los resultados son similares pues en los tres grupos se observó una relación directa y significativa entre los puntajes en la Escala de Edimburgo del primer y tercer mes postparto (grupo control (D0): $r= 0,65$, $p<0,00$; grupo no asistente (D1): $r= 0,85$, $p<0,00$; grupo intervenido (D2): $r= 0,82$, $p= 0,00$) (Tabla 15).

Tabla 15. Correlación entre los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo al primer y tercer mes, según análisis por protocolo

Grupo	r	p
Control (D0)	0,65	<0,00*
No Asistente (D1)	0,85	<0,00*
Intervenido (D2)	0,82	0,00*

*p<0,05.

Con este último análisis se confirmó que el puntaje en la Escala de Edimburgo del primer mes postparto se constituyó en un predictor del puntaje del tercer mes en la misma Escala para la muestra total, al observarse una relación directa y significativa entre los puntajes promedio de ambas mediciones en cada grupo, que no fue moderado por la intervención.

Para identificar las variables sociodemográficas y clínicas (psicosociales y obstétricas) de la línea de base, asociadas con la mayor o menor presencia de síntomas depresivos postparto, evaluados en función de los puntajes promedios en la Escala de Depresión Postparto de

Edimburgo, inicialmente se analizaron los resultados de la muestra total (n= 70), al primer y tercer mes postparto (Tabla 16); teniendo en cuenta que en la línea de base si se conformaron grupos homogéneos. Se usó la prueba de correlación de Spearman para el análisis de las variables cuantitativas, y el test de Wilcoxon, para la mayoría de las variables cualitativas, excepto para el *ingreso familiar mensual* (según los grupos iniciales) en que se aplicó Anova Kruskal Wallis.

Tabla 16. Relación entre las variables de la línea de base y los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (valor de p), en la muestra total

VARIABLES	Mes 1 Postparto	Mes 3 Postparto
Edad promedio de la madre	0,63	0,20
Años de estudio aprobados	0,18	0,08
Ingreso Familiar+ (1=<\$180.000; 2= \$180.000-\$400.000; 3=>\$400.000)	0,59	0,58
Estado Civil (1=casada; 2=soltera/ separada)	0,74	0,26
Pareja estable	0,07	0,23
Trabajo estable	0,85	0,69
Edad gestacional (días)	0,91	0,49
Embarazos previos	0,38	0,35
Hijos Vivos	0,40	0,36
Edad promedio de los hijos	0,87	0,70
Edad hijo mayor	0,71	1,00
Edad hijo menor	0,75	0,37
Algún Factor de Riesgo de salud gestacional	0,62	0,93
Antecedente personal de depresión	0,74	0,62
Puntaje en Escala de Depresión de Beck	r= 0,36; p=0,00*	r= 0,26; p= 0,03*
Puntaje en Escala de Apoyo Social	r= -0,27; p= 0,02*	0,13

Se usaron las pruebas de Spearman para las variables cuantitativas, y para las cualitativas Wilcoxon, excepto para ingreso familiar+ (Anova Kruskal Wallis); *p<0,05.

Las únicas variables de la línea de base que, en la muestra total se relacionaron significativamente con los *síntomas depresivos postparto* fueron: los *síntomas depresivos sub-sindromáticos gestacionales* (evaluados por los puntajes en la Escala de Depresión de Beck), de forma directa y en ambas mediciones (Mes 1: $r= 0,36$, $p= 0,00$; Mes 3: $r= 0,26$, $p= 0,03$; Prueba de Spearman), y la percepción de *apoyo* (según los puntajes en la Escala de Apoyo Social), de forma inversa, sólo al primer mes postparto ($r= -0,27$, $p= 0,02$; Prueba de Spearman) (Tabla 16). Para entender mejor la capacidad explicativa de estas relaciones, se realizaron modelos de regresión lineal para los grupos control e intervención, es decir, según análisis por intención de tratamiento; se utilizó como variable dependiente el puntaje promedio en la Escala de Edimburgo del primer mes postparto, pues fue la evaluación en que se observaron diferencias significativas simultáneas, para los puntajes de las Escalas de Depresión de Beck y Apoyo Social.

6.2.5.1. Análisis de regresión lineal para el Grupo Control

Inicialmente se explica por separado el resultado de las variables, y luego el modelo conjunto. Para el puntaje en la Escala de Depresión de Beck, el estadístico R2 fue 0,17; con este resultado puede decirse que su capacidad explicativa fue del 17%, y para el puntaje en la Escala de Apoyo Social, R2 fue de 0 (Tabla 17).

Tabla 17. Modelo de regresión lineal para los puntajes en las Escalas de Depresión de Beck y Apoyo Social, Grupo Control

Variables	R2
Puntaje en Escala de Depresión de Beck	0,17
Puntaje en Escala de Apoyo Social	0
Escalas evaluadas en conjunto	0,17

Tabla 18. Coeficientes de regresión estimados

Variables	Coefficientes Estimados	E.E.	LI (95%)	LS (95%)	p
Constante	0,04	3,93	-7,97	8,05	0,99
Puntaje en Escala de Depresión de Beck	0,41	0,16	0,08	0,74	0,02*
Puntaje en Escala de Apoyo social	0,02	0,05	-0,08	0,12	0,75

E.E.= Error estándar; LI= Límite inferior; LS= Límite superior; * $p < 0,05$.

Con los resultados anteriores se confirmó que el efecto del puntaje de la Escala de Depresión de Beck *sobre* la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo es directo y significativo (coeficiente= 0,41; $p = 0,02$), mientras que el de la Escala de Apoyo Social no lo es ($p = 0,75$); por lo tanto, el puntaje en la Escala de Depresión de Beck representa la totalidad de la capacidad explicativa del modelo, para este grupo (Tabla 18).

6.2.5.2. Análisis de regresión lineal para el Grupo Intervención

Para el puntaje de la Escala de Depresión de Beck, el estadístico R² fue 0,14, es decir, en principio explicaría el 14% del modelo, y para la Escala de Apoyo Social fue 0,45, que con este valor explicaría el 45%; sin embargo, cuando las variables se evaluaron juntas, el R² incrementó sólo en un punto, es decir, fue 0,46, por lo tanto tendrían una capacidad explicativa del 46% (Tabla 19), pero su vinculación con los puntajes de Edimburgo fue completamente diferente (Tabla 20).

Tabla 19. Modelo de regresión lineal para los puntajes en las Escalas de Depresión de Beck y Apoyo Social, Grupo Intervención

Variabes	R2
Puntaje en Escala de Depresión de Beck	0,14
Puntaje en Escala de Apoyo Social	0,45
Escalas evaluadas en conjunto	0,46

Cuando se evaluó el puntaje de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo en función de ambas variables, se observó que el efecto del puntaje de la Escala de Depresión de Beck no fue significativo (coeficiente= 0,09; p= 0,36), mientras que la *percepción de apoyo social* mostró una relación inversa y significativa (coeficiente= -0,17; p= 0,00) (Tabla 20).

Tabla 20. Coeficientes de regresión estimados

Variabes	Coefficientes Estimados	E.E.	LI (95%)	LS (95%)	p
Constante	15,72	3,18	9,26	22,18	<0,00
Puntaje en Escala de Depresión de Beck	0,09	0,10	-0,10	0,28	0,36
Puntaje en Escala de Apoyo social	-0,17	0,04	-0,24	-0,09	0,00*

E.E.= Error estándar; LI= Límite inferior; LS= Límite superior; *p<0,05.

En resumen, al primer mes postparto se confirmó que para el grupo control, el puntaje en la Escala de Depresión de Beck fue determinante sobre el puntaje en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo en forma perjudicial; por su parte, en el grupo intervención, la influencia de los puntajes en la Escala de Beck fue controlada por el efecto protector del apoyo social.

6.2.5.3. Relación entre las variables sociodemográficas y obstétricas, y los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo

Inicialmente se evaluó la asociación entre las variables sociodemográficas y los puntajes en la Escala de Edimburgo. También se usó la prueba de correlación de Spearman para el análisis de las variables cuantitativas, y el test de Wilcoxon, para la mayoría de las variables cualitativas, excepto para el *ingreso familiar mensual* (según las categorías de ingreso iniciales) en que se aplicó Anova Kruskal Wallis.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas sólo para el grupo intervención, y en todos los casos sólo al tercer mes postparto. Las variables sociodemográficas que mostraron una relación significativa fueron: la *edad* de la madre ($r=0,36$, $p=0,03$), el promedio de *años de estudio aprobados* ($r= 0,40$, $p= 0,02$), -ambas variables se vincularon de forma directa-, y el *ingreso familiar mensual* menor a \$180.000, en que se observó un puntaje significativamente más bajo, en comparación con el grupo de mayores ingresos ($M= 2$ vs. 5 ; $p= 0,02$) (Tabla 21).

Tabla 21. Relación entre variables sociodemográficas y puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (valor de p)

VARIABLES	Grupo Intervención Postparto		Grupo Control Postparto	
	Mes 1	Mes 3	Mes 1	Mes 3
Edad de la madre	0,14	r= 0,36; p= 0,03*	0,59	0,81
Años de estudio aprobados	0,19	r= 0,40; p= 0,02*	0,36	0,85
Estado Civil (1=casada; 2=soltera o separada)	0,39	0,14	0,48	0,83
Pareja estable	0,42	0,18	0,10	0,71
Trabajo estable	0,22	0,12	0,21	0,98
Ingreso familiar (punto de corte \$180.000)	0,05	0,02*		
	<\$180.000 M= 3	<\$180.000 M= 2	0,87	0,89
	>\$180.000 M= 5	>\$180.000 M= 5		
Ingreso familiar (sub-grupos originales)**	0,13	0,13	0,49	0,75

**Se usó Anova Kruskal Wallis; *p <0,05.

Para comprender mejor los resultados anteriores, se exploraron para ambos grupos los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo en función de los sub-grupos de edad (Tabla 22) y del nivel de estudios según los años aprobados (Tabla 23).

Tabla 22. Puntajes en Escala de Depresión Postparto de Edimburgo según grupos etareos

Grupo etareo	Grupo Intervención Postparto		Grupo Control Postparto	
	Mes 1 M	Mes 3 M	Mes 1 M	Mes 3 M
15-17 años	2,86	2,29	5,20	4,60
18-20 años	2,25	1,50	4,90	4
21-25 años	6,86	4,57	5,29	4,14
26-30 años	4	3,90	2,50	3
Más de 30 años	5,1	5,40	6,30	7

M= Promedio.

Para el grupo intervención los puntajes promedios más bajos (menores a 3 puntos), se presentaron en mujeres menores de 20 años, especialmente al tercer mes postparto; en contraste, el grupo control, exhibió los valores más bajos en el grupo de 26 a 30 años (Tabla 22).

Tabla 23. Puntajes en Escala de Depresión Postparto de Edimburgo según el nivel de estudios

Nivel de estudios*	Grupo Intervención Postparto		Grupo Control Postparto	
	Mes 1 M	Mes 3 M	Mes 1 M	Mes 3 M
Enseñanza básica (0- 8 años)	6	2,30	0,80	3,50
Enseñanza media (9-12 años)	3,50	3,10	5,40	4,40
Al menos un año de enseñanza superior (13 ó más años)	5	5,20	5,40	4,90

*Según años de estudio aprobados; M= Promedio.

En el grupo intervención, se encontró que los puntajes promedios más bajos (cerca de 3 puntos) ocurrieron al tercer mes postparto, en mujeres con menos de 12 años de estudios aprobados. Por su parte, en el grupo control los menores puntajes (cerca de 1 punto) se observaron en mujeres con la más baja escolaridad (enseñanza básica) al primer mes postparto (Tabla 23), sin embargo, como ya se describió, al considerar el promedio global de *años de estudio aprobados*, no se encontraron diferencias significativas en ninguna medición (Mes 1: $p=0,36$; Mes 3: $p=0,85$) (Tabla 21).

Se decidió profundizar en los hallazgos significativos presentados inicialmente (Tabla 21), comparando los grupos de edad y niveles de estudios, usando 20 y 12 años como punto de corte, respectivamente (Tabla 24).

Tabla 24. Puntajes en Escala de Depresión Postparto Edimburgo según edad y nivel de estudios comparando puntos de corte (valor de p)

VARIABLES	Grupo Intervención Postparto		Grupo Control Postparto	
	Mes 1	Mes 3	Mes 1	Mes 3
Edad de la madre (1= hasta 20; 2= >20 años)	0,06 M1=3; M2=5	0,02* M1=2; M2=5	0,38	0,73
Años de estudio aprobados (1= hasta 12; 2= >12 años)	0,18 M1=4,75; M2=5	0,02* M1=2,7; M2=5,2	0,82	0,94

En ambos casos se usó el test de Wilcoxon; M= Promedio; * $p<0,05$.

Los anteriores resultados muestran que las diferencias significativas reportadas para el grupo intervención al tercer mes postparto (Tabla 21), se asociaron a mujeres con edad menor de 20 años ($M=2$ vs. 5 ; $p=0,02$) y escolaridad menor a 12 años de estudios aprobados ($M=2,7$ vs. $5,2$; $p=0,02$), quienes exhibieron menores puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo en comparación con su contraparte (Tabla 24).

A continuación, se revisa la relación entre los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y las variables obstétricas de la línea de base; para los análisis se siguió la metodología ya presentada, no encontrándose diferencias al comparar cada variable en los grupos (Tabla 25).

Tabla 25. Relación entre variables obstétricas y puntajes en Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (valor de p)

VARIABLES	Postparto			
	Grupo Intervención		Grupo Control	
	Mes 1	Mes 3	Mes 1	Mes 3
Edad gestacional	0,93	0,92	0,71	0,26
Embarazos previos	0,79	0,66	0,38	0,35
Hijos Vivos	0,79	0,66	0,40	0,36
Edad de los hijos	0,76	0,22	0,91	0,71
Edad hijo mayor	0,78	0,39	0,77	0,56
Edad hijo menor	0,23	0,11	0,52	0,48
Algún Factor de Riesgo de salud gestacional	0,36	0,37	0,26	0,47

Basado en los resultados descritos previamente, se concluye lo siguiente:

1) Grupo Control:

Ninguna de las variables sociodemográficas y obstétricas, se asoció con los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (*edad de la madre*, Mes 1: $p=0,59$, Mes 3: $p=0,81$; *años de estudio aprobados*, Mes 1: $p=0,36$, Mes 3: $p=0,85$; *estado civil*, Mes 1: $p=0,48$, Mes 3: $p=0,83$; *pareja estable*, Mes 1: $p=0,10$, Mes 3: $p=0,71$; *trabajo estable*, Mes 1: $p=0,21$, Mes 3: $p=0,98$; *ingreso familiar* (punto de corte \$180.000), Mes 1: $p=0,87$, Mes 3: $p=0,89$; *ingreso familiar* (sub-grupos originales), Mes 1: $p=0,49$, Mes 3: $p=0,85$; *edad gestacional*, Mes 1: $p=0,71$, Mes 3: $p=0,26$; *embarazos previos*, Mes 1: $p=0,38$, Mes 3: $p=0,35$; *hijos vivos*, Mes 1: $p=0,40$, Mes 3: $p=0,36$; *edad promedio de los hijos*, Mes 1:

p= 0,91, Mes 3: p= 0,71; *algún factor de riesgo de salud gestacional*, Mes 1: p= 0,26, Mes 3: p= 0,47) (Tablas 21 y 25).

2) Grupo de Intervención: Se encontró una relación estadísticamente significativa con los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo sólo al tercer mes postparto, con las siguiente variables sociodemográficas:

- *Edad* promedio de la madre, de forma directa ($r=0,36$, $p=0,03$); es decir, a menor edad se observaron menores puntajes (Tabla 21). Al comparar los grupos de edad, esta diferencia persistió al usar 20 años, como punto de corte ($p= 0,02$) (Tabla 24).
- *Años de estudio aprobados*, de forma directa ($p=0,02$; $r=0,40$); es decir, a menor nivel de estudios se encontraron menores puntajes (Tabla 21). Al comparar los niveles de estudio, esta diferencia se detectó usando 12 años, como punto de corte ($p= 0,02$) (Tabla 24).
- Las participantes con *ingreso familiar* mensual menor a \$180.000, presentaron un puntaje promedio significativamente más bajo en esta medición, en comparación con las mujeres con ingresos mayores (2 vs. 5; $p= 0,02$) (Tabla 21).

Respecto de las variables obstétricas, en este grupo tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas (*edad gestacional*, Mes 1: $p= 0,93$, Mes 3: $p= 0,92$; *embarazos previos*, Mes 1: $p= 0,79$, Mes 3: $p= 0,66$; *hijos vivos*, Mes 1: $p= 0,79$, Mes 3: $p= 0,66$; *edad promedio de los hijos*, Mes 1: $p= 0,76$, Mes 3: $p= 0,22$; *algún factor de riesgo de salud gestacional*, Mes 1: $p= 0,36$, Mes 3: $p= 0,37$) (Tabla 25).

6.2.5.4. Relación entre las variables psicosociales y los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo

Para esta sección los análisis se desarrollaron por intención de tratamiento, y por protocolo. Para las variables cuantitativas, se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman, y para la única variable cualitativa incluida en esta sección (*antecedente personal de depresión*) se usaron el test de Wilcoxon y T de Student, como se detallará posteriormente.

6.2.5.4.1. Análisis por intención de tratamiento

Previo a los análisis de correlación, se presentan los puntajes en la Escala de Apoyo Social en ambas mediciones. En el grupo control en la línea de base alcanzó un puntaje promedio de 70,21 (D.E.= 15,62), al primer mes del postparto de 73,12 (D.E.= 10,9), y de 73,97 (D.E.= 11,43) al tercer mes; mientras que para el grupo intervención los puntajes fueron 72,97 (D.E.= 13,99), 72,42 (D.E.= 11,25) y de 72,28 (D.E.= 11,08), respectivamente (Tabla 26). Al comparar los grupos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las distintas mediciones en la Escala de Apoyo Social (Mes 1: $p= 0,90$; Mes 3: $p= 0,49$) (Tabla 26).

Tabla 26. Puntajes en la Escala de Apoyo Social, según análisis por intención de tratamiento (valor de p)

Línea Basal					
Grupo	M	D.E.	Mín	Máx	p
Control	70,21	15,62	12	84	0,41
Intervención	72,97	13,99	25	84	
Primer Mes Postparto					
Control	73,12	10,90	43	84	0,90
Intervención	72,42	11,25	48	84	
Tercer Mes Postparto					
Control	73,97	11,43	43	84	0,49
Intervención	72,28	11,08	48	84	

M= Promedio; D.E.= Desviación Estándar; Mín= Mínimo; Máx= Máximo.

Retomando los análisis de correlación, en el grupo intervención se observó que el puntaje en la Escala de Depresión de Beck se asoció en forma significativa y directa con el puntaje en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo del primer mes ($r=0,44$, $p=0,01$), y los puntajes en la Escala de Apoyo Social en sus tres momentos de medición, se correlacionaron en forma inversa con los puntajes en la Escala de Edimburgo al primer y tercer mes de postparto (*Escalas de Apoyo Social Línea de Base y, Edimburgo Mes 1*: $r=-0,49$, $p=0,00$, *Mes 3*: $r=-0,36$, $p=0,03$; *Escalas de Apoyo Social Mes 1 y, Edimburgo Mes 1*: $r=-0,43$, $p=0,01$, *Mes 3*: $r=-0,45$, $p=0,01$; *Escalas de Apoyo Social Mes 3 y, Edimburgo Mes 1*: $r=-0,43$, $p=0,01$, *Mes 3*: $r=-0,49$, $p=0,00$) (Tabla 27). En el grupo control, no se detectaron relaciones estadísticamente significativas entre estas variables psicosociales (*Escalas de Depresión de Beck y, Edimburgo Mes 1*: $p=0,08$, *Mes 3*: $p=0,17$; *Escalas de Apoyo Social Línea de Base y, Edimburgo Mes 1*: $p=0,72$, *Mes 3*: $p=0,90$; *Escalas de Apoyo Social Mes 1 y, Edimburgo Mes 1*: $p=0,88$, *Mes 3*: $p=0,97$; *Escalas de Apoyo Social Mes 3 y, Edimburgo Mes 1*: $p=0,69$, *Mes 3*: $p=0,57$) (Tabla 27).

Tabla 27. Correlación entre puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y otras variables psicosociales (valor de p)

VARIABLES	Grupo Intervención Postparto		Grupo Control Postparto	
	Mes 1	Mes 3	Mes 1	Mes 3
Puntaje en Escala de Depresión de Beck	r= 0,44; p= 0,01*	0,11	0,08	0,17
Puntaje en Escala de Apoyo Social Línea de base	r= -0,49; p= 0,00*	r= -0,36; p= 0,03*	0,72	0,90
Puntaje en Escala de Apoyo Social Mes 1 Postparto	r= -0,43; p= 0,01*	r= -0,45; p= 0,01*	0,88	0,97
Puntaje en Escala de Apoyo Social Mes 3 Postparto	r= -0,43; p= 0,01*	r= -0,49; p= 0,00*	0,69	0,57

En todos los análisis se usó la prueba de Spearman; *p<0,05.

Para la evaluación del *antecedente personal de depresión* y su relación con los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, por las características de la variable al primer mes se aplicó el test de Wilcoxon, y al tercero, la prueba T de Student. Según el *análisis por intención de tratamiento*, no se encontraron hallazgos significativos en los grupos (*grupo control*, Mes 1: p= 0,35, Mes 3: p= 0,25; *grupo intervención*, Mes 1: p= 0,12, Mes 3: p= 0,52) (Tabla 28).

Tabla 28. Puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo entre pacientes con y sin antecedentes de depresión (valor de p)

Grupo	Mes 1 Postparto	Mes 3 Postparto
Control	0,35	0,25+
Intervención	0,12	0,52+

Se usaron T de Student +, y Wilcoxon.

Respecto de la evaluación de las relaciones entre las variables psicosociales y los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, según los *análisis por intención de tratamiento*, las conclusiones son las siguientes:

- 1) Grupo Control: Ninguna de las variables psicosociales se asoció significativamente con los puntajes en la Escala de Edimburgo en sus dos mediciones, como ya se ha detallado (Tablas 27 y 28). Sin embargo, considerando los resultados de la regresión lineal, se efectuó un *análisis por protocolo* para verificar la asociación con los *síntomas depresivos sub-sindromáticos gestacionales*, que se presentará posteriormente.

- 2) Grupo de Intervención: Se encontró que el puntaje en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo del primer mes, se correlacionó significativamente con el puntaje en la Escala de Depresión de Beck en forma directa ($r=0,44$, $p=0,01$) (Tabla 27). Es decir, para aquellas mujeres que tenían puntajes mayores en la Escala de Beck en la línea de base (*mayores* en términos relativos, ya que en el estudio se incluyeron sólo a participantes con puntajes inferiores a 19 puntos), se encontraron también puntajes más altos en la Escala de Edimburgo en el primer mes de postparto, en el tercer mes de postparto este efecto desaparece (Tabla 27); ya que estos resultados no fueron lo esperado, aún considerando la baja asistencia del grupo experimental efectivo, también se realizó un *análisis por protocolo* que logró aclarar este resultado, como se detallará a continuación. Por su parte, la *percepción de apoyo social* en sus tres momentos de medición se relacionó en forma inversa con los puntajes en la Escala de Edimburgo al primer y tercer mes de postparto (Tabla 27). Es decir, aquellas mujeres que contaron con mayor apoyo social presentaron menores puntajes en la Escala de Edimburgo, lo que es concordante con los resultados aportados por la regresión lineal.

- 3) Grupos Control e Intervención: Respecto del *antecedente personal de depresión*, no se encontraron diferencias en estos puntajes en las mujeres con o sin antecedentes de

depresión (*grupo control*, Mes 1: $p= 0,35$, Mes 3: $p= 0,25$; *grupo intervención*, Mes 1: $p= 0,12$, Mes 3: $p= 0,52$) (Tabla 28).

6.2.5.4.2. Análisis por protocolo

Para las variables cuantitativas se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman, y para el análisis inicial de la única variable cualitativa (*antecedente personal de depresión*), se utilizó el test de Wilcoxon en ambas evaluaciones.

Tabla 29. Correlaciones entre puntajes en las Escalas de Depresión de Beck y Postparto de Edimburgo (valor de p)

Grupo	Mes 1 Postparto	Mes 3 Postparto
Control (D0)	$r= 0,41$; $p= 0,02^*$	$r= 0,35$; $p= 0,04^*$
No Asistente (D1)	$r= 0,43$; $p= 0,04^*$	$r= 0,38$; $p= 0,07$
Intervenido (D2)	$r= 0,30$; $p= 0,35$	$r= - 0,02$; $p= 0,96$

* $p<0,05$.

Se observó para los grupos control (D0) y no asistente (D1), una correlación significativa y directa entre los puntajes en las Escala de Depresión de Beck y Edimburgo, para el primero, en ambas mediciones (Mes 1: $r= 0,41$, $p= 0,02$; Mes 3: $r= 0,35$, $p= 0,04$) y para el no asistente (D1) sólo en el primer mes postparto ($r= 0,43$, $p= 0,04$) (Tabla 29). En el grupo intervenido (D2) no se observaron hallazgos significativos (Mes 1: $p= 0,35$; Mes 3: $p= 0,96$) (Tabla 29). Así, el *análisis por protocolo* permitió identificar la capacidad de moderadora de la intervención sobre los *síntomas depresivos gestacionales sub-sindromáticos* (puntajes en Escala de Beck); en los análisis iniciales del grupo intervención, la relación entre los puntajes en las Escalas de Depresión de Beck y Edimburgo al primer mes están distorsionados por los resultados del grupo no asistente (D1) (Tabla 27).

Antes de presentar los análisis de correlación entre los puntajes en las Escalas de Apoyo Social y de Edimburgo, se revisan las comparaciones de aquellos puntajes según los grupos. En contraste con lo observado en el *análisis por intención de tratamiento* que arrojó para el grupo intervención una reducción en los puntajes promedios en la Escala de Apoyo Social durante el seguimiento, en el grupo intervenido (D2) se detectaron puntajes más altos al primer (D2: M=73,67, E.E.=11,19; D1: M=71,79, E.E.=11,47; D0: M=73,12, E.E.=10,90) y tercer mes del postparto (D2: M=74,42, E.E.=9,96; D1: M=71,21, E.E.=11,66; D0: M=73,97, E.E.=11,43) (Tabla 30), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas (Mes 1: $p= 0,88$; Mes 3: $p= 0,58$) (Tabla 30). Posteriormente se retomarán los análisis de correlación de estas variables.

Tabla 30. Puntajes en la Escala de Apoyo Social, según análisis de protocolo (valor de p)

Primer Mes Postparto			
Grupo	M	D.E.	p
Control	73,12	10,90	0,88
No Asistente	71,79	11,47	
Intervenido	73,67	11,19	
Tercer Mes Postparto			
Control	73,97	11,43	0,58
No Asistente	71,21	11,66	
Intervenido	74,42	9,96	

Se aplicó Anova Kruskal-Wallis. M= Promedio; D.E= Desviación Estándar.

Tabla 31. Correlación entre puntajes en la Escalas de Depresión Postparto de Edimburgo y Apoyo Social (valor de p)

Grupo	Puntaje en Escala de Edimburgo	Puntaje en Escala de Apoyo Social		
		Base	Mes 1 Postparto	Mes 3 Postparto
Control (D0)	Mes 1 Postparto	r= - 0,01 p=0,96	r= 0,04 p= 0,82	r= - 0,01 p= 0,99
	Mes 3 Postparto	r= 0,09 p= 0,61	r= 0,08 p= 0,66	r= - 0,03 p= 0,89
No Asistente (D1)	Mes 1 Postparto	r= - 0,53 p= 0,01*	r= - 0,44 p= 0,03*	r= - 0,46 p= 0,02*
	Mes 3 Postparto	r= - 0,32 p= 0,13	r= - 0,34 p= 0,10	r= - 0,43 p= 0,04*
Intervenido (D2)	Mes 1 Postparto	r= - 0,47 p= 0,13	r= - 0,50 p= 0,10	r= - 0,48 p= 0,11
	Mes 3 Postparto	r= - 0,52 p= 0,08	r= - 0,69 p= 0,01*	r= - 0,66 p= 0,02*

*p<0,05.

Para ambos grupos asignados a la intervención (intervenido y no asistente), se observó una relación inversa y significativa entre los puntajes en las Escalas de Depresión Postparto de Edimburgo y Apoyo Social, en varias mediciones; es decir, a mayor *apoyo social*, menores *síntomas depresivos postparto*, esto no se da para el grupo control (*Escalas de Apoyo Social Línea de Base y, Edimburgo Mes 1: p= 0,96, Mes 3: p= 0,61; Escalas de Apoyo Social Mes 1 y, Edimburgo Mes 1: p= 0,82, Mes 3: p= 0,66; Escalas de Apoyo Social Mes 3 y, Edimburgo Mes 1: p= 0,99, Mes 3: p= 0,89*) (Tabla 31). Cabe destacar que, para el grupo experimental por intención de tratar (D1), la asociación se detectó entre los puntajes de las Escalas de Apoyo Social en la línea de base, al primer y tercer mes, y de Edimburgo al

primer mes del postparto, y entre los puntajes en las Escalas de Apoyo Social y Edimburgo al tercer mes (*Escalas de Apoyo Social Línea de Base y, Edimburgo Mes 1*: $r = -0,53$, $p = 0,01$, *Mes 3*: $p = 0,13$; *Escalas de Apoyo Social Mes 1 y, Edimburgo Mes 1*: $r = -0,44$, $p = 0,03$, *Mes 3*: $p = 0,10$; *Escalas de Apoyo Social Mes 3 y, Edimburgo Mes 1*: $r = -0,47$, $p = 0,02$, *Mes 3*: $r = -0,43$, $p = 0,03$) (Tabla 31). Para el Grupo Intervenido, este hallazgo se presentó entre los puntajes de las Escalas de Apoyo Social del primer y tercer mes y, Edimburgo al tercer mes del postparto (*Escalas de Apoyo Social Línea de Base y, Edimburgo Mes 1*: $p = 0,13$, *Mes 3*: $p = 0,08$; *Escalas de Apoyo Social Mes 1 y, Edimburgo Mes 1*: $p = 0,10$, *Mes 3*: $r = -0,69$, $p = 0,01$; *Escalas de Apoyo Social Mes 3 y, Edimburgo Mes 1*: $p = 0,11$, *Mes 3*: $r = -0,66$, $p = 0,02$) (Tabla 31). Al comparar estos hallazgos con los *análisis por intención de tratamiento*, se aprecia que los resultados en conjunto del grupo intervenido (D2) y de las mujeres no asistentes (D1), explican los del grupo intervención (grupo original) (Tabla 27); es decir, existe concordancia entre ambos análisis.

Tabla 32. Correlación entre puntajes en las Escalas de Depresión de Beck y Apoyo Social (valor de p)

Grupo	Base	Mes 1 Postparto	Mes 3 Postparto
Control (D0)	$r = -0,31$; $p = 0,08$	$r = -0,23$; $p = 0,19$	$r = -0,18$; $p = 0,30$
No Asistente (D1)	$r = -0,35$; $p = 0,09$	$r = -0,40$; $p = 0,05$	$r = -0,44$; $p = 0,00^*$
Intervenido (D2)	$r = -0,11$; $p = 0,72$	$r = 0,39$; $p = 0,21$	$r = 0,49$; $p = 0,11$

* $p < 0,05$.

Con los resultados presentados, se confirmó que para el grupo intervenido no existe relación significativa entre los puntajes en las Escalas de Depresión de Beck y Apoyo Social, por lo tanto, el efecto de la intervención sobre la *percepción de apoyo social*, sería

independiente del control de los *síntomas depresivos sub-sindromáticos gestacionales* (Línea de Base: $p= 0,72$; Mes 1: $p= 0,21$; Mes 3: $p= 0,11$) (Tabla 32).

Tabla 33. Comparación de puntajes en Escala de Depresión Postparto de Edimburgo según antecedente personal de depresión

Grupo	Puntaje promedio en Escala de Edimburgo	Antecedente de depresión		
		Si	No	p
Control (D0)	Mes 1 Postparto	4,25	4,94	0,21
	Mes 3 Postparto	4,75	3,71	0,76
No Asistente (D1)	Mes 1 Postparto	5,30	3,14	0,01*
	Mes 3 Postparto	5,20	2,64	0,03*
Intervenido (D2)	Mes 1 Postparto	4,00	6,60	0,16
	Mes 3 Postparto	2,57	5,80	0,07

* $p<0,05$.

En los *análisis por intención de tratamiento* no se encontraron diferencias en los puntajes de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, entre mujeres con y sin antecedente de depresión según los grupos (Tabla 28). En el *análisis por protocolo* para el grupo control se observó concordancia con estos resultados (Mes 1: $p= 0,21$; Mes 3: 0,76) (Tabla 33); sin embargo, en el grupo de mujeres que no asistieron a la intervención (D1), se observaron puntajes significativamente más altos para quienes tenían este antecedente (*con antecedente*: Mes 1: $M= 5,30$, Mes 3: $M= 5,20$; *sin antecedente*: Mes 1: $M= 3,14$, Mes 3: $M= 2,64$; Mes 1: $p= 0,01$; Mes 3: $p= 0,03$) (Tabla 33). Para el grupo intervenido (D2), en ambas mediciones se observaron puntajes más bajos entre quienes tenían el *antecedente de depresión*, al contrario del grupo no asistente (D1), arrojando los valores más pequeños al tercer mes postparto, aunque no lograron ser estadísticamente significativos (*con antecedente*: Mes 1: $M= 4$, Mes 3: $M= 2,57$; *sin antecedente*: Mes 1: $M= 6,60$, Mes 3: $M= 5,80$; Mes 1: $p= 0,16$; Mes 3: $p= 0,07$) (Tabla 33). Este hallazgo se relacionaría con la

intervención, pues el *antecedente de depresión* no se vinculó con las variables ligadas con la no asistencia. En efecto, no existe asociación entre *antecedente de depresión e ingreso familiar* (D0: $p= 0,10$; D1: $p= 0,39$; D2: $p= 0,58$; Test Exacto de Fisher), ni curiosamente con los puntajes en la Escala de Beck (D0: $p= 0,15$; D1: $p= 0,68$ D2: $p= 0,21$; Anova Kruskal Wallis) (Tabla 34).

Tabla 34. Relación entre antecedente de depresión y variables vinculadas con la no asistencia a la Intervención (valor de p)

VARIABLES	Dosaje	p
Ingreso familiar (punto de corte \$400.000)	Control (D0)	0,10
	No Asistente (D1)	0,39
	Intervenido (D2)	0,58
Puntaje en Escala de Depresión de Beck	Control (D0)	0,15
	No Asistente (D1)	0,68
	Intervenido (D2)	0,21

Se usaron Test Exacto de Fisher y, Anova Kruskal Wallis.

Frente a la evaluación de las relaciones entre las variables psicosociales y los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, según los *análisis por protocolo*, las conclusiones son las siguientes:

- 1) Grupo Control (D0): La única variable que mostró una asociación estadísticamente significativa con los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, fue el puntaje en la Escala de Depresión de Beck en ambas mediciones, de forma directa (Mes 1: $r= 0,41$, $p= 0,02$; Mes 3: $r= 0,35$, $p= 0,04$) (Tabla 29). Estos resultados fueron concordantes con los de la regresión lineal, respecto del impacto negativo de esta variable sobre los puntajes en la Escala de Edimburgo, y la ausencia de la capacidad protectora de la *percepción de apoyo*; en los *análisis por protocolo* tampoco se

detectaron relaciones significativas para ninguna medición en la Escala de Apoyo Social, como se describió previamente (Tabla 31).

2) Grupo No Asistente (D1): Las variables que exhibieron una relación estadísticamente significativa fueron: el puntaje en la Escala de Depresión de Beck, sólo al primer mes del postparto, de forma directa ($r= 0,43$, $p= 0,04$) (Tabla 29); los puntajes de la Escala de Apoyo en todas sus mediciones, con los puntajes en la Escala de Edimburgo al primer mes del postparto, y entre los puntajes en las Escalas de Apoyo Social y Edimburgo al tercer mes, de forma inversa (Tabla 31); y el *antecedente personal de depresión*, al primer y tercer mes postparto (Mes 1: $p= 0,01$; Mes 3: $p= 0,03$) (Tabla 33). Se observó que las mujeres con este antecedente tenían puntajes más altos (*con antecedente*: Mes 1: $M= 5,30$, Mes 3: $M= 5,20$; *sin antecedente*: Mes 1: $M= 3,14$, Mes 3: $M= 2,64$), en comparación con el grupo intervenido (*con antecedente*: Mes 1: $M= 4$, Mes 3: $M= 2,57$; *sin antecedente*: Mes 1: $M= 6,60$, Mes 3: $M= 5,80$) (Tabla 33).

3) Grupo Intervenido (D2): Este análisis logró aclarar que la intervención si logró controlar la presencia de *síntomas depresivos gestacionales sub-sindromáticos*, pues no se observaron hallazgos estadísticamente significativos en ninguna evaluación (Mes 1: $p= 0,35$; Mes 3: $p= 0,96$) (Tabla 29). En este sentido, los resultados del *análisis por intención de tratamiento* que mostraron para el grupo intervención una relación directa y significativa entre los puntajes en las Escalas de Depresión de Beck y Edimburgo ($r=0,44$, $p=0,01$) (Tabla 27), estaban distorsionados por los resultados del grupo no asistente (D1). Respecto de los puntajes en la Escala de Apoyo Social, se encontró una relación inversa y estadísticamente significativa entre estos puntajes al primer y tercer mes y, los de la Escala de Edimburgo al tercer mes del postparto (Tabla 31). Los resultados del grupo intervenido y no asistente, frente a la relación establecida entre la *percepción de apoyo social* y los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de

Edimburgo, son consistentes con los de la regresión lineal respecto de la capacidad protectora de aquella variable.

6.2.6. Evaluación predictiva de la Depresión Postparto

Se estimaron análisis logísticos para predecir la DPP, evaluados en función de todas las variables (cuantitativas y cualitativas) medidas en el período del preparto (línea de base), arrojando que la única variable relevante aunque no estadísticamente significativa, fue el puntaje en la Escala de Depresión de Beck, pues para el grupo control al primer mes del postparto, el valor de p estuvo muy cerca de adquirir significancia ($p=0,06$) (Tabla 35).

Tabla 35. Regresión Logística* para Depresión Postparto al primer mes, en función de la Escala de Depresión de Beck (valor p)

Puntaje en Escala de Depresión de Beck	Grupo Control	Grupo Intervención
Constante	0,01	0,01
Pendiente	0,06	0,32

Estadístico de Wald*.

Como ya se mencionó, en vista de los resultados se realizó una *regresión binaria con enlace T-Student con 4 grados de libertad*, según *análisis por protocolo*, para lograr una mayor comprensión de los hallazgos previos. Las diferencias se evidenciaron solamente al primer mes del postparto, en el puntaje en la Escala de Depresión de Beck, siendo estadísticamente significativas para el grupo control ($p= 0,00$). Al comparar el grupo control (D0) y no asistente (D1) no mostraron diferencias entre sí, y en ambos casos, a mayor puntaje en la Escala de Beck mayor probabilidad de DPP. Con respecto al grupo intervenido (D2), su comportamiento se diferenció significativamente del grupo control ($p= 0,03$), y el incremento de la probabilidad fue muy pequeño (Tabla 36 y Figura 8).

Tabla 36. Análisis de Regresión binaria con enlace T-Student para predecir Depresión Postparto al primer mes, según análisis por protocolo

Puntaje en Escala de Depresión de Beck	Estadístico T	p
Pendiente para Grupo Control (D0)	6,38	0,00*
Diferencia de pendientes entre Grupos Control (D0) y No Asistente (D1)	-1,43	0,14
Diferencia de pendientes entre Grupos Control (D0) e Intervenido (D2)	-2,33	0,03*

p<0,05*

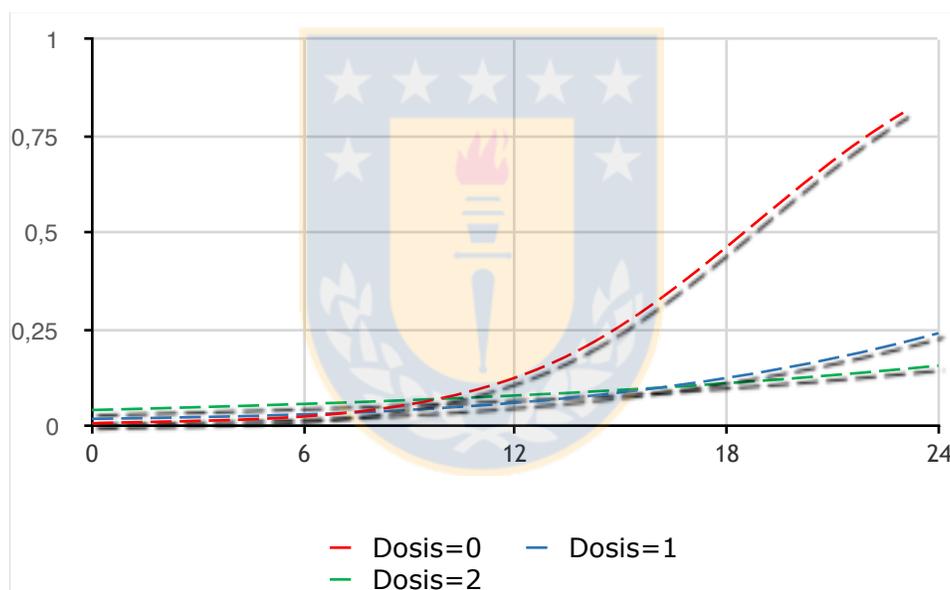


Figura 8. Estimaciones de la probabilidad de Depresión Postparto al primer mes, según análisis por protocolo

Ahora bien, en términos de la medición de variables en el primer mes de postparto, se encontró que la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo resultó ser el único predictor significativo de DPP, y su significación se da únicamente para el grupo control (Tabla 37).

El hecho que no se vincule para el grupo intervención, habla bien de su capacidad protectora en el postparto, aunque no se haya encontrado una diferencia estadísticamente significativa en los puntajes promedios en la Escala de Edimburgo, al comparar los grupos según los *análisis por intención de tratamiento y protocolo*.

Tabla 37. Regresión Logística de Depresión Postparto en función de la Escala de Depresión de Edimburgo al primer mes (valor p)**

Puntaje en Escala de Depresión Postparto de Edimburgo	Grupo Control	Grupo Intervención
Constante	0,00	0,98
Pendiente	0,01*	0,98

Estadístico de Wald**; p<0,05*.

Tabla 38. Coeficientes de Regresión Logística para Depresión Postparto en función de la Escala Depresión de Edimburgo al primer mes, para el Grupo Control

Parámetro	Estimación	Error estándar	Odds Ratio
Constante	-4,68	1,46	1,42
Pendiente	0,35	0,14	

El Cociente de Chance (Odds-Ratio) asume el valor 1,42, mostrando que una mujer del grupo control que tiene un punto más que otra en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo al primer mes del postparto, tiene un riesgo de depresión postparto un 42% superior (Tabla 38). Con el propósito de hacer un mejor uso de los resultados de esta Escala para efectos diagnósticos, la Tabla 39 muestra que sus valores se asocian a probabilidades diferentes de sufrir DPP, por ejemplo, para un puntaje de diez en el primer mes de postparto, la probabilidad que la paciente sufra DPP es de 25%; para el mismo efecto, se puede utilizar la Figura 9.

Tabla 39. Puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo al primer mes de postparto, asociados a diferentes probabilidades de Depresión Postparto, en el Grupo Control

Puntaje en Escala de Edimburgo	Probabilidad de Depresión Postparto
0,2	0,01
4,9	0,05
7,1	0,10
9,4	0,20
10,2	0,25
13,3	0,50
16,4	0,75
17,2	0,80
19,5	0,90
21,7	0,95
26,4	0,99

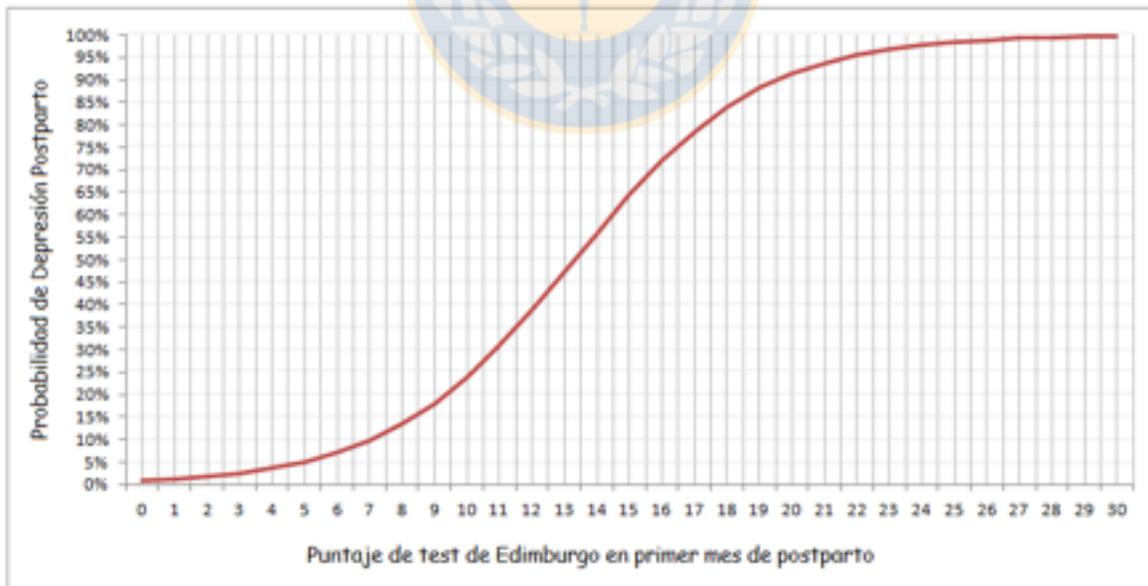


Figura 9. Probabilidad de Depresión Postparto al primer mes, en función del puntaje en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, para el Grupo Control

6.3. Evaluación de los niveles de satisfacción con la Intervención

Siendo éste un estudio piloto, se consideró relevante determinar el grado de satisfacción de terapeutas y participantes, en relación a diferentes aspectos de la intervención.

6.3.1. Evaluación de las Terapeutas

El cuestionario fue aplicado a las tres psicólogas que participaron del estudio como facilitadoras, e incluyó los siguientes aspectos:

1) Homogeneidad de criterios:

- En cuanto a la *utilidad de los contenidos*, todas consideraron que fueron totalmente útiles.
- En relación a la *duración de las sesiones*, las terapeutas concuerdan en su evaluación, concluyendo que el tiempo destinado a cada sesión es adecuado.
- La principal sugerencia consistió en mejorar la difusión de la intervención, con el fin de potenciar la asistencia.

2) Heterogeneidad de criterios:

- Con respecto a los *contenidos seleccionados* para la intervención, dos de las tres terapeutas se mostraron satisfechas (Tabla 40).
- En relación a la *forma* en que se organizaron cada una de las sesiones de la intervención, todas se manifestaron de acuerdo o muy de acuerdo con ésta (Tabla 40).
- Frente a la *cantidad de sesiones*, una de las terapeutas consideró que eran pocas sesiones, y las otras dos evaluaron que el número era adecuado (Tabla 40).

Tabla 40. Satisfacción de las Psicólogas en relación a las variables con heterogeneidad en los resultados

Nivel de acuerdo	Cantidad de Terapeutas
Contenidos seleccionados para el Manual	
Satisfecha	2
Completamente satisfecha	1
Forma en que se planificó la Intervención	
Estoy muy de acuerdo	1
Estoy de acuerdo	2
Cantidad de sesiones	
La cantidad de sesiones es adecuada	2
Han sido pocas	1
Total de psicólogas evaluadas	3

En relación a las inasistencias de las pacientes a alguna sesión, los motivos más comunes fueron: problemas personales (reportado por las tres terapeutas), embarazo avanzado o complicaciones de salud (dos de tres), y malas condiciones climáticas (dos de tres).

6.3.2. Evaluación de las Participantes

Doce mujeres evaluaron la intervención, con base en los siguientes aspectos (Tabla 41):

- El *grado de satisfacción global* con la intervención: 75% de las mujeres se sintieron completamente satisfechas y las restantes satisfechas.
- La *utilidad de los contenidos* de las sesiones: 91,67% de las mujeres manifestaron que fueron totalmente útiles.
- La *cantidad de sesiones*: 66,7% estimó que fueron pocas, y el porcentaje restante expresó que el número fue adecuado. Coincidente con la evaluación de las terapeutas, nadie estimó que fueron demasiadas sesiones.

- La *duración de las sesiones*: Un 75% consideró que el tiempo fue adecuado, y la restantes que fue poco.
- El *modelo de intervención grupal*: 91,67% de las mujeres estuvo *muy de acuerdo* con este modelo.

Tabla 41. Grado de satisfacción de las Participantes con la Intervención

Nivel de acuerdo	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Satisfacción global con la Intervención		
Satisfecha	3	25 %
Completamente satisfecha	9	75 %
Utilidad de los contenidos		
Considero que son totalmente útiles	11	91,67 %
Son útiles	1	8,33 %
Número de sesiones		
La cantidad de sesiones es adecuada	4	36,36 %
Han sido pocas	8	66,70 %
Duración de las sesiones		
El tiempo destinado es adecuado	9	75 %
Es poco tiempo	3	25 %
Modelo grupal		
Estoy muy de acuerdo	11	91,67 %
Estoy de acuerdo	1	8,33 %
Total de participantes evaluadas	12	100 %

Cuando se les preguntó sobre las *razones para no asistir a las sesiones*, considerando que poco más de la mitad de las mujeres (n= 7) asistió a todas las sesiones, la causa más frecuente señalada fueron los *problemas personales* (que no especificaron). En relación al *tema más útil*, las opiniones de las mujeres fueron diversas; sin embargo, el más destacado

fue *aprender a controlar los pensamientos negativos*. Para las participantes, el principal *aspecto a mejorar* de la intervención fue aumentar el número de sesiones (58,33%) (Tabla 42).

Tabla 42. Aspectos descriptivos de la evaluación de satisfacción de las Participantes con la intervención

Opiniones	Cantidad de mujeres	Porcentaje
Razones de no asistencia a las sesiones (n= 5)		
Problemas personales	2	40 %
Hospitalización	1	20 %
Enfermedad de otro hijo	1	20 %
Por otro compromiso	1	20 %
Tema más útil (n = 12)		
Control de pensamientos negativos	4	33,33 %
Apego	3	25,00 %
Todos los contenidos	3	25,00 %
Relación pensamiento-ánimo	2	16,67 %
Aspectos a mejorar (n= 12)		
Más sesiones	7	58,33 %
Mayor asistencia	2	16,67 %
Ninguno	3	25,00 %
Otras sugerencias (n= 12)		
Mayor duración de las sesiones	2	16,67 %
Mayor asistencia	3	25,00 %
Ninguna	7	58,33 %

VII. DISCUSIÓN

7.1. Apuntes sobre el modelo de comprensión de la Depresión Postparto

Es ampliamente conocido que las mujeres presentan una mayor prevalencia de trastornos depresivos, y que el riesgo de desarrollarlos puede aumentar en ciertos momentos de su vida. Aunque el embarazo y el postparto no representan necesariamente un riesgo de DPP, es la forma en que la mujer se ajusta a estos procesos, lo que explicaría este desenlace. La mayor susceptibilidad de presentar trastornos anímicos durante el postparto se debería a las fluctuaciones del eje hormonal; la percepción de estrés en relación a las demandas del entorno y al cuidado del recién nacido; y la interacción de estos factores con otras variables psicosociales. Es claro el desafío fisiológico enfrentado en el postparto, pero el peso de las variables biológicas como causa de la DPP no ha podido demostrarse de forma consistente, a diferencia de otros trastornos psiquiátricos perinatales como la psicosis postparto. Una eventual explicación de esta pérdida de asociación es la gran confluencia de otras variables, como las psicosociales. Sin duda que este punto es especialmente interesante, pues considerando la extrema variación de las hormonas entre el período gestacional y el postparto, pareciera llamativo no encontrar asociaciones significativas consistentes en términos de lo que ocurre biológicamente en una mujer con DPP. A la luz de la información revisada, es relevante el peso de los factores psicosociales en la génesis de esta patología; sin embargo, es sorprendente que existiendo consenso en este aspecto, no hayan mayores esfuerzos gubernamentales por instaurar programas preventivos ajustados a las necesidades locales, con el fin de disminuir su prevalencia. De todas formas, si se revisa la aproximación a la mayoría de los trastornos psiquiátricos, la situación no genera tanta sorpresa, pues el acento está puesto fundamentalmente en su tratamiento y muy poco en la prevención. En el país, existe adecuada experiencia respecto del tratamiento de la DPP (Rojas et al., 2007; Araya et al., 2003), pero escasa respecto de su prevención, por lo tanto, este estudio es un aporte *para* la evaluación de su efectividad y lograr una mayor comprensión de los desafíos de estas intervenciones.

En torno a esta patología también son importantes las reflexiones ligadas al *determinismo socio-cultural*, pues es evidente que la forma en que las distintas sociedades asumen la gestación, el nacimiento, la transición de roles, y la capacidad de las redes de apoyo de articularse en torno a estos acontecimientos, tendrá relación con el devenir de cada postparto. Lo cierto es que las expectativas asociadas al nivel de perfección con que debe asumirse el rol materno, pueden convertirse en un estresor adicional y ser un obstáculo para buscar atención adecuada. Aunque los objetivos de la presente investigación no incluyeron la evaluación directa de los aspectos culturales, éstos se tuvieron en cuenta al momento de desarrollar el Manual en que se fundamentó la intervención, y también se incluyó dentro de los desenlaces secundarios la medición de los puntajes de la Escala de Apoyo Psicosocial como una forma de estimar la manera en que la red de apoyo de cada mujer se comportó durante el seguimiento.

El *modelo del estrés* plantea un camino plausible para explicar la interacción de los factores biológicos (ej. variación de niveles hormonales) y psicosociales, en la DPP. Así, con base en la siguiente definición de *estrés*, entendido como: “*el conjunto de procesos y respuestas neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que significan una demanda de adaptación mayor que lo habitual para el organismo...Se produce estrés cuando existe una discrepancia importante entre las capacidades del individuo y las demandas o exigencias de su medio ambiente* (Trucco, 1998). Desde el *punto de vista biológico*, el concepto de estrés ha evolucionado desde un sistema de respuestas inespecíficas a uno de monitoreo de claves internas y externas, que resulta crítico para la adaptación del organismo a su ambiente (Pani, Porcella, y Gessa, 2000)”; pueden relacionarse aspectos relevantes que dan cuenta del estrés psicosocial que se genera en torno al proceso de la maternidad aún en condiciones de normalidad. En lo relativo a una exigencia *de mayor adaptación*, la incorporación de habilidades emocionales y prácticas que toda madre primeriza debe aprender sobre la marcha, vale decir en paralelo con la regulación de sus procesos neuroendocrinos, en condiciones reales debe ocurrir en

función de las *demandas* y necesidades de otro(s) (bebé/hijos/pareja/familia) y no al ritmo de la estructura psicológica de la mujer; y más allá de las expectativas propias o externas, tanto la regulación hormonal como la lactancia podrían afectarse en presencia de altos niveles de estrés psicosocial. En este sentido las siguientes variables: el nivel de preparación de la mujer respecto del postparto, el tipo de red de apoyo asociada, y el grado de expectativa de la mujer y su entorno, pueden agudizar o regular la percepción de estrés frente a este proceso.

El otro aspecto interesante que recoge el *modelo del estrés* para explicar la depresión en general, es el de vulnerabilidad, considerando que el estrés en etapas tempranas (ej. abusos, abandono, negligencia, etc.) conjugado con factores de predisposición genética (antecedentes familiares), contribuye a generar un mayor riesgo para los trastornos depresivos y ansiosos (Trucco, 2002). En el contexto de la DPP la presencia de estresores vitales perturbadores se ha considerado un predictor fuerte (O'Hara y Swain, 1996; Beck, 2001), también se han destacado a la historia familiar de depresión, y al antecedente de episodio personal de depresión ligado o no al postparto como factores asociados a una mayor vulnerabilidad. En la presente investigación, el *antecedente personal de depresión* fue evaluado usando el criterio E1 y E2 de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, en su versión 2.1 (CIDI 2.1), durante la aplicación antenatal del Cuestionario de Información General (Anexos). La información acerca de los antecedentes familiares de depresión no fue incluida pues se anticipó una alta probabilidad de ser sobre-estimados, considerando que no podían confirmarse en primera persona ya que no era el objetivo del estudio, y debido al aumento en la población chilena de la percepción de “depresión”, lo que no necesariamente coincide con el diagnóstico de un trastorno depresivo.

Reiterando lo que se describió en el capítulo de revisión teórica en relación a los cambios hormonales durante la DPP, el consenso es que hasta el momento no han podido detectarse diferencias significativas consistentes que puedan explicarla. Es posible que la incapacidad

en encontrar alguna diferencia también pueda deberse a la falta de técnicas adecuadas para la correlación entre los niveles hormonales centrales y periféricos, dificultad que sería similar a la medición de factores neurotróficos como el BDNF (Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro, en español). La evaluación hormonal en el postparto debe incluir además de los niveles de estrógenos, progesterona, oxitocina o prolactina, precisamente los correspondientes al eje suprarrenal, que pueden ser sugerentes de la respuesta fisiológica al estrés como han evaluado algunos investigadores (Urizar y Muñoz, 2011; Jolley et al., 2007). Por cierto, las mediciones hormonales no fueron incluidas en esta investigación, pero se requieren estudios más integradores, que incluyan la evaluación de ambos aspectos (biológico y psicosocial).

7.2. Respetto del procedimiento

En vista que este es un estudio piloto es especialmente importante discutir varios aspectos relacionados con el procedimiento desarrollado. Respetto de las razones para elegir un abordaje preventivo y el tipo de psicoterapia implementado, la literatura destaca las intervenciones psicoterapéuticas como primera línea de tratamiento en la DPP, y ha arrojado resultados favorables de su uso con intenciones preventivas, como ya se ha mencionado, especialmente para la psicoterapia cognitivo-conductual e interpersonal; posteriormente se discutirán los aspectos más específicos de la intervención.

7.2.1. Limitaciones

El primer obstáculo enfrentado fue la lenta recolección de la muestra, que se había planificado por el periodo de un año, considerando que las pacientes ingresarían por “cuotas” y las otras fases del estudio se mantendrían en paralelo con la selección de la muestra faltante; es decir, se proyectó que el trabajo de campo duraría un total aproximado de 18 meses, pero finalmente se extendió por un poco más de dos años. El principal factor asociado con esta limitación fue la dificultad en la coordinación con la totalidad de

matronas del primer establecimiento elegido (CESFAM Violeta Parra (CVP)), quienes tenían el contacto directo con la población potencialmente elegible y representaban el primer “filtro” de evaluación. Finalmente, para avanzar en la recolección de la muestra, se incluyeron otros dos establecimientos: el CESFAM Ultraestación (CU) y el Hospital Comunitario de Bulnes (HCB). La elección de estos establecimientos se hizo pensando en que su inclusión representara una ventaja adicional para el estudio, en razón a lo siguiente: el primero (CU), atiende a una población de mayor vulnerabilidad socioeconómica y menor nivel educativo en comparación con el CESFAM Violeta Parra; y el Hospital de Bulnes ofrece una mayor concentración de las atenciones en salud en esa comuna, cerrándose el trabajo de campo con la fracción de la muestra recolectada allí. El otro factor relacionado con la lenta selección de las participantes fue que, pese a la cooperación del equipo de matronas(es) de estos últimos establecimientos, no tenían la misma cantidad de ingresos para control prenatal en comparación con el CVP, ocurriendo gradualmente.

Después que las mujeres fueron ingresadas al azar a los grupos control e intervención, el mayor obstáculo enfrentado en la investigación fue el alto número de participantes ($n= 24$) que no asistió a ninguna sesión de la intervención, pese a que todas tenían al menos un factor de riesgo para DPP (ej. aproximadamente la mitad habían tenido un episodio depresivo) (Tabla 5). Es importante aclarar que todas se mantuvieron en el seguimiento hasta el final del estudio, y se les realizaron las evaluaciones planificadas. Se efectuaron análisis estadísticos respecto de las variables que se asociaron con la no asistencia al Grupo Intervención, que se discutirán posteriormente. Un factor adicional que pudo interferir con la asistencia es que en nuestra cultura no está instalado el interés por adquirir herramientas preventivas. En el país ya se han reportado grandes brechas para el tratamiento de los distintos trastornos psiquiátricos. Para el año 2005, un 46,2% de las personas con trastorno depresivo mayor prevalente no había recibido tratamiento (Vicente, Kohn, Saldivia y Rioseco, 2007). Al profundizar en las razones para la ausencia de tratamiento, muchas personas consideraron que esperaban que su problemática se resolviera sola, sin buscar

ayuda externa (65,7% (228); n= 347) (Saldivia, Vicente, Kohn, Rioseco y Torres, 2004), lo cual es un reflejo de la poca comprensión que tiene la población respecto de la naturaleza de las enfermedades mentales. En este contexto, es esperable que la brecha en la prevención sea todavía más alta; para el caso específico de la DPP, es importante volver sobre los aspectos que pueden incrementar esta brecha: 1) La culpa, vergüenza y el temor al estigma, generados por no cumplir las expectativas asociadas al embarazo y postparto; 2) en los controles prenatales la mayor atención se dirige al desarrollo fetal y al bienestar físico de la futura madre; y 3) algunos síntomas comunes del embarazo y postparto pueden ocurrir también en un episodio depresivo.

7.2.2. Método

Teniendo en cuenta los tres establecimientos, se estimó que la población Universo era de aproximadamente 600 mujeres; sin embargo, debido a que no se tuvo acceso directo a esta población, sólo se logró entrevistar a 107 de ellas, excluyéndose a 35. Debe aclararse que no se realizaron análisis estadísticos comparativos entre los establecimientos, pues no era un objetivo del estudio, pero sí se evaluó el proceso de selección entre ellos. En este sentido fue llamativo que en el CESFAM Violeta Parra se excluyeran una cantidad no menor de mujeres (n= 17), por presentar síntomas depresivos por encima del umbral (puntaje mayor o igual a 19, en la Escala de Depresión de Beck) con la posterior confirmación de un cuadro depresivo utilizando la Mini-entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), o por haber sido ingresadas al Programa GES depresión del establecimiento (n= 9); en total fueron 26 mujeres excluidas en ese CESFAM por “depresión”, representando la principal causa de exclusión (Figura 1). Este aspecto también sugiere reflexiones en relación a la evolución con frecuencia silenciosa de la depresión gestacional. De ahí que investigadores y autoridades en salud pública, como el Ministerio de Salud de Chile, enfatizan en el uso de instrumentos de tamizaje para mejorar su diagnóstico, destacando la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (Castañón y Pinto, 2008; Evins et al., 2000). Esta simple estrategia constituye en sí misma una medida

potente de prevención de la depresión perinatal, pues la presencia de síntomas depresivos antenatales representa un predictor fuerte para la DPP (O'Hara y Swain, 1996; Beck, 2001; Robertson et al., 2004); por lo tanto, la detección y abordaje oportuno de esta sintomatología puede disminuir su incidencia. En la presente investigación, toda mujer excluida por la sospecha de depresión fue derivada siguiendo el protocolo GES, para que recibiera el tratamiento correspondiente de parte de su equipo de salud mental. Si bien el estudio de Rojas et al. (2013) es un avance respecto de las barreras para el tratamiento de la DPP en APS, se requieren investigaciones nacionales que profundicen respecto de los factores que afectan el acceso a la atención en salud mental durante el embarazo y postparto.

Como principal criterio de ingreso al estudio se consideró la inclusión de mujeres con riesgo psicosocial, definido por la presencia de algún factor de riesgo en la Entrevista Psicosocial Abreviada (EPsA); por la misma razón se eligieron a participantes dentro del rango de edad de 15 a 45 años, permitiendo el ingreso de adolescentes entre otros grupos etareos. Aunque estos predictores fueron cualitativamente diversos, la mayoría de los estudios en prevención de DPP revisados, tuvieron en cuenta en la selección de sus respectivas muestras, los aspectos clínicos (síntomas sub-sindromáticos y/o antecedentes de depresión), y sociales (ej. nivel socioeconómico y baja escolaridad). Alvarado et al. (2000) han considerado la interacción entre ambos tipos de variables al momento de construir un modelo explicativo de la DPP.

Frente a los criterios clínicos de exclusión, cabe reiterar que se excluyeron a mujeres con “depresión” según el protocolo del estudio, con tratamiento antidepresivo reciente, antecedentes de trastornos psiquiátricos graves, o consumo de alcohol, cigarrillo o sustancias psicoactivas durante el embarazo, pues los síntomas de intoxicación o abstinencia de algunas sustancias podían generar confusión al momento de evaluar los síntomas depresivos en la línea de base y en el postparto.

Para la evaluación de la sintomatología depresiva en la línea de base, se optó por usar la Escala de Depresión de Beck para la exploración de los *síntomas depresivos gestacionales*, porque es un instrumento que evalúa de forma adecuada los síntomas cognitivos de la depresión, lo que representaría un beneficio adicional durante el embarazo, en el que existen síntomas físicos habituales que pueden confundir este diagnóstico; su aplicación representó el primer paso para excluir a las pacientes deprimidas y restringir el ingreso a mujeres con *síntomas depresivos sub-sindromáticos* (puntajes inferiores a 19 puntos), lo que fue confirmado usando la Mini-entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). La otra razón por la que se eligió esta Escala fue que, para el momento en que se inició con la selección de las participantes, no estaba validada en el país la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo en el embarazo; este instrumento fue utilizado para evaluar la sintomatología depresiva postparto al primer y tercer mes.

Aunque la elección de los establecimientos y de las participantes no fue al azar, el tamaño muestral final ($n= 70$) se estimó como adecuado para un ensayo clínico piloto; al revisar la literatura respectiva se encontraron tamaños muestrales diversos (en general pequeños o moderados) para estudios similares (Tabla 1), y al evaluar el proceso completo de recolección de la muestra se consideró que el tiempo y el número de establecimientos incluidos fueron aceptables. Además, teniendo en cuenta las características generales de los establecimientos, se puede inferir que se incluyeron mujeres con diversos niveles de vulnerabilidad socioeconómica, y de sectores urbanos y rurales. Después del ingreso de las participantes, su asignación a cada grupo sí fue aleatoria, basada en una randomización 1:1.

El tiempo total de seguimiento, se efectuó en los tres meses iniciales del postparto (al primer y tercer mes), debido a que es el período de mayor riesgo para desarrollar una DPP; éste fue relativamente corto, pero al tratarse de un estudio piloto sólo se intentaba hacer una primera aproximación a la evaluación de una intervención preventiva. En estudios

posteriores se debe ampliar a un tiempo mayor, idealmente hasta el primer año del postparto para obtener la información del período completo en que puede presentarse.

Dentro de los análisis estadísticos no se planificó un *análisis de medidas repetidas*, pues sólo se hicieron dos *mediciones* en el postparto, y éste supone al menos tres evaluaciones. La primera *medición* de los síntomas depresivos se realizó en la línea de base utilizando un instrumento diferente al usado en el postparto, lo que no los hace comparables para estos fines. Debido a que se trataba de un estudio de prevención primaria, sólo se permitió el ingreso de mujeres con *síntomas depresivos sub-sindromáticos* como se describió previamente; la Escala de Depresión de Beck se utilizó como instrumento de tamizaje para la exclusión de la “depresión”, que fue finalmente confirmada utilizando la Mini-entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, lo que explica el bajo puntaje promedio de la muestra total en la Escala de Beck (M= 8,9). La aplicación de este instrumento también permitió, que el puntaje promedio alcanzado en cada grupo se configurara como un predictor. En este sentido, además de los análisis comparativos entre los grupos *sobre* los puntajes promedio en cada Escala, también se decidió realizar análisis de correlación entre los puntajes promedio de las Escalas de Beck y Edimburgo, y evaluar su comportamiento en los grupos. En estudios posteriores podría modificarse el procedimiento seguido, utilizando un sólo instrumento para la evaluación de los síntomas depresivos gestacionales y postparto, realizando un número mayor de *mediciones*, y así profundizar en otros análisis, como los de medidas repetidas.

7.2.3. Intervención

Se elaboró un Manual protocolizado de cada sesión (Anexos), correspondiente a una adaptación realizada por la tesista, del Manual abreviado (seis sesiones) en español desarrollado por Le y Muñoz (2013), en el contexto del *Programa Preventivo Madres y Bebés*. Muñoz et al. (2007) realizaron varias adaptaciones del original, que contenía doce sesiones preparto y cuatro sesiones de refuerzo durante el primer año postparto, evaluando

su efectividad y adherencia en diferentes estudios (Muñoz et al., 2007; Le et al., 2011; Tandon et al., 2011 y 2014); finalmente optaron por reducir el número de sesiones a seis con frecuencia semanal, por dificultades con la asistencia de las participantes a las sesiones. Ya que no existían antecedentes de este tipo de investigaciones en el país y que se trataba de un estudio piloto, se optó por desarrollar la intervención en un total de cuatro sesiones también con frecuencia semanal, centradas en los tópicos más relevantes: apego, control de pensamientos y emociones negativas, y fortalecimiento de las relaciones interpersonales y actividades placenteras; expuestos con una terminología de fácil comprensión para las participantes.

Para evaluar la fidelidad de las sesiones desarrolladas frente al Manual adaptado para estos fines, se contó con todas las grabaciones en audio de las sesiones, obteniéndose un total de 16 archivos. Al azar se eligieron diez archivos de audio, que la tesista evaluó según una pauta de cotejo (Anexos), en función de los contenidos entregados, el tiempo y la forma en que se efectuó cada sesión, en comparación con el protocolo de cada sesión. Según lo anterior, el 80% de las sesiones revisadas se evaluaron como *buenas*, y el 20% restante fueron *excelentes*; cabe notar que las últimas tuvieron una mejor asistencia de las participantes, facilitando la discusión entre ellas. Estas cifras se consideraron adecuadas, y sentaron el precedente para los análisis del resultado de la intervención.

7.3. Resultados principales

Respecto de la descripción sociodemográfica de las participantes, la *edad* promedio fue 24,7 años (E.E.= 1,21); aunque el estudio incluyó mujeres de 15 a 45 años, la aleatorización permitió que las edades promedios de los grupos intervención y control fuesen equiparables (25,6 vs. 23,8 años) (Tabla 4). La edad promedio de las participantes también puede explicar *que* 90% fuesen solteras o separadas, reportaran un promedio de 12 años de estudios aprobados, y sólo un 27,5% tuviese trabajo estable. Casi la mitad (44,5%) reportó

ingresos familiares mensuales entre \$200.001 y \$400.000, y el 95% un ingreso familiar inferior a \$600.000 (Tabla 4); cifras que reflejan la realidad de la población consultante en el sistema público, en especial en APS (Rojas et. al, 2010).

La *edad gestacional*, como era de esperarse arrojó un promedio próximo al tercer trimestre (M= 26,8 semanas; E.E.= 0,7) (Tabla 5), pues se incluyeron a mujeres alrededor de esta fase del embarazo. La justificación para el ingreso de las participantes en ese momento, se basó en que si eran asignadas al grupo intervención, tenían más probabilidades de recordar los contenidos de las sesiones y aplicarlos en su postparto, ya que la intervención fue relativamente breve, es decir, se buscó reducir el *sesgo de memoria* en relación a la información entregada durante las sesiones. Debido a las dificultades en la recolección de la muestra, se hizo una excepción y algunas pacientes (n= 3) fueron ingresadas al estudio desde el primer trimestre, quedando en lista de espera para su posterior asignación aleatoria, que en todos los casos fue a las 20 semanas de gestación. En su mayoría, las participantes cursaron con su primer embarazo (M= 0,39, Mediana= 0, E.E.= 0,13), lo que podría ser explicado por su edad promedio; en quienes tenían hijos, la edad promedio de éstos fue 8,1 años, la del mayor fue 9,1 años y del menor fue de 6,8 años (Tabla 5); es decir, considerando la edad promedio de la muestra, las mujeres multíparas iniciaron su etapa reproductiva durante la adolescencia.

En relación a los antecedentes personales de las participantes, aproximadamente la mitad (48,5%) de la muestra total había sufrido de depresión y, en general no presentaban factores de riesgo de salud gestacional (74,5%) (Tabla 5); cabe notar que estas variables no arrojaron relaciones estadísticamente significativas frente a los *síntomas depresivos postparto* evaluados al primer y tercer mes, como se detallará posteriormente (Tabla 21). Por su parte, en el estudio de Póo et al. (2008), basado en una muestra de mujeres consultantes en un establecimiento de APS de Temuco (Chile), con (n= 20) (G1) y sin DPP (definida de forma sindromática usando la Escala de Edimburgo) (n= 20) (G2), se observó que el

antecedente de *síntomas depresivos* en el G1 fue 45% y 10% para el G2, y el de cuadros depresivos fue 15% y 0%, respectivamente; no encontrándose diferencias estadísticamente significativas. En cuanto a la morbilidad durante el embarazo, estos autores no identificaron relación entre alguna patología orgánica y la DPP.

En lo referente a la descripción obstétrica de la muestra en su postparto inmediato, la mayoría (51%) de las mujeres tuvo un parto sin oxitocina en comparación con los otros tipos de parto (27% parto con oxitocina y 27% cesárea) (Tabla 6). La predominancia del parto normal es esperable en el sistema de salud público, sin embargo, el número de mujeres (n= 19; 27%) a las que se les practicó cesárea, fue equiparable al parto con oxitocina, lo cual es un reflejo del aumento de la cantidad de cesáreas en el país. Chile se encuentra dentro de los países con un incremento paulatino en la tasa de cesáreas desde el año 1990, alcanzando cifras promedio cercanas al 40%, con diferencias notables entre el sector público (30%) y el sector privado (60%). En las últimas décadas, en el sistema público el número de cesáreas aumentó 5% y en el privado 11% (Salinas, Naranjo, Pastén, y Retamales, 2007).

En su primer mes postparto, la mayoría de las mujeres (M= 0,26; E.E= 0,08) tampoco presentó complicaciones físicas *como* endometritis, mastitis, o anemia. Sólo casi un tercio (31,5%) tuvo dificultades con la lactancia, 19,5% consideró que su recién nacido era muy difícil de consolar, y el 17,5% debió hospitalizarlo (Tabla 6). Sin embargo, como se mencionará a continuación, estos últimos factores no se asociaron con la DPP o con promedios significativamente mayores en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo al primer o tercer mes. Debe destacarse que otros estudios han reportado una asociación entre DPP y las alteraciones en la lactancia materna; Stuebe et al. (2013) postularon una disfunción común a este nivel, y Hatton et al. (2007) también encontraron una relación inversa entre los síntomas depresivos y la lactancia en la sexta semana del postparto ($p<0,001$); esta relación persistió al controlar otras variables: antecedentes previos de

depresión, alto estrés psicosocial, y tratamiento psicofarmacológico actual. Respecto del temperamento del bebé, entendido como un bebé irritable o difícil de consolar, Beck en su meta-análisis lo destacó como un factor de riesgo con efecto pequeño ($r= 0,33$ -ajustado para el tamaño final de la muestra-), en función de los resultados encontrados tras revisar diez estudios con una muestra más que adecuada de participantes ($n= 1.056$); esta asociación no logramos replicarla.

Los análisis de relación entre los predictores y los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, y los del resultado de la intervención, se habían planificado por intención de tratamiento, pero dado el devenir del estudio, respecto de la baja tasa de asistencia al grupo intervención, en algunos casos se complementaron con un *análisis por protocolo o dosaje*, para evaluar el real impacto según la “dosis administrada de intervención”; ésto también supone el cuestionamiento de si el contacto telefónico frecuente entre pacientes y terapeutas para invitarlas a la intervención, enfatizando en la importancia de su participación, podría haber generado un efecto favorable, mayor a los cuidados usuales recibidos por el Grupo Control, al sentir una mayor preocupación por su condición emocional; nuestra hipótesis es que cada grupo sí representó una “dosis” diferente de intervención; como ya se describió, en la realidad se conformaron tres grupos: 1) intervenido o experimental efectivo (D2) ($n= 12$), 2) no asistente a la intervención o experimental con intención de tratar (D1) ($n= 24$), y 3) control (D0) ($n= 34$).

Respecto de la evaluación de la intervención se presentó inicialmente un análisis del proceso de adaptación de ésta, y posteriormente de las variables asociadas con la no asistencia, y de sus resultados. Se efectuaron análisis comparativos para los grupos, de los síntomas depresivos postparto, y de la frecuencia de depresión postparto; un análisis longitudinal, que incluyó la reducción de síntomas depresivos postparto, la correlación entre los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo en ambas mediciones

y, la relación entre las variables y estos puntajes; además, una evaluación predictiva de los casos de DPP; y cálculos del tamaño del efecto complementarios.

Recordemos que finalmente asistieron 12 de 36 mujeres asignadas al Grupo Intervención, al menos a una sesión; es decir, de cada tres mujeres invitadas a participar sólo una asistió a éste. En su momento, al percibir la baja asistencia de las participantes se revisaron los factores asociados, así que se re-programaron varios ciclos de sesiones por condiciones climáticas, sin notar modificaciones, y por otro lado, se les entregó a las participantes un monto de dinero que cubriese sus gastos de los desplazamientos para las sesiones grupales, sin obtener un cambio favorable. El análisis de las variables asociadas con la no asistencia al Grupo Intervención, se realizó por protocolo, concluyendo que los tres grupos eran homogéneos, en relación a todas las variables evaluadas en la línea de base, excepto en lo referido a:

- 1) Ingreso familiar mensual: Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre quienes asistieron y no asistieron a la intervención, en el sentido que las mujeres pertenecientes a familias con ingresos mensuales menores a \$400.000, mostraron mayor motivación o posibilidad de asistir a la intervención (Tabla 8). Una probabilidad es que este grupo tuviese en general mayores necesidades de salud mental, aunque no se observaron diferencias significativas en sus antecedentes de depresión (Tabla 7).
- 2) Síntomas depresivos sub-sindromáticos gestacionales: Se encontraron puntajes promedios significativamente más altos en la Escala de Depresión de Beck en el Grupo Intervenido (Figura 3). Es importante enfatizar que los grupos asignados al azar no mostraron esta diferencia (Tabla 9), ni se encontró asociación con otras variables que pudiesen explicar estos hallazgos, por lo tanto se puede decir que la presencia de *síntomas depresivos sub-sindromáticos gestacionales* fue definitiva para motivarse a

asistir a la intervención, y plantea reflexiones respecto de las ventajas de la prevención indicada frente a la selectiva. Varios estudios que optaron por la primera o por programas que consideraron ambos aspectos, arrojaron resultados favorables respecto de la efectividad de sus intervenciones (Zlotnick et al., 2001 y 2006; Muñoz et al., 2007; Cho et al., 2008; Le et al., 2011; Tandon et al., 2011 y 2014).

En resumen, los factores que explicaron de forma plausible la **no asistencia** a la intervención fueron la menor presencia de *síntomas depresivos sub-umbrales gestacionales*, y la pertenencia de las mujeres a familias con *ingresos familiares* mensuales más altos (mayores a \$400.000).

En relación al resultado de la intervención, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de *síntomas depresivos postparto* en ninguno de los análisis (*por intención de tratamiento y protocolo*) (Tablas 9 y 10), en el primero sí se observaron puntajes promedios en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo más bajos para el grupo intervención al primer y tercer mes, en comparación con el de control (Tabla 9). En el *análisis por protocolo*, al primer mes del postparto se mantuvo la relación que había entre los grupos respecto de los puntajes en la Escala de Beck en la línea de base, es decir, los puntajes más altos los obtuvo el intervenido (D2), luego el control (D0), y finalmente las mujeres que no asistieron a ninguna sesión (D1) (Tabla 10). Al comparar la evaluación inicial, que consideró la totalidad de participantes del grupo intervención (D1 y D2) (Tabla 9), con la de protocolo, se observa que los resultados del grupo no asistente favorecieron al intervenido al primer mes (Tabla 10). Para el tercer mes postparto, los puntajes en la Escala de Edimburgo del grupo intervenido disminuyeron notablemente, acercándose a los puntajes del grupo D1 que se mantuvo con los puntajes más bajos (Tabla 10, Figura 5). Considerando ambos tipos de análisis, puede concluirse que se cumplió parcialmente con la principal hipótesis del estudio, que anticipó menores *síntomas*

depresivos postparto en las mujeres del grupo intervención; la pérdida de potencia de este grupo limitó nuestros resultados.

Respecto de la frecuencia de depresión postparto (DPP), definida por un puntaje mayor o igual a diez puntos en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y una confirmación de episodio depresivo mayor usando la Mini-entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), al primer o tercer mes del postparto, no se observaron diferencias significativas entre los grupos ($p= 0,25$). Cabe reiterar que aunque en su momento, ambos grupos asignados al azar partieron en la línea de base con similares condiciones anímicas y frecuencia en el antecedente de depresión (Tabla 5), en la realidad las mujeres que se motivaron a asistir a la intervención fueron quienes tenían puntajes significativamente más altos en la Escala de Beck (Tabla 10). Sin embargo, del total de siete mujeres con DPP, la mayoría se detectó al primer mes postparto, y casi en su totalidad correspondió al grupo control ($n= 5$); los dos casos detectados al primer mes en el grupo intervención remitieron en el tercer mes del postparto (Tabla 11). La prevalencia global de DPP fue 10% (Tabla 11), similar a otros reportes nacionales e internacionales (Josefsson, et al., 2001; Wisner et al., 2002; Jadresic, et al., 1992).

Además, se evaluaron modelos logísticos para predecir DPP, inicialmente de acuerdo a los grupos asignados al azar, en función de las variables de la línea de base; la única variable relevante fue el puntaje promedio en la Escala de Depresión de Beck, que arrojó una p muy cercana de ser estadísticamente significativa ($p= 0,06$) (Tabla 35); esta relación se dio únicamente para el grupo control, al primer mes del postparto. Por lo anterior, se realizó un *análisis por protocolo* basado en una *regresión binaria con enlace a T-Student*, obteniéndose hallazgos significativos en el grupo control ($p= 0,00$) y, para la diferencia entre las pendientes de los grupos control e intervenido ($p= 0,03$), a favor de este último grupo (Tabla 36 y Figura 8). Estos resultados concuerdan con los de la regresión lineal para el grupo control, frente a la capacidad explicativa del puntaje en la Escala de Beck

sobre los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo al primer mes (Tabla 17), y también son consistentes con los reportes de la literatura, pues los síntomas depresivos gestacionales se han destacado como un factor de riesgo fuertemente asociado con la DPP (O'Hara y Swain, 1996; Beck, 2001). Lo interesante en nuestro caso es que la intervención ofreció un efecto protector, al no encontrarse asociaciones significativas en ninguno de estos análisis para el grupo experimental efectivo (intervenido).

En términos de la predicción de DPP en función de las variables del primer mes, se encontró que el puntaje promedio en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo resultó ser la única variable estadísticamente significativa, y su asociación se dio nuevamente para el grupo control ($p= 0,01$) (Tabla 37). El hecho que no se vincule para el grupo intervención, también es un indicador de su capacidad protectora frente al riesgo de depresión postparto, aunque en los *análisis de resultado* no se hayan encontrado diferencias significativas en estos puntajes al comparar los grupos (Tablas 9 y 10). El Cociente de Chance (Odds-Ratio) asumió el valor 1,42, mostrando que una mujer del Grupo Control con puntaje de diez en esta Escala al primer mes postparto, exhibirá una probabilidad de DPP del 25% (Tabla 38). En esta investigación, la elección del puntaje de corte en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (10 puntos) como primer paso para definir la DPP, se basó en los reportes previos de altos valores de sensibilidad y especificidad, usando este punto de corte durante el postparto (Jadresic et al., 1995). Es relevante que además hayamos usado un instrumento de confirmación diagnóstica como la Mini-entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), para la detección de los casos de depresión postparto.

Los análisis longitudinales, partieron con la evaluación de la reducción de los síntomas depresivos postparto entre el primer y tercer mes. En el análisis por intención de tratamiento no se evidenciaron diferencias en cada grupos (Tabla 12); según el *análisis por*

protocolo, el grupo intervenido mostró la mayor reducción de los tres grupos, que logró ser significativa en comparación con el grupo control ($p=0,00$) (Tabla 13).

En los *análisis por intención de tratamiento y protocolo*, se apreció una correlación estadísticamente significativa y directa entre los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, del primer y tercer mes del postparto, es decir, aunque el riesgo de la DPP va decreciendo en el tiempo, no desapareció durante el seguimiento (Tablas 14 y 15). Estos resultados *enfatan* en la importancia del abordaje precoz de la sintomatología postparto, pues la condición anímica de la mujer en el postparto inmediato marca un factor pronóstico para su evolución; y en la necesidad de estudios complementarios con un mayor seguimiento, para evaluar en qué momento del postparto se reduce o pierde este riesgo.

Los análisis de relación se realizaron entre todos los predictores (excepto las obstétricas del primer mes del postparto) y los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, es decir, se evaluó el impacto de aquellas variables sobre los *síntomas depresivos postparto*; inicialmente con la muestra total ($n= 70$) para hacer una estimación global, considerando que los grupos eran homogéneos en la línea de base. Se encontró una relación directa y significativa entre los *síntomas depresivos sub-sindromáticos gestacionales* (puntaje en en Escala de Depresión de Beck) y, los *síntomas depresivos postparto* en ambas mediciones (Mes 1: $r= 0,36$, $p= 0,00$; Mes 3: $r= 0,26$, $p= 0,03$) (Tabla 16), y una relación inversa también significativa entre la percepción de *apoyo social* y los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo al primer mes postparto ($p= 0,02$; $r= -0,27$) (Tabla 16). Estos resultados corroboran dos de las hipótesis secundarias de este estudio: 1) Se anticipó que las mujeres con mayores puntajes en la Escala de Beck, tendrían mayores puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, es decir, se comportó como un predictor de riesgo durante todo el seguimiento, y 2) que la presencia de mayor *apoyo psicosocial* se asociaría con menores síntomas depresivos postparto, en este

sentido actuó como un factor de protección. En los análisis longitudinales se pudieron observar el comportamiento de estas relaciones según cada grupo y medición.

Al evaluar la relación de las variables según los grupos, se anticipó la posibilidad de encontrar diferencias significativas frente a la presencia de predictores de riesgo (ej. puntaje en la Escala de Depresión de Beck) en el grupo control, o ante la capacidad de ser controlados o detectar factores protectores (ej. puntaje en Escala de Apoyo Social) en el grupo intervención, basado en los resultados de la regresión lineal. Estos análisis se hicieron en función de los puntajes promedios en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo en el primer y tercer mes postparto. En el grupo control no se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre cualquiera de las variables sociodemográficas y obstétricas, y los puntajes en la Escala de Edimburgo (Tablas 21 y 25). Para el grupo intervención se encontró que el puntaje en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo del tercer mes postparto se relacionó en forma directa y estadísticamente significativa con: la *edad* promedio de la madre (Tabla 21), y al comparar los grupos etareos usando 20 años como punto de corte (Tabla 24); el promedio de *años de estudio aprobados* (Tabla 21), y al utilizar 12 años de estudios como nivel de corte (Tabla 24); y el *ingreso familiar* mensual menor a \$180.000, quienes presentaron un puntaje significativamente más bajo en comparación con las mujeres con ingresos mayores (Tabla 21). Respecto de la edad, nuestra hipótesis planteó que se observarían puntajes más altos en la Escala de Edimburgo en las adolescentes (menores a 18 años), pero no consideramos el efecto protector de la intervención en este grupo, que explica un resultado opuesto. En resumen, lo anterior puede indicar un mayor impacto de la intervención en las pacientes más jóvenes (menores de 20 años), con menor nivel de estudios (especialmente si es inferior a cuarto medio) y con ingresos familiares mensuales más bajos (menores a \$180.000). Estos resultados son coherentes con otros estudios que han reportado un aumento del riesgo de depresión postparto en mujeres adolescentes (Troutman y Cutrona, 1990), o con menores ingresos económicos (Hobfoll, et al., 1995). En 1995, Jadresic y

Araya reportaron una mayor prevalencia de depresión postparto en mujeres con niveles económicos más bajos, residentes en Santiago de Chile. Volviendo a nuestro estudio, en el Grupo Intervenido al comparar los diferentes grupos de ingresos familiares, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las evaluaciones de la Escala de Edimburgo, excepto como ya se ha mencionado, en el sub-grupo más pobre (Tabla 21). Es interesante que estos hallazgos se detectaran al tercer mes del postparto y no al primero, en este sentido se podría decir que la intervención generó un efecto protector a mediano plazo en dicha población.

En el grupo control no se detectaron asociaciones estadísticamente significativas entre los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo del primer y tercer mes y, las variables psicosociales, según los *análisis por intención de tratamiento* (Tablas 27 y 28). Para el grupo intervención en este análisis, el puntaje en la Escala de Edimburgo del primer mes se correlacionó significativamente con el de la Escala de Depresión de Beck en forma directa ($r=0,44$, $p=0,01$) (Tabla 27); al tercer mes del postparto este efecto desapareció (Tabla 27). El *análisis por protocolo* logró aclarar este hallazgo, encontrándose para los grupo control (D0) y no asistente (D1), una correlación significativa y directa entre los puntajes en las Escalas de Beck y Edimburgo; para el primero, en ambas evaluaciones, y en el D1 al primer mes postparto (Tabla 29). Basado en lo anterior, es factible postular que los resultados arrojados por este grupo, distorsionaron los análisis del grupo intervención antes descritos. Además, el *análisis por protocolo* permitió observar un efecto diferencial en cada grupo según la “dosis” recibida de intervención, en donde el intervenido (experimental efectivo) (D2) sale más favorecido que los dos restantes, respecto del efecto protector de la intervención sobre los *síntomas depresivos sub-umbrales gestacionales* que no se asociaron con la presencia de síntomas depresivos al primer y tercer mes del postparto.

En función de los *análisis por protocolo*, como habíamos supuesto, el grupo D1 parece haber recibido algún beneficio, en comparación con el de control, de las múltiples

interacciones con las terapeutas a través de sus invitaciones, que incluían algunos breves elementos de psicoeducación, con énfasis en el riesgo que todas las mujeres tenían de presentar una depresión postparto. Finalmente, se puede decir que los *síntomas depresivos sub-umbrales gestacionales*, fueron un predictor de riesgo al relacionarse en forma directa y estadísticamente significativa con los *síntomas depresivos postparto*, en el grupo control al primer y tercer mes, y en el no asistente sólo en el primero; explicando también los resultados que se habían observado para la muestra total (Tabla 16).

Los grupos asignados al azar partieron con similar percepción de *apoyo social*, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre éstos (Tabla 26). En el grupo intervención, según los *análisis por intención de tratamiento* se observó una reducción en los puntajes promedio en la Escala de Apoyo Social desde la línea de base al tercer mes del postparto (Tabla 26); al cotejar estos resultados con el *análisis por protocolo* se infiere que nuevamente fueron distorsionados por los puntajes del grupo no asistente, que en efecto disminuyeron, mientras que para el grupo control e intervenido evolucionaron en ascenso, siendo este último quien obtuvo los puntajes más altos (Tabla 30), aunque esta diferencia tampoco fue significativa (Tabla 30). En los *análisis por intención de tratamiento*, se observó sólo para el grupo intervención, en sus tres momentos de medición, una relación estadísticamente significativa e inversa con los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, al primer y tercer mes (Tabla 27). Estos resultados fueron concordantes con los de la regresión lineal para el primer mes postparto, destacándose la reducción del impacto perjudicial de los puntajes en la Escala de Beck en presencia del *apoyo social* (Tabla 19). Por su parte, en el *análisis por protocolo*, también se encontró para los grupos intervenido y no asistente, una correlación inversa y significativa entre los puntajes de las Escalas de Edimburgo y Apoyo Social, ésto no ocurrió en el grupo control; para el grupo no asistente, la asociación se observó principalmente al primer mes del postparto, mientras que en el grupo intervenido fue al tercer mes (Tabla 31). Estos resultados son interesantes, pues cada grupo mostró un perfil distinto en cuanto a la

potenciación de la percepción de *apoyo social*, nuevamente el grupo control, obtuvo los peores resultados; para los otros grupos, puede interpretarse como una relación de mediación entre las variables, en el sentido que a mayor *apoyo social* al primer o tercer mes, se encontraron menores *síntomas depresivos postparto* (Tabla 31). Es importante recordar que no existiendo una correlación significativa entre los puntajes de la Escalas de Beck y Apoyo Social para el grupo intervenido (Línea de base: $p=0,72$; Mes 1: $p=0,21$; Mes 3: $p=0,11$) (Tabla 32), el efecto de la intervención sobre la percepción de apoyo fue independiente del control de los *síntomas depresivos sub-umbrales gestacionales*, considerando además que la adquisición de herramientas para mejorar las relaciones interpersonales fue una temática desarrollada en ésta.

El *análisis por intención de tratamiento* de la relación entre el *antecedente de depresión* y los *síntomas depresivos postparto*, no arrojó diferencias estadísticamente significativas en los grupos (Tabla 28). En el *análisis por protocolo* para el grupo no asistente (D1), se observaron puntajes promedio significativamente más altos en la Escala de Edimburgo para quienes tenían este antecedente (Tabla 33); de acuerdo con estos resultados se cumple para este grupo con la hipótesis que planteaba esta asociación. En el grupo intervenido, el puntaje promedio en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo al tercer mes, fue menor en las mujeres con el *antecedente de depresión*, al contrario del grupo D1 (Tabla 33). Este hallazgo es producto de la intervención, pues este antecedente no se asoció con las variables vinculadas a la inasistencia; en efecto, no existe asociación entre el *antecedente de depresión e ingreso familiar*, o con los *síntomas depresivos sub-umbrales gestacionales* (Tabla 34).

Para profundizar en la evaluación de la intervención, también se realizó la estimación del tamaño de su efecto según el *análisis por intención de tratamiento*, en función de los puntajes promedio en la Escala de Edimburgo, la reducción de estos puntajes en el seguimiento, y de los casos de DPP. Para todos los cálculos, se encontró que fue pequeño

según Cohen; para el primero, en ambas mediciones, aunque casi se duplicó al tercer mes postparto (primer mes: $d=0,10$; tercer mes: $d=0,18$). El tamaño del efecto de la reducción de los puntajes promedio entre el primer y tercer mes postparto al comparar ambos grupos, fue igual a $0,05$, y en función de la proporción de mujeres con DPP, arrojó resultados similares a los iniciales (primer mes: $d=0,12$; tercer mes: $d=0,25$). Estos resultados eran lo esperado, considerando la baja asistencia del grupo experimental efectivo (intervenido) y los reportes de la literatura. En este sentido, se destacan los resultados del meta-análisis realizado por Van der Waerden et al. (2011), quienes tras evaluar catorce estudios que arrojaron una muestra significativa ($n=1.396$), constituida por mujeres con bajo nivel socioeconómico, encontraron un tamaño del efecto de pequeño a moderado ($d=0,31$), pero significativo (IC 95%; [0,17-0,45]).

En vista de que este es un estudio piloto, se estimó que la evaluación de la satisfacción de las terapeutas y participantes en relación a la intervención, podía generar aportes relevantes. En relación a los niveles de satisfacción de las terapeutas, se encontró homogeneidad en la *utilidad de los contenidos* entregados, considerando que fueron totalmente útiles; en la *duración de las sesiones*; y en la difusión de la intervención, como principal recomendación para mejorar la asistencia. Este punto sería especialmente importante si en futuros estudios la aleatorización se realizara por establecimientos. Respecto a los tópicos que mostraron diferencias entre las terapeutas, lo interesante es que hubo altos niveles de *satisfacción* frente a los contenidos y la *forma* con que fueron entregados, y que la mayoría consideró que el *número de sesiones* fue adecuado. Se observó concordancia entre las terapeutas y las participantes, respecto del *grado de satisfacción global* con la intervención y en la *elección de un modelo grupal*; cumpliéndose con lo expuesto como hipótesis.

En relación a las inasistencias de las pacientes a las sesiones, la mayoría ($n=7$; 58,3%) asistió a todas las sesiones y las restantes a tres de cuatro, lo cual se consideró adecuado. Es probable que el embarazo avanzado haya sido un factor importante para no asistir a

alguna sesión, al menos fue percibido así por las psicólogas, pero no por las participantes, quienes consideraron como principal motivo de inasistencia los problemas personales, seguido de la necesidad de hospitalización y la enfermedad de otro hijo. Además las mujeres sugirieron modificaciones que indirectamente hablan de la buena llegada de la intervención, ya que deseaban permanecer más tiempo en cada sesión, recibir un mayor número de sesiones y que se asegurara mayor asistencia de sus pares.



VIII. CONCLUSIONES

En relación a esta investigación se puede destacar lo siguiente:

- Su desarrollo y resultados enriquecen la información respecto del efecto y grado de satisfacción de una intervención preventiva en depresión postparto, y sobre los desafíos que genera su implementación.
- Las principales limitaciones *fueron* el retraso en la recolección de la muestra, situación que derivó en la inclusión de un total de tres establecimientos para optimizar este proceso, y el alto número de mujeres que decidió no asistir a la intervención después de ser aleatorizadas. A estas mujeres se les contactó telefónicamente en varias ocasiones para motivarlas frente a la intervención, pero esta estrategia no fue exitosa.
- Las variables que se asociaron significativamente con la no asistencia a la intervención *fueron* la menor presencia de *síntomas depresivos sub-umbrales gestacionales* y la pertenencia de las mujeres a familias con *ingresos familiares* mensuales más altos.
- Otro aspecto que pudo interferir con la asistencia a la intervención, es que en nuestra población no está completamente instalado el interés por adquirir herramientas preventivas, especialmente cuando en Chile ya existen grandes brechas de tratamiento, es esperable que las de prevención sean mayores.
- Se cumplió parcialmente la principal hipótesis que postulaba menores puntajes promedios en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo en el grupo intervenido; esta diferencia se observó en el *análisis por intención de tratamiento* , pero no fue estadísticamente significativa. En el *análisis por protocolo* , si bien el grupo intervenido exhibió la peor condición anímica en la línea de base y al primer mes del postparto, obtuvo la mayor reducción en los puntajes en la Escala de Edimburgo entre el primer y

tercer mes, resultado que, comparado con el grupo control, fue estadísticamente significativo.

- La intervención mostró un mayor efecto al tercer mes del postparto en las mujeres con *edad menor a 20 años*, un *nivel educativo menor a 12 años*, e *ingresos familiares mensuales inferiores a \$400.000*, al detectarse puntajes en la Escala de Edimburgo significativamente más bajos en estos grupos de riesgo.
- En la muestra total, las únicas variables relacionadas de forma estadísticamente significativa con la presencia de *síntomas depresivos postparto*, según los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, fueron: los *síntomas depresivos sub-sindromáticos gestacionales*, evaluados por el puntaje en la Escala de Depresión de Beck, de forma directa; y la percepción de *apoyo social*, de forma inversa. Estos resultados confirmaron las hipótesis que planteaban el mismo tipo de relaciones entre estas variables y los puntajes promedio en la Escala de Edimburgo.
- La percepción de *apoyo social* se comportó como una variable protectora en el grupo intervención, al observarse una relación inversa y estadísticamente significativa entre los puntajes en las Escalas de Apoyo Social y Edimburgo; es decir, a mayor *apoyo social* se observaron menores *síntomas depresivos postparto*. Lo anterior, fue concordante con los análisis de regresión lineal para este grupo.
- El *análisis por protocolo* mostró en el grupo intervenido, la pérdida de asociación entre los *síntomas depresivos sub-sindromáticos gestacionales* y los *síntomas depresivos postparto* al primer y tercer mes, en comparación con los otros grupos, lo cual habla bien de la capacidad protectora de la intervención.

- Se confirmó que el *antecedente personal de depresión*, según los *análisis por protocolo* se comportó como un predictor de riesgo confirmándose esta hipótesis, pues se observaron puntajes significativamente más altos en la Escala de Edimburgo al primer y tercer mes postparto, en las mujeres no asistentes a la intervención. Para el grupo intervenido se observaron puntajes más bajos en quienes tenían este antecedente, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa, destacándose nuevamente el efecto protector de la intervención.
- El tamaño del efecto de la intervención sobre los puntajes en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo al primer y tercer mes postparto, fue pequeño (Mes 1: $d= 0,10$; Mes 3: $d= 0,18$); resultado esperable, por la baja asistencia del grupo intervenido, y consistente con los resultados de la literatura que arrojó un tamaño del efecto de pequeño a moderado ($d= 0,31$) (Van der Waerden et al., 2011).
- La prevalencia global de DPP fue 10%, similar a los reportes de otros estudios nacionales e internacionales (Jadresic y Araya, 1995; Josefsson, et al., 2001; Wisner, et al. 2002). Los análisis logísticos respecto de la predicción de la DPP favorecieron al grupo intervención.
- Respecto de la evaluación de satisfacción es relevante que tanto terapeutas como participantes tuviesen altos niveles de *satisfacción global*, destacaran la *utilidad de los contenidos* entregados y que estuviesen de acuerdo con la *modalidad grupal*; confirmándose la hipótesis que propuso la concordancia en los niveles de satisfacción.

IX. SUGERENCIAS Y PROYECCIONES

Con base en los resultados y reflexiones derivadas de este estudio, se considera lo siguiente:

- Es importante desarrollar intervenciones preventivas en sub-grupos de riesgo, aún más si presentasen *síntomas depresivos sub-sindromáticos gestacionales*, pues fue una variable definitiva para motivarse a asistir a las sesiones, y se observó que la intervención logró controlar este predictor de riesgo en los *análisis por protocolo*. Basado en estos resultados y en la revisión de la literatura, se recomienda enfocarse en programas de prevención indicada más que selectiva, o en modelos mixtos, es decir, que incluyan a mujeres con coexistencia de factores de riesgo y sintomatología depresiva sub-sindromática.
- Es posible que la mayoría de nuestras estimaciones no arrojaran resultados significativos por la pérdida de potencia del grupo intervención. Investigaciones similares deberían considerar estrategias para disminuir este riesgo, tales como: una randomización desigual a favor del Grupo Intervención, o realizarla por bloques (según establecimientos incluidos), buscando favorecer la asistencia a la intervención.
- A futuro esperamos profundizar en la evaluación de efectividad de la intervención preventiva en DPP aplicada en este estudio, centrándose *en* garantizar una mayor asistencia a la intervención, implementando mecanismos para mejorar la motivación de las mujeres desde el periodo de reclutamiento hasta la respectiva asignación; avanzar en la estandarización de la intervención al introducir mejoras al Manual ya adaptado; y ampliar el periodo de seguimiento de las pacientes al menos hasta el primer año de su postparto realizando varias evaluaciones, para observar la variación de los *síntomas depresivos* en el lapso completo de mayor riesgo. Considerando lo anterior los análisis

estadísticos podrían enriquecerse utilizando pruebas para medidas repetidas.

- Finalmente, se proyecta avanzar en la investigación de los siguientes campos: 1) La validación en Chile de la Mini-entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), para confirmar los adecuados niveles de validez y confiabilidad reportados a nivel internacional; considerando que en el país ha sido utilizada con frecuencia por otros investigadores, y que es un instrumento de rápida y sencilla aplicación, lo cual favorece su elección en el contexto de la investigación clínica; y 2) Comparar los niveles de sensibilidad y especificidad de las Escalas de Depresión Postparto de Edimburgo y de Depresión de Beck, en función de la detección de síntomas depresivos gestacionales; utilizando como patrón estándar el chequeo de síntomas según el DSM-IV-TR por psiquiatras. La Escala de Edimburgo es sencilla y fácil de contestar, fue originalmente diseñada para el postparto, pero no aborda completamente la sintomatología cognitiva depresiva. El Ministerio de Salud del país, recomendó su uso durante el embarazo en el protocolo de abordaje de la depresión perinatal, basado en los datos reportados en 2012 por Alvarado, Guajardo, Rojas y Jadresic, quienes la validaron para estos fines. Aunque estos autores realizaron un análisis de validez convergente respecto de los puntajes de ambas Escalas con interesantes resultados, sería necesario profundizar en su capacidad predictiva. La evaluación en profundidad de la ideación depresiva en el embarazo es relevante, en vista de la presencia frecuente de síntomas físicos (ej. fatigabilidad, hipersomnía, etc.) que pueden ocurrir también en un episodio depresivo; por lo tanto, el uso de la Escala de Beck puede ser ventajosa, pero para ello es importante confirmar sus diferencias en términos estadísticos.

REFERENCIAS

- Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, J., Neves, E., Olea, E., Perucca, E., et al. (1992). Cuadros depresivos en el postparto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. *Rev Psiquiatr*, 3, 1168-1176.
- Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, J., Perucca, E., Neves, E., Olea, E., et al. (2000). Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 38(2), 84-93.
- Alvarado, R., Guajardo, V., Rojas, G., Jadresic, E. (2012). Validación de la Escala de Edimburgo para embarazadas. Santiago de Chile. Disponible en: www.google.cl [Consultado en el primer semestre de 2015].
- Aramburú, P., Arellano, R., Jáuregui, S., Pari, L., Salazar, P., y Sierra, O. (2008). Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Epidemiología*, 12(3), 1-5.
- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Gaete, J., Rojas, M., Simon, G. et al. (2003). Treating depression in primary care in low-income in Santiago, Chile. *The Lancet*, 361, 995-1000.
- Arechabala, M.C., y Miranda, C. (2002). Validación de una Escala de Apoyo Social Percibido en un Grupo de Adulto Mayores Adscritos a un Programa de Hipertensión de la Región Metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8(1), 49-55.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2003). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición revisada. Breviario (DSM-IV-TR). Barcelona, España: Editorial Masson S.A., 191-192.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V). Arlington – EE.UU. Disponible en: www.dsm.psychiatryonline.org. [Consultado en julio de 2014].

- Beck, C.T. (2001). Predictors of Postpartum Depression: an update. *Nurs Res*, 50(5), 275-285. Bloch, M., Daly, R.C., y Rubinow, D.R. (2003). Endocrine Factors in the Etiology of Postpartum Depression. *Comprehensive Psychiatry*, 4(3), 234-246.
- Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry*, 157, 924-930.
- Bonett, D.G., y Wright, T.A. (2000). Sample size requirements for Pearson, Kendall, and Spearman correlations. *Psychometrika*, 65, 23–28.
- Castañón, C. y Pinto, J. (2008). Mejorando la pesquisa de depresión postparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión postparto de Edimburgo. *Rev Méd Chile*, 136, 851-858.
- Chernoff, H., y Lehmann, E.L. (1954). The use of maximum likelihood estimates in Chi2 Tests for goodness-of-fit. *The Annals of Mathematical Statistics*, 25, 579–586.
- Cho, H.J., Kwon, J.H., y Lee, J.J. (2008). Antenatal Cognitive-Behavior Therapy for Prevention of Postpartum Depression: A Pilot Study. *Yonsei Med J*, 49(4), 553-562.
- Cohen, J. F. (1992). Methodology. *Psychological Bulletin*, 112(3), 409-410.
- Cooper, P.J. y Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry*, 166(2), 191-195.
- Cooper, P.J. y Murray L. (1998). Fortnightly review: Postnatal depression. *BMJ*, 316, 1884-1886.
- Correa, A. (2007). Depresión y estrógenos: ¿Son los estrógenos una opción antidepressiva?. *Universitas Médica*, 48(3), 277-290.
- Deater-Deckard, K., Pickering, K., Dunn, J.F., Golding, J. (1998). Family Structure and Depressive Symptoms in Men Preceding and Following the Birth of a Child. *Am J of Psychiatry*, 155, 818-823.

- Dennis, C.L., Ross, L.E., y Herxheimer, A. (2010). Oestrogens and progestins for preventing and treating postpartum depression (Review). The Cochrane Library, 10, 1-23. Disponible en: www.thecochranelibrary.com. [Consultado el 10 de mayo de 2014].
- Dennis, C.L., y Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression (Systematic Review). The Cochrane Library, 2, 1-151. Disponible en: www.thecochranelibrary.com. [Consultado en el segundo semestre de 2014].
- Di Rienzo, J.A., Casanoves, F., Balzarini, M.G., González, L., Tablada, M., y Robledo, C.W. (2011). INFOSTAT versión 2011. Grupo InfoStat, FCA. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Disponible en: www.infostat.com.ar.
- Dois, A., Uribe, C., Villarroel, L., y Contreras, A. (2012). Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos postparto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. Rev Méd Chile, 140, 719-725.
- Evans, G., Vicuña, M., y Marín, R. (2003). Depresión Postparto Realidad en el Sistema Público de Atención de Salud. Rev Chil Obstet Ginecol, 68(6), 491-494.
- Evins, G.G., Theofrastous, J.P. y Galvin, S.L. (2000). Postpartum depression: A comparison of screening and routine clinical evaluation. Am J Obstet Gynecol, 182, 1080-1082.
- Ferrando, L., Franco-Alfonso, L., Soto, M., Soto, O., y Gilbert-Rahola, J. (2000). Mini-International Neuropsychiatric Interview (versión castellana), 5.0. Módulos diagnósticos de depresión, ansiedad y consumo de tóxicos. Madrid, Instituto IAP.
- Fisher, R.A. (1970). Statistical Methods for Research Workers. Oliver and Boyd. 14ava. edición.
- Fitelston, E., Kim, S., Scott, A., y Leight, K. (2011). Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. Internation Journal of Women's Health, 3, 1-14.

- Gregoire, A.J., Kumar, R., Everitt, B., Henderson, A.F., Studd, J.W. (1996). Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *The Lancet*, 347, 930-933.
- Hatton DC, Harrison-Hohner J, Coste S, Dorato V, Curet LB, McCarron DA. Symptoms of Postpartum Depression and Breastfeeding. *J Hum Lact* 2005; 21(4): 444-449.
- Hatton, D.C., Hohner-Harrison, J., Matarazzo, J., Edwards, P., Lewy, A., y Davis, L. (2007). Missed antenatal depression among high risk women: a secondary analysis. *Arch Women's Ment Health*, 10, 121-131.
- Hobfoll, S.E., Ritter, C., Lavin, J., Hulsizer, M.R., Cameron, R.P. (1995). Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum woman. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 445-453.
- Horowitz, J.A. y Goodman, J. (2004). A Longitudinal Study of Maternal Postpartum Depression Symptoms. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 18(2/3), 149-163.
- Jackman, S. (2009). *Bayesian Analysis for the Social Sciences*. Wiley. p. 507.
- Jadresic, E., Jara, C., Miranda, M., Arrau, B., Araya, R. (1992). Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 30, 99-106.
- Jadresic, E., Araya, R. y Jara, C. (1995). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 16, 187-91.
- Jadresic, E. y Araya, R. (1995). Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev Méd Chile*, 123, 694-699.
- Jadresic, E. (1996). Depresión Postparto: Aspectos Antropológicos y Transculturales. *Psyche*, 5(2), 149-157.
- Johnstone, S.J., Boyce, P.M., Hickey, A.R., Morris-Yatees, A.D., y Harris, M.G. (2001). Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust NZJ Psychiatry*, 35, 69-74.

- Jolley, S.N., Elmore, S., Barnard, K.E., y Carr, D.B. (2007). Dysregulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in postpartum depression. *Biological research for nursing*, 8(3), 210-222.
- Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C., Sydsjö, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 80(3), 251-255.
- Josefsson, A., Angelsioo, L., Berg, G., Ekstrom, C.M., Gunnervick, C., Nordin, C., et al. (2002). Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol*, 99, 223–228.
- Landeta, O., y Calvete, E. (2002). Adaptación y Validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Revista de Ansiedad y Estrés*, 8(2-3), 173-182.
- Le, H-N., Perry, D.F., y Stuart, E.A. (2011). Randomized Controlled Trial of a Preventive Intervention for Perinatal Depression in High Risk Latinas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 131-145.
- Le, H-N., y Muñoz, R.F. (2013). *El Curso para Mamás y Bebés: Una Manera de Manejar la Realidad Personal. Manual de la Participante. Un curso de seis semanas.* The George Washington University. Washington, D.C. Versión digital.
- Lee, D.T.S., Yip, A.S.K., Chiu, H.F.K., Leung, T.Y.S., Chung, K.H. (2001). A Psychiatric Epidemiological Study of Postpartum Chinese Women. *Am J Psychiatry*, 158, 220–226.
- Lewinsohn, P.M., Muñoz, R.F., Youngren, M. A., y Zeiss, A.M. (1978). *Control your depression.* Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall.
- Lindahl, V., Pearson, J. L, y Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women’s Mental Health*, 8 (2), 77-87.
- Lockage, S., Frey, B.N., Foster, J.A., Soares, C.N., y Steiner, M. (2011). Depression in women: Windows of vulnerability and new insights into the link between estrogen and serotonin. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 11 (e1563-e1569).

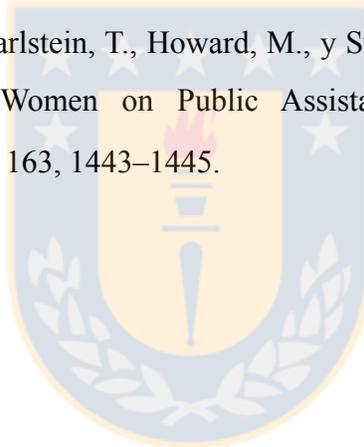
- Melipillán, R., Cova, F., Rincón, P., y Valdivia, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia Psicológica*, 26(1), 59-69.
- Ministerio de Salud - Gobierno de Chile. Pauta de Riesgo Psicosocial: Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA). Santiago, 2008. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/?s=EPSA>. [Consultado el 10 de mayo de 2014].
- Ministerio de Salud – Gobierno de Chile (2013). Guía Clínica: Tratamiento de Personas con Depresión. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud – Gobierno de Chile (2014). Subsecretaría de Salud Pública. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto, y apoyo al tratamiento. Santiago, Chile.
- Muñoz, R.F., Ghosh-Ippen, Ch., Le, H-N., Urizar, G.G., Díaz, M.A., y Lieberman, A.F. (2007). Manual del Instructor: *Programa de Madres y Bebés*. Universidad de California, San Francisco. Hospital General de San Francisco. [Consultado en 2014]. Obtenido de: www.medschool.ucsf.edu/latino/Englishmanuals.aspx.
- Muñoz, R.F., Le, H-N., Ghosh-Ippen, Ch., Díaz, M.A., Urizar Jr., G.G., Soto, J., et al. (2007). Prevention of Postpartum Depression in Low-Income Women: Development of the Mamás y Bebés/Mothers and Babies Course. *Cognitive and Behavioral Practice* 2007, 14, 70-83.
- Nylén, K.J., O'Hara, M.W., Brock, R., Moel, J., Gorman, L., y Stuart, S. (2010). Predictors of the longitudinal course of postpartum depression following interpersonal psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(5), 757-763.
- O'Hara, M.W. y Swain, A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*, 8, 37-54.
- O'Hara, M.W., Stuart, S., Gorman, L., y Wenzel, A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry*, 57(11), 1039-45.

- Oppo, A., Mauri, M., Ramacciotti, D., Camilleri, V., Banti, S., Borri, C., et al. (2009). Risk factors for postpartum depression: the role of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R). *Arch Women's Ment Health*, 12, 239-249.
- Pani, L., Porcella, A., y Gessa, G.L. (2000). The role of stress in the pathophysiology of the dopaminergic system. *Mol Psychiatry*, 5, 14-21.
- Paris, R., Bolton, R.E., y Weinberg, M.K. (2009). Postpartum depression, suicidality, and mother-infant interactions. *Arch Women's Ment Health*, 12: 309-321.
- Patel, V., De Souza, N., Rodrigues, M. (2002). Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. *Arch Dis Child*, 87, 1-4.
- Patton, G.G., Romaniuk, H., Spray, E., Coffey, C., Olsson, C., Doyle, L.W., et al. (2015). Prediction of perinatal depression from adolescence and before conception (VIHCS): 20-year prospective cohort study. *The Lancet*, 386, 875-883.
- Póo, A.M., Espejo, C., Godoy, C., Gualda de la C, M., Hernández, T., y Pérez, C. (2008). Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión postparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Rev Méd Chile*, 136, 44-52.
- Rojas, G., Rosemarie, F., Jaime, S., Jadresic, E., Castillo, C., González, M. et al. (2007). Treatment of postnatal depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: a randomized controlled trial. *The Lancet*, 370, 1629-1637.
- Rojas, G., Fritsch, R., Guajardo, V., Rojas, F., Barroilhet, S., y Jadresic, E. (2010). Caracterización de madres deprimidas en el postparto. *Rev Méd Chile*, 138, 536- 542.
- Rojas, I., y Pemjean, A (2006). Atención de personas con depresión en el AUGE. Obtenido de: web.minsal.cl/portal/url/item/71e7a5ac9b1dfedae04001011f010680.pdf. [Consultado en julio de 2015].

- Robertson, E., Sherry, G., Wallington, T., y Stewart, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*, 26, 289-295.
- Saldivia, S., Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., y Torres, S. (2004). Use of mental health services in Chile. *Psychiatric Services*, 55(1). 71-76.
- Salinas, H., Naranjo, B., Pastén, J., y Retamales, B. (2007). Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención. *Revista HCUCh*, 18, 168 - 78.
- Sanz, J., Navarro, M.E., y Vásquez, C. (2003). Adaptación Española del Inventario para la Depresión de Beck II (BDI-II): 1. Propiedades Psicométricas en Estudiantes Universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Shapiro, S.S., Wilk, M.B. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika*, 52, 591–611.
- Siegel, S., y Castellan, N.J.Jr. (1988). *Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences* (second edition). New York, McGraw-Hill.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E. et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, 59 (Suppl 20), 22-33.
- Spinelli, M.G. (1997). Interpersonal Psychotherapy for Depressed Antepartum Women: A Pilot Study. *Am J Psychiatry*, 154, 1028-1030.
- Spinelli, M.G., y Endicott, J. (2003). Controlled Clinical Trial of Interpersonal Psychotherapy Versus Parenting Education Program for Depressed Pregnant Women. *Am J Psychiatry*, 160, 555-562.
- Stuart, S., O'Hara, M.W., y Gorman, L.L. (2003). The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression. *Arch Women's Ment Health*, 6 (Suppl. 2), s57-s69.

- Stuebe, A.M., Grewen, K., y Meltzer-Brody, S. (2013). Association Between Maternal Mood and Oxytocin Response to Breastfeeding. *J Women's Health (Larchmt)*, 22(4), 352–361.
- Tandon, D., Perry, D., Mendelson, T., Kemp, K., y Leis, J.A. (2011). Preventing Perinatal Depression in Low-Income Home Visiting Clients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 707-712.
- Troutman, B. y Cutrona, C.E. (1990). Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 69-78.
- Trucco, M. (1998). Promoción de la salud mental en el ámbito laboral. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud.
- Trucco, M. (2002). Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 40(2), 8-19.
- Urizar, G.G., y Muñoz, R.F. (2011). Impact of a prenatal cognitive-behavioral stress management intervention on salivary cortisol levels in low-income mothers and their infants. *Psychoneuroendocrinology*, 36, 1480-1494.
- Van der Waerden, J., Hoefnagels, C., y Hosman, C. (2011). Psychosocial preventive interventions to reduce depressive symptoms in low-SES women at risk: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 128, 10–23.
- Vicente, B., Kohn, R., Saldivia, S., y Rioseco, P. (2007). Carga del enfermar psíquico, Barreras y Brechas en la Atención de Salud Mental en Chile. *Rev Méd Chile*, 135, 1630-1638.
- Wald, A., y Wolfowitz, J. (1943). An Exact Test for Randomness in the Non-Parametric Case Based on Serial Correlation. *Ann Math Statist*, 14, 4, 378–388.
- Wilcoxon, F. (1947). Probability Tables for Individual Comparisons by Ranking Methods. *Biometrics*, 3(3), 119-122.

- Wisner, K.L., Parry, B.L., Piontek, C.M. (2002). Clinical Practice. Postpartum depression. *N Engl J Med*, 347, 194-199.
- Wisner, K.L., Perel, J.M., Peindl, K.S., Hanusa, B.H., Piontek, C.M., Findling, R.L. (2004). Prevention of Postpartum Depression: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Am J Psychiatry*, 161, 1290-1292.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., y Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.
- Zlotnick, C., Johnson, S.L., Miller, I.W., Pearlstein, T., y Howard, M. (2001). Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *Am J Psychiatry*, 158, 638–640.
- Zlotnick, C., Miller, I.W., Pearlstein, T., Howard, M., y Sweeney, P. (2006). A Preventive Intervention for Pregnant Women on Public Assistance at Risk for Postpartum Depression. *Am J Psychiatry*, 163, 1443–1445.



ANEXOS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INGRESAR AL ESTUDIO

INVESTIGACIÓN: Adaptación y Evaluación de una Intervención Preventiva de Depresión Postparto en dos Centros de Atención Primaria de Chillán y en el Hospital Comunitario de Bulnes: Estudio Piloto

Como tal vez recordará usted fue seleccionada para participar en una investigación dirigida por la Dra. Constanza Mendoza B., psiquiatra del Servicio de Salud de Ñuble y, que se desarrollará simultáneamente en dos Centros de Atención Primaria en Salud (CESFAM Violeta Parra y CESFAM Ultraestación) de la comuna de Chillán, y en el Hospital Comunitario de Bulnes. Junto con agradecer su participación queremos informarle lo siguiente:

1. Este estudio pretende implementar una estrategia preventiva (no farmacológica), cuya intención es disminuir la probabilidad de desarrollar una depresión postparto, así como lograr una mayor comprensión de los factores de riesgo y protectores asociados a esta enfermedad, lo que en conjunto representa el mayor beneficio de su participación.
2. Se solicita su conformidad para participar en el estudio, lo que consiste en responder a una entrevista el día de hoy y, a otras dos más a realizarse al cumplir el primer y tercer mes de su respectivo postparto. Aunque usted acepte participar hoy, esto no la obliga a responder cuando volvamos a entrevistarle. Durante el seguimiento volveremos a informarle del procedimiento y a solicitarle su consentimiento para participar.
3. Su participación durante todo el estudio será voluntaria, por lo que podrá retirarse al momento que lo decida, sin que esto interfiera con la atención que usted recibe en el establecimiento al que pertenece.
4. La información que usted reporte será completamente confidencial. La totalidad de los formularios de las entrevistas serán entregados a la investigadora principal, quien les dará el resguardo apropiado, de acuerdo a los criterios de secreto profesional y estadístico.
5. Ya que este es un estudio preventivo en el que no se utilizarán medicamentos, se considera que los riesgos de participar son mínimos, en caso de ocurrir pueden corresponder a la presencia de algún grado de ansiedad frente a las preguntas de los distintos instrumentos, la experiencia de sentirse evaluada ó en otras instancias del estudio, si usted siente que se le hace inmanejable avísele en el momento al entrevistador(a) o al personal del estudio que lo esté atendiendo.

6. Si usted se interesara en conocer el resultado final de este estudio o de los datos de su caso, podrá acceder a esta información a través del coordinador(a) del Programa de Salud Mental de su respectivo establecimiento, quien contactará a la investigadora principal para que en privado pueda entregar la respectiva retroalimentación.
7. Se firmarán dos ejemplares de igual tenor y fecha de este formulario, quedando uno en su poder, y otro para la investigadora principal.

En relación a lo anterior, por favor complete la información que se solicita a continuación:

Yo _____,

Yo Padre/Madre/Tutor de _____,

Identificada con RUT: _____, comprendo la información que se me entregó anteriormente, entiendo los objetivos del estudio, y he podido hacer preguntas al respecto.

En atención a estas consideraciones, libremente marque con una X la opción que corresponda:

YO ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

YO NO ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

FIRMA DE LA PARTICIPANTE:

FIRMA DEL ENTREVISTADOR(A):

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR (en caso de menor de edad):

FECHA:

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico (CEC) del Hospital Clínico Herminda Martín, si usted tiene alguna duda sobre sus derechos en este proyecto o si quiere denunciar alguna irregularidad, usted puede contactarse con el Dr. Raúl Franco Alcayaga, Presidente del CEC, al correo electrónico raul.franco@redsalud.gov.cl o al teléfono 042-2586594.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LOS TALLERES GRUPALES

INVESTIGACIÓN: Adaptación y Evaluación de una Intervención Preventiva de Depresión Postparto en dos Centros de Atención Primaria de Chillán y en el Hospital Comunitario de Bulnes: Estudio Piloto

Como tal vez recordará usted aceptó participar en una investigación dirigida por la Dra. Constanza Mendoza B., psiquiatra del Servicio de Salud de Ñuble y, que se desarrolla simultáneamente en dos Centros de Atención Primaria en Salud (CESFAM Violeta Parra y CESFAM Ultraestación) de la comuna de Chillán, y en el Hospital Comunitario de Bulnes. Junto con agradecer su participación queremos explicarle lo siguiente:

1. Como se le informó previamente, este estudio pretende implementar una estrategia preventiva no farmacológica, cuya intención es disminuir la probabilidad de presentar una depresión postparto, al favorecer el desarrollo saludable del vínculo maternal, entregar psico-educación respecto de la sintomatología depresiva en el contexto del embarazo y el post-parto, y proveer herramientas de tipo cognitivo-conductual para disminuir el riesgo de su aparición. Lo que en conjunto representa el mayor beneficio de su participación.
2. Aunque usted ha sido asignada al azar para recibir dicha intervención, su participación será voluntaria, por lo que podrá retirarse al momento que lo decida, sin que esto interfiera con la atención que usted recibe en el establecimiento al que pertenece.
3. La intervención consiste en la realización de cuatro sesiones grupales, a la que asistirán otras mujeres gestantes, y que se llevará a cabo en el establecimiento al que pertenece. Cada sesión durará de 60 a 90 minutos aproximadamente, tendrán una frecuencia semanal, y en su totalidad serán dirigidas por un(a) psicólogo(a) adscrito(a) a cada establecimiento.
4. Para evaluar la fidelidad de las sesiones con el protocolo, cada sesión será grabada en audio y luego aleatoriamente las grabaciones serán revisadas por la investigadora principal para comparar su desarrollo con los contenidos inicialmente propuestos. Se mantendrá la confidencialidad de esta información de acuerdo a los criterios de secreto profesional. Tras la supervisión, los archivos de audio seleccionados serán eliminados.
5. En caso de que usted no asista a alguna de las sesiones el(la) terapeuta a cargo le hará un rescate telefónico al día siguiente. En éste deberá resumir brevemente los contenidos entregados en la sesión respectiva y reforzarle la importancia de su asistencia a la siguiente

sesión. El seguimiento telefónico se suspenderá si usted expresara su deseo de retirarse de la intervención.

6. Al término de la última sesión, el(la) terapeuta deberá pedirle que responda a una Encuesta de Satisfacción para evaluar la intervención.
7. Se firmarán dos ejemplares de igual tenor y fecha de este formulario, quedando uno en su poder, y otro para la investigadora principal.

En relación a lo anterior, por favor complete la información que se solicita a continuación:

Yo _____,

Yo Padre/Madre/Tutor de _____,

Identificada con RUT: _____, comprendo la información que se me entregó anteriormente, entiendo los objetivos de la intervención, y he podido hacer preguntas al respecto.

En atención a estas consideraciones, libremente marque con una X la opción que corresponda:

YO ACEPTO PARTICIPAR EN LA INTERVENCIÓN

YO NO ACEPTO PARTICIPAR EN LA INTERVENCIÓN

FIRMA DE LA PARTICIPANTE:

FIRMA DEL(A) TERAPÉUTA:

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR (en caso de menor de edad):

FECHA:

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico (CEC) del Hospital Clínico Herminda Martín, si usted tiene alguna duda sobre sus derechos en este proyecto o si quiere denunciar alguna irregularidad, usted puede contactarse con el Dr. Raúl Franco Alcayaga, Presidente del CEC, al correo electrónico raul.franco@redsalud.gov.cl o al teléfono 042-2586594.

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL SEGUIMIENTO DEL
PRIMER MES DEL POSTPARTO**

INVESTIGACIÓN: Adaptación y Evaluación de una Intervención Preventiva de Depresión Postparto en dos Centros de Atención Primaria de Chillán y en el Hospital Comunitario de Bulnes: Estudio Piloto

Como tal vez recordará usted aceptó participar en una investigación dirigida por la Dra. Constanza Mendoza B., psiquiatra del Servicio de Salud de Ñuble y, que se desarrolla simultáneamente en dos Centros de Atención Primaria en Salud (CESFAM Violeta Parra y CESFAM Ultraestación) de la comuna de Chillán, y en el Hospital Comunitario de Bulnes. Junto con agradecer su participación queremos explicarle lo siguiente:

1. Como se le informó previamente, este estudio pretende implementar una estrategia preventiva no farmacológica, cuya intención es disminuir la probabilidad de presentar una depresión postparto, así como lograr una mayor comprensión de los factores de riesgo y protectores asociados a esta enfermedad, lo que en conjunto representa el mayor beneficio de su participación hasta el final del estudio.
2. Se solicita su conformidad para responder a una entrevista el día de hoy, cuando cumple aproximadamente un mes de su postparto. Aunque usted acepte participar hoy, esto no la obliga a responder cuando volvamos a contactarla para el último seguimiento, que es en su tercer mes del postparto.
3. Su rechazo en responder a esta entrevista no afectará en nada la atención que usted recibe en su establecimiento.
4. La duración de esta entrevista es de aproximadamente 15 minutos.
5. La información que usted reporte será completamente confidencial. La totalidad de los formularios de las entrevistas serán entregados a la investigadora principal, quien les dará el resguardo apropiado, de acuerdo a los criterios de secreto profesional y estadístico.
6. Se firmarán dos ejemplares de igual tenor y fecha de este formulario, quedando uno en su poder , y otro para la investigadora principal.

En relación a lo anterior, por favor complete la información que se solicita a continuación:

Yo _____,

Yo Padre/Madre/Tutor de _____,

Identificada con RUT: _____, comprendo la información que se me entregó anteriormente, entiendo los objetivos de esta entrevista, y he podido hacer preguntas al respecto.

En atención a estas consideraciones, libremente marque con una X la opción que corresponda:

YO ACEPTO RESPONDER A ESTA ENTREVISTA

YO NO ACEPTO RESPONDER A ESTA ENTREVISTA

FIRMA DE LA PARTICIPANTE:

FIRMA DEL(A) TERAPÉUTA:

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR (en caso de menor de edad):

FECHA:

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico (CEC) del Hospital Clínico Herminda Martín, si usted tiene alguna duda sobre sus derechos en este proyecto o si quiere denunciar alguna irregularidad, usted puede contactarse con el Dr. Raúl Franco Alcayaga, Presidente del CEC, al correo electrónico raul.franco@redsalud.gov.cl o al teléfono 042-2586594.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL SEGUIMIENTO DEL TERCER MES DEL POSTPARTO

INVESTIGACIÓN: Adaptación y Evaluación de una Intervención Preventiva de Depresión Postparto en dos Centros de Atención Primaria de Chillán y en el Hospital Comunitario de Bulnes: Estudio Piloto

Como tal vez recordará usted aceptó participar en una investigación dirigida por la Dra. Constanza Mendoza B., psiquiatra del Servicio de Salud de Ñuble y, que se desarrolla simultáneamente en dos Centros de Atención Primaria en Salud (CESFAM Violeta Parra y CESFAM Ultraestación) de la comuna de Chillán, y en el Hospital Comunitario de Bulnes. Junto con agradecer su participación queremos explicarle lo siguiente:

1. Como se le informó previamente, este estudio pretende implementar una estrategia preventiva no farmacológica, cuya intención es disminuir la probabilidad de presentar una depresión postparto, así como lograr una mayor comprensión de los factores de riesgo y protectores asociados a esta enfermedad, lo que en conjunto representa el mayor beneficio de su participación hasta el final de este estudio.
2. Se solicita su conformidad para responder a una entrevista el día de hoy, cuando usted cumple su tercer mes del postparto aproximadamente, y que representa la última entrevista del seguimiento.
3. Su rechazo en responder a esta entrevista no afectará en nada la atención que usted recibe en su establecimiento.
4. La duración de esta entrevista es de aproximadamente 15 minutos.
5. La información que usted reporte será completamente confidencial. La totalidad de los formularios de las entrevistas serán entregados a la investigadora principal, quien les dará el resguardo apropiado, de acuerdo a los criterios de secreto profesional y estadístico.

6. Se firmarán dos ejemplares de igual tenor y fecha de este formulario, quedando uno en su poder, y otro para la investigadora principal.

En relación a lo anterior, por favor complete la información que se solicita a continuación:

Yo _____,

Yo Padre/Madre/Tutor de _____,

Identificada con RUT: _____, comprendo la información que se me entregó anteriormente, entiendo los objetivos de esta entrevista, y he podido hacer preguntas al respecto.

En atención a estas consideraciones, libremente marque con una X la opción que corresponda:

YO ACEPTO RESPONDER A ESTA ENTREVISTA

YO NO ACEPTO RESPONDER A ESTA ENTREVISTA

FIRMA DE LA PARTICIPANTE:

FIRMA DEL(A) TERAPÉUTA:

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR (en caso de menor de edad):

FECHA:

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico (CEC) del Hospital Clínico Herminda Martín, si usted tiene alguna duda sobre sus derechos en este proyecto o si quiere denunciar alguna irregularidad, usted puede contactarse con el Dr. Raúl Franco Alcayaga, Presidente del CEC, al correo electrónico raul.franco@redsalud.gov.cl o al teléfono 042-2586594.

PAUTA DE RIESGO PSICOSOCIAL ABREVIADA (EPsA)

ID _____

Predictores de Riesgo	SI	NO
Ingreso a control prenatal después de las 20 semanas:		
Madre de edad menor a 17 años 11 meses:		
Escolaridad de sexto básico o menos:		
<p>Conflictos con la maternidad o rechazo del embarazo:</p> <p>4A ¿Pensó en algún momento interrumpir su embarazo?</p> <p>4B ¿Preferiría no estar embarazada?</p> <p>Marque sí, si contesta positivamente al menos a una de las preguntas.</p>		
<p>Insuficiente apoyo de la pareja, familia u otras personas significativas:</p> <p>5A ¿Cuenta con apoyo de su pareja?</p> <p>5B ¿Cuenta con apoyo de su familia?</p> <p>5C ¿Tiene amigas que la apoyen si lo requiere?</p> <p>5D ¿Tiene a alguien que la pueda ayudar cuando nazca su hijo/a?</p> <p>Marque sí, si contesta negativamente al menos a una de las preguntas.</p>		
<p>Síntomas depresivos:</p> <p>6A ¿Se ha sentido triste, deprimida, o pesimista, casi todos los días?</p> <p>6B ¿Ha sentido que no disfruta, o ha perdido el interés por las cosas o actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas?</p> <p>Marque sí, si contesta positivamente al menos a una de las preguntas.</p>		
<p>Uso o abuso de sustancias: Ha consumido alguna de estas sustancias en el último mes:</p> <p>7A Cigarrillo</p> <p>7B Cerveza, vino, u otras bebidas con alcohol</p> <p>7C Marihuana, cocaína, pasta base, anfetaminas, u otra droga</p> <p>7D Tranquilizantes y/o antidepresivos sin receta médica</p> <p>Marque sí, si ha consumido cualquiera de estas sustancias, y subraye la o las sustancias que ha consumido en el último mes (Criterio de Exclusión)</p>		

<p>Violencia de género:</p> <p>8A ¿Su pareja, expareja, u otro hombre, la ha insultado, humillado, o amenazado?, ¿le ha dicho que no debería estar embarazada?, ¿controla con quien conversa?, ¿controla el dinero que gasta? (Violencia psicológica).</p> <p>8B Su pareja, expareja, u otro hombre la ha empujado o golpeado? (Violencia física).</p> <p>8C ¿Este embarazo es consecuencia de una relación sexual no consentida?, ¿Su pareja la obliga a tener relaciones sexuales aunque usted no quiera? (Violencia sexual).</p> <p>Marque sí, si ha contestado afirmativamente al menos a una pregunta y subraye el tipo de violencia al que ha sido sometida.</p>		
--	--	--



CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN GENERAL 1: SECCIÓN ANTENATAL

CIA	Variable	Respuesta
CIA1	¿Cuál es su edad en años cumplidos?	
CIA2A	¿Cuál es su edad gestacional actual?:	_____semanas+ _____ días
CIA2B	Fecha probable de parto:	día ___ mes ___ año ___
CIA2 C,D, E,F	¿Cuántos embarazos previos ha tenido? ¿Cuántos partos ha tenido? ¿Cuántos hijos vivos tiene? ¿Cuál es la edad de sus hijos?	
CIA3	¿Cuántos años de estudios aprobados tiene usted?	
CIA4	4. ¿Cuál es su estado civil?:	1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Separada /Divorciada
CIA5	5. ¿Cuál es el ingreso mensual de su familia?:	1. Menos de 180.000 2. 180.001 a 400.000 3. 400.001 a 600.000 4. 600.001 a 800.000 5. Más de 800.000

CIA6	¿Usted vive sola?:	1. SI	2. NO
CIA7	¿Tiene pareja estable?:	1. SI	2. NO
CIA8	¿Tiene trabajo estable?:	1. SI	2. NO
CIA9	Respecto del Embarazo Actual, presenta alguna de las siguientes enfermedades: 9A Hipertensión arterial: 9B Diabetes_gestacional: 9C Hipotiroidismo: 9D Anemia:	1. SI 1. SI 1. SI 1. SI	2. NO 2. NO 2. NO 2. NO
CIA10	Antecedente Personal de Depresión: 10A. Ahora quiero preguntarle sobre períodos en que se ha sentido triste, vacía o deprimida. A lo largo de su vida, antes de su actual embarazo, ¿alguna vez ha tenido dos semanas o más en que casi todos los días se sintió triste, vacía o deprimida, la mayor parte del día? 10B. A lo largo de su vida, antes de su actual embarazo, ¿Alguna vez ha tenido dos semanas o más en que perdió el interés en la mayoría de las cosas, como el trabajo, los pasatiempos y otras cosas que normalmente disfrutaba? Marque sí, si contestó afirmativamente al menos a una de las preguntas.		
		1. SI	2. NO

CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN GENERAL 2: SECCIÓN POSTNATAL

CIP	Variable	Respuesta	
CIP 1	Respecto de su tipo parto, señale uno de los siguiente:		
CIP1A	1A. Parto sin Oxitocina		
CIP1B	1B. Parto Inducido con Oxitocina	1. SI	2. NO
CIP1C	1C. Cesárea	1. SI	2. NO
		1. SI	2. NO
CIP2A	Acerca de su puerperio reciente ha presentado alguna de las siguientes enfermedades:		
CIP2B	2A Endometritis:	1. SI	2. NO
CIP2C	2B Mastitis	1. SI	2. NO
	3C Anemia:	1. SI	2. NO
CIP3	¿El RN ha requerido hospitalización?	1. SI	2. NO
CIP4	¿El RN ha tenido enfermedades graves?: si contestó afirmativamente escriba, cuál:	1. SI	2. NO
CIP5	¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna?:	1. SI	2. NO

	6. Acerca del “Temperamento” ó comportamiento del RN: Tener en cuenta que el RN no debe estar enfermo para evaluar este punto.		
CIP6A	6A ¿Considera que el RN es muy inquieto?:	1. SI	2. NO
CIP6B	6B ¿El RN llora demasiado?:	1. SI	2. NO
CIP6C	6C ¿El RN es difícil de consolar?:	1. SI	2. NO
	Si contestó afirmativamente a las tres preguntas, se considera que el temperamento del RN es “irritable”:	1. SI	2. NO



ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO: Versión validada en Chile por Jadresic, Araya, y Jara ¹ (1995).

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor CONTESTE la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

ED	ÍTEM	Medición 1er Mes postparto	Medición 3er Mes postparto
ED1	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas: 0 Tanto como siempre 1 No tanto ahora 2 Mucho menos ahora 3 No, nada		
ED2	He disfrutado mirar hacia delante: 0 Tanto como siempre 1 Menos que antes 2 Mucho menos que antes 3 Casi nada		
ED3	Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente: 0 No, nunca 1 No con mucha frecuencia 2 Sí, a veces 3 Sí, la mayor parte del tiempo		
ED4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo: 0 No, nunca 1 Casi nunca 2 Sí, a veces 3 Sí, con mucha frecuencia		

¹ Jadresic, E., Araya, R., y Jara, C. (1995). J Psychosom Obstet Gynecol, 16, 187-91.

ED5	<p>He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:</p> <p>0 No, nunca</p> <p>1 No, no mucho</p> <p>2 Sí, a veces</p> <p>3 Sí, bastante</p>		
ED6	<p>Las cosas me han estado abrumando:</p> <p>0 No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre</p> <p>1 No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien</p> <p>2 Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre</p> <p>3 Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto</p>		
ED7	<p>Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:</p> <p>0 No, nunca</p> <p>1 No con mucha frecuencia</p> <p>2 Sí, a veces</p> <p>3 Sí, la mayor parte del tiempo</p>		
ED8	<p>Me he sentido triste o desgraciada:</p> <p>0 No, nunca</p> <p>1 No con mucha frecuencia</p> <p>2 Sí, bastante a menudo</p> <p>3 Sí, la mayor parte del tiempo</p>		
ED9	<p>Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:</p> <p>0 No, nunca</p> <p>1 Sólo ocasionalmente</p> <p>2 Sí, bastante a menudo</p> <p>3 Sí, la mayor parte del tiempo</p>		
ED10	<p>Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:</p> <p>0 Nunca</p> <p>1 Casi nunca</p> <p>2 A veces</p> <p>3 Sí, bastante a menudo</p>		
	PUNTUACIÓN TOTAL:		

ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II): Segunda edición (1996). Versión adaptada, reproducida y distribuida por Pearson Education S.A. (Madrid, 2011)

Por favor SEÑALE cuál de las siguientes afirmaciones de cada grupo, describe mejor el modo en que se ha sentido durante las dos últimas semanas, incluido el día de hoy:

EDB	ÍTEM	Respuesta
EDB1	Tristeza: 0 No me siento triste habitualmente 1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Me siento triste continuamente 3 Me siento tan triste y desgraciado que no puedo soportarlo	
EDB2	Pesimismo: 0 No estoy desanimado sobre mi futuro 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes 2 No espero que las cosas mejoren 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas solo empeorarán	
EDB3	Sentimientos de fracaso: 0 No me siento fracasado 1 He fracasado más de lo que debería 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso 3 Me siento una persona totalmente fracasada	
EDB4	Pérdida del placer: 0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes 1 No disfruto de las cosas tanto como antes 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que antes disfrutaba 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba	

EDB5	<p>Sentimientos de culpa:</p> <p>0 No me siento especialmente culpable</p> <p>1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho</p> <p>2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo</p> <p>3 Me siento culpable constantemente</p>	
EDB6	<p>Sentimientos de castigo:</p> <p>0 No siento que esté siendo castigado</p> <p>1 Siento que puedo ser castigado</p> <p>2 Espero ser castigado</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado</p>	
EDB7	<p>Insatisfacción con uno mismo:</p> <p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo</p> <p>3 No me gusto</p>	
EDB8	<p>Autocríticas:</p> <p>0 No me critico o me culpo más que antes</p> <p>1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser</p> <p>2 Critico todos mis defectos</p> <p>3 Me culpo de todo lo malo que sucede</p>	
EDB9	<p>Pensamiento o deseos de suicidio:</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio</p> <p>1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo</p> <p>2 Me gustaría suicidarme</p> <p>3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad</p>	
EDB10	<p>Llanto:</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo</p> <p>2 Lloro por cualquier cosa</p> <p>3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo</p>	

EDB11	<p>Agitación:</p> <p>0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre</p> <p>1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo</p>	
EDB12	<p>Pérdida del interés:</p> <p>0 No he perdido el interés por otras personas o actividades</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades</p> <p>2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas</p> <p>3 Me resulta difícil interesarme en algo</p>	
EDB13	<p>Indecisión:</p> <p>0 Tomo decisiones más o menos como siempre</p> <p>1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre</p> <p>2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión</p>	
EDB14	<p>Inutilidad:</p> <p>0 No me siento inútil</p> <p>1 No me considero tan valioso y útil como solía ser</p> <p>2 Me siento inútil en comparación con otras personas</p> <p>3 Me siento completamente inútil</p>	
EDB15	<p>Pérdida de energía:</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre</p> <p>1 Tengo menos energía de la que solía tener</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas</p> <p>3 No tengo suficiente energía para hacer nada</p>	
EDB 16	<p>Cambios en el patrón de sueño:</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño</p> <p>1ª Duermo algo más de lo habitual</p> <p>1b Duermo algo menos de lo habitual</p> <p>2ª Duermo mucho más de lo habitual</p> <p>2b Duermo mucho menos de lo habitual</p> <p>3ª Duermo la mayor parte del día</p> <p>3b Me levanto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme</p>	

EDB17	<p>Irritabilidad:</p> <p>0 No estoy más irritable de lo habitual</p> <p>1 Estoy más irritable de lo habitual</p> <p>2 Estoy mucho más irritable de lo habitual</p> <p>3 Estoy irritable continuamente</p>	
EDB18	<p>Cambios en el apetito:</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito</p> <p>1a Mi apetito es algo menor de lo habitual</p> <p>1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual</p> <p>2^a Mi apetito es mucho menor que antes</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que antes</p> <p>3^a He perdido completamente el apetito</p> <p>3b Tengo ganas de comer continuamente</p>	
EDB19	<p>Dificultad de concentración:</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente</p> <p>2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo</p> <p>3 No puedo concentrarme en nada</p>	
EDB20	<p>Cansancio o fatiga:</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre</p> <p>1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre</p> <p>2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer</p> <p>3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer</p>	
EDB21	<p>Pérdida del interés por el sexo:</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo</p> <p>1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar</p> <p>2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora</p> <p>3 He perdido completamente el interés por el sexo</p>	
	<p>PUNTUACIÓN TOTAL:</p>	

ESCALA DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO: Adaptación al castellano: Landeta y Calvete² (2002).

ESCUCHE cada una de las siguientes frases cuidadosamente. INDIQUE su acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas empleando esta escala:

1. Totalmente en Desacuerdo
2. Bastante en Desacuerdo
3. Más Bien en Desacuerdo
4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5. Más Bien de Acuerdo
6. Bastante de Acuerdo
7. Totalmente de Acuerdo

VAR	ÍTEM	Línea De Base	Medición 1er mes postparto	Medición 3er mes postparto
AS1	Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil:			
AS2	Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías:			
AS3	Mi familia realmente intenta ayudarme:			
AS4	Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito:			
AS5	Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí:			
AS6	Mis amigos realmente tratan de ayudarme:			
AS7	Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal:			
AS8	Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia:			
AS9	Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías:			

² Landeta, O. y Calvete, E. (2002). Adaptación y Validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. Revista de Ansiedad y Estrés, 8(2-3), 173-182.

AS 10	Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos:			
AS11	Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones:			
AS12	Puedo hablar de mis problemas con mis amigos:			
	PUNTUACIÓN TOTAL:			



MÓDULO DE DEPRESIÓN – MINI³

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR:

ÍTEM	SI	NO
A1. En el transcurso de las dos últimas semanas, se ha sentido particularmente triste, decaída, la mayor parte del tiempo, a lo largo del día, y esto casi todos los días?	1	2
A2. En el transcurso de las dos últimas semanas, ha tenido casi todo el tiempo el sentimiento de no tener ganas de nada, de haber perdido el interés o el placer en las cosas que habitualmente le agradaban?	1	2
A1 o A2 se han respondido como SI?. Si la respuesta es afirmativa, CONTINÚE con A3.	1	2
A3. En el transcurso de las dos últimas semanas, cuando se sentía decaído, y/o sin interés por la mayor parte de las cosas:	1	2
a) Se modificó su apetito notablemente, ganó o perdió peso, sin tener esa intención (variaciones en el último mes de +/- 3,5Kg en el peso corporal)?:	1	2
b) Casi todas las noches tenía problemas de sueño (dificultades para quedarse dormido, despertares nocturnos o precoces, o sueño excesivo)?	1	2
c) Casi todos los días hablaba o se movía más lentamente de lo habitual, o por el contrario se sentía agitada, y tenía dificultades para permanecer quieta?	1	2
d) Casi todos los días se sentía fatigada, sin energía?	1	2
e) Casi todos los días se sentía sin valor o culpable?	1	2
f) Casi todos los días tenía dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	1	2

³ Ferrando, L., Franco-Alonso, L., Soto, M., Soto, O., y Gilbert-Rahola, J. (2000). Mini-International Neuropsychiatric Interview (versión castellana), 5.0. Módulo de depresión, ansiedad y consumos tóxicos. Madrid, Instituto IAP.

g) Tuvo en varias ocasiones ideas negativas como pensar que sería mejor estar muerta o en hacerse daño?	1	2
A4. SI Hay al menos 3 respuestas codificadas como afirmativas en A3, o 4 si A1 o A2 se codificaron como negativas: LA paciente presenta un episodio depresivo mayor actual.	1	2
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL:	1	2

B. DISTIMIA: No explorar este módulo si el paciente presenta un episodio depresivo mayor actual.

ÍTEM	SI	NO
B1. ¿Durante los dos últimos años, se ha sentido triste o decaído la mayor parte del tiempo? SI RESPONDIÓ SÍ, CONTINÚE	1	2
B2. ¿Durante este período, ha llegado a sentirse bien durante dos meses seguidos o más? SI RESPONDIÓ NO, CONTINÚE	1	2
B3. Durante este periodo en el que se ha sentido deprimido la mayor parte del tiempo:	1	2
a) Ha cambiado su apetito significativamente		
b) Ha tenido dificultades para dormir o sueño excesivo?	1	2
c) Se ha sentido fatigado o sin energía?	1	2
d) Ha perdido la confianza en usted misma?	1	2
e) Ha tenido dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	1	2
f) Se ha sentido desesperanzado?	1	2

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA INTERVENCIÓN: TERAPEUTAS

Ya que usted ha hecho parte de este programa de intervención como terapeuta, lo invitamos a responder las siguientes preguntas:

1. En cuanto a los contenidos seleccionados para hacer parte de este manual, por favor señale en qué medida considera que han sido apropiados para las participantes:

- A. Me siento totalmente insatisfecho(a)
- B. Insatisfecho(a)
- C. Ligeramente Insatisfecho(a)
- D. Indiferente
- E. Ligeramente satisfecho(a)
- F. Satisfecho(a)
- G. Completamente satisfecho(a)

2. Frente a los contenidos presentados en las distintas sesiones, por favor señale en qué medida usted considera que pueden ser útiles para mejorar la condición emocional de las participantes:

- A. Considero que son totalmente útiles
- B. Son útiles
- C. Son ligeramente útiles
- D. Me siento indiferente al respecto
- E. Son ligeramente inútiles
- F. Son inútiles
- G. Son completamente inútiles

3. En relación a la forma en que se ha organizado cada una de las sesiones de este manual, por favor señale en qué medida ha sido adecuada:

- A. Estoy muy de acuerdo
- B. Estoy de acuerdo

- C. Me parece indiferente
- D. Estoy en desacuerdo
- E. Estoy muy en desacuerdo

4. En lo relativo al número de sesiones, usted piensa lo siguiente:

- A. Son muchas sesiones
- B. La cantidad de sesiones es adecuada
- C. Han sido pocas

5. En relación a la duración de las sesiones, en general usted piensa lo siguiente:

- A. Las sesiones son muy largas
- B. El tiempo destinado es adecuado
- C. Es poco tiempo

6. En su opinión cuál fue el motivo más común de inasistencia de las participantes a las sesiones:

7. Sugerencias para mejorar el programa:

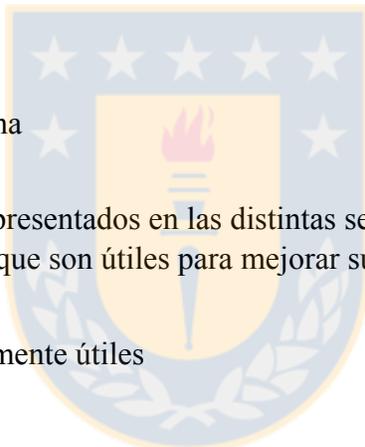
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA INTERVENCIÓN: PARTICIPANTES

Ya que usted ha completado el programa de intervención al que fue invitada a participar, le solicitamos responder la siguiente evaluación:

1. En relación a su grado de satisfacción global con la intervención, usted considera lo siguiente:
 - A. Me siento totalmente insatisfecha
 - B. Insatisfecha
 - C. Ligeramente Insatisfecha
 - D. Indiferente
 - E. Ligeramente satisfecha
 - F. Satisfecha
 - G. Completamente satisfecha

2. Frente a los contenidos presentados en las distintas sesiones, por favor señale en qué medida usted considera que son útiles para mejorar su condición emocional:
 - A. Considero que son totalmente útiles
 - B. Son útiles
 - C. Son ligeramente útiles
 - D. Me siento indiferente al respecto
 - E. Son ligeramente inútiles
 - F. Son inútiles
 - G. Son completamente inútiles

3. En lo relativo al número de sesiones, usted piensa lo siguiente:
 - A. Son muchas sesiones
 - B. La cantidad de sesiones es adecuada
 - C. Han sido pocas



4. En relación a la duración de las sesiones, en general usted piensa lo siguiente:
- A. Las sesiones son muy largas
 - B. El tiempo destinado es adecuado
 - C. Es poco tiempo

5. Respecto a que el modelo de intervención haya sido grupal, usted opina lo siguiente:
- A. Estoy muy de acuerdo
 - B. Estoy de acuerdo
 - C. Me parece indiferente
 - D. Estoy en desacuerdo
 - E. Estoy muy en desacuerdo

6. Si usted no se presentó a alguna(s) de la(s) sesión(es), describa cuál fue la principal causa:

7. ¿En su opinión cuál ha sido el tema más útil que usted aprendió durante las sesiones?:

8. ¿En su opinión cuál es el principal aspecto a mejorar de la intervención en la que usted ha participado?:

9. Otras sugerencias:

PAUTA DE COTEJO PARA LA EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LAS SESIONES, BASADA EN GRABACIONES DE AUDIO

Número de Sesión: _____

Terapeuta: _____

Fecha: _____

ÍTEM	SI	NO
1. ¿Se revisaron los contenidos planificados para la sesión?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Se cumplió con el tiempo recomendado (60 a 90 minutos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se promovió la discusión entre las participantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se resolvieron las dudas de forma adecuada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Se hizo un buen resumen de la sesión anterior (en caso de ser la primera sesión, se hizo una adecuada introducción a la Intervención)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Se dejó la tarea recomendada para cada sesión (en caso de ser la última, se hizo un cierre adecuado de la Intervención)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grado de Calidad de la Sesión:

- En caso de haber marcado SI en los 6 ítems, la sesión fue: **Excelente** _____
- En caso de haber marcado SI en 4 o 5 ítems (uno de ellos, debe ser el ítem 1), la sesión fue: **Buena** _____
- En caso de haber marcado SI en 3, ó en 4 o 5 ítems sin inclusión del ítem 1, la sesión fue: **Regular** _____
- En caso de haber marcado SI en 1 o 2 ítems, la sesión fue: **Mala** _____

MANUAL ADAPTADO:
ENSAYO CLÍNICO DE PREVENCIÓN EN DEPRESIÓN POSTPARTO EN
GESTANTES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CHILLÁN Y BULNES (CHILE)



Adaptado de: Le y Muñoz (2013). *El Curso para Madres y Bebés: Una Manera de Manejar la Realidad Personal*?. Universidad George Washington, Washington D.C., EE.UU.

INTRODUCCIÓN

El presente Manual es una adaptación, previa autorización de sus autores, de “*El Curso para Madres y Bebés: Una Manera de Manejar la Realidad Personal*”, publicado por Le y Muñoz, en 2013, producido en la Universidad George Washington (Washington D.C., EE.UU.), como una versión de seis semanas del “*Curso para Madres y Bebés*” original (Muñoz, Ghosh-Ippen, Le, Urizar, Díaz, y Lieberman, 2007).

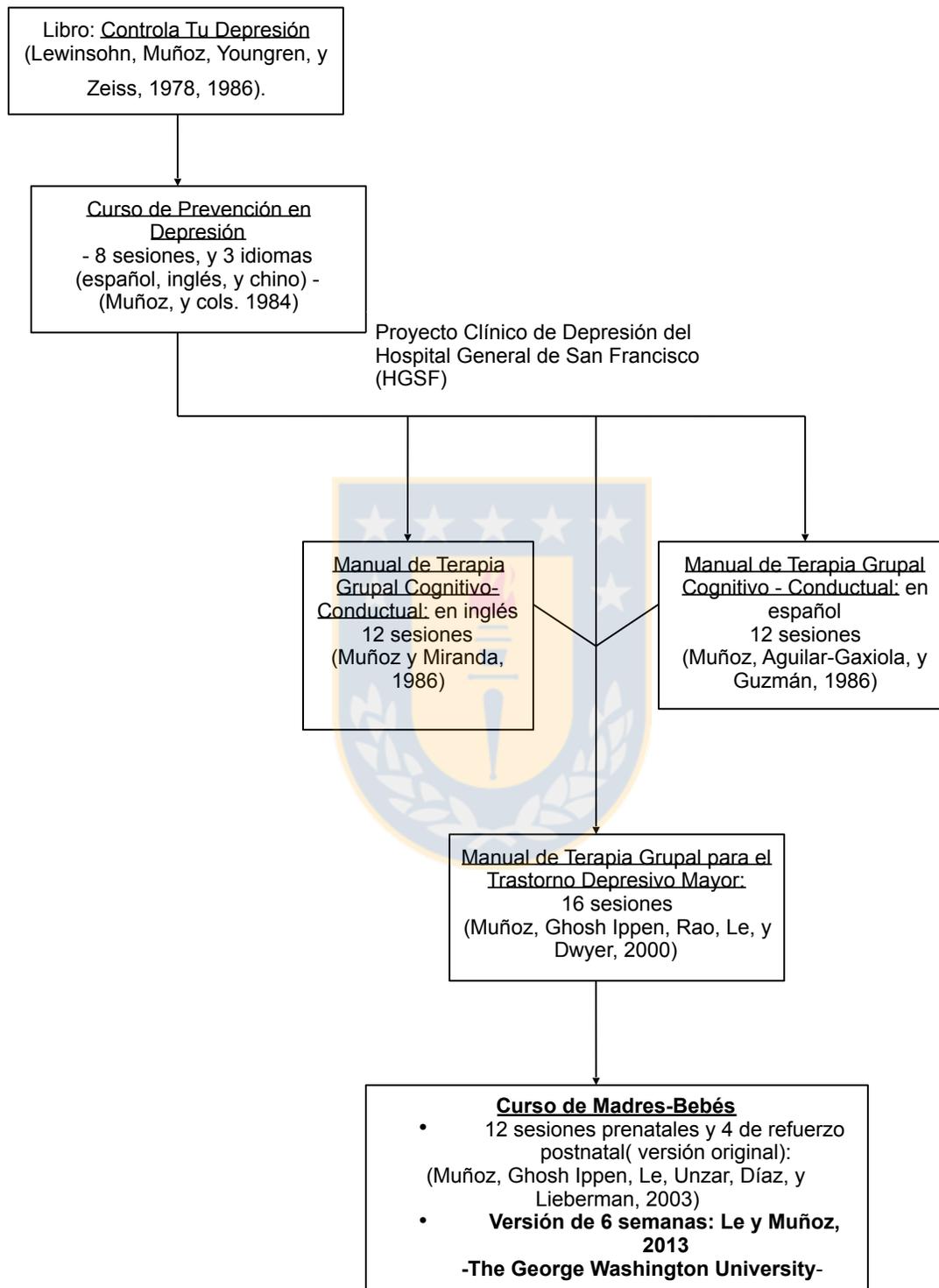
El concepto del “manejo saludable de la realidad” ha sido desarrollado en el Hospital General de San Francisco (HGSF) (San Francisco, EE.UU.) desde hace más de 30 años, y tiene en cuenta dos aspectos de la realidad que influyen en el estado anímico: *Realidad interna* (subjetiva, mental), y *Externa* (física, objetiva); destacando su interrelación permanente y la posibilidad del “modelamiento” que una u otra pueden efectuar. La *realidad interna* puede ser modificada a través de herramientas cognitivas, y la *externa* por medio de métodos conductuales. Estos principios teóricos son la base de los distintos programas que estos autores y sus equipos han implementado (Figura 1).

Un ensayo clínico controlado desarrollado por Lewinsohn, Muñoz, Youngren, y Zeiss en 1979, destacó que cada uno de los tres componentes de la terapia cognitivo-conductual: 1) *Cambiar la forma de pensar*, 2) *El incremento de actividades placenteras*, y 3) *El entrenamiento en habilidades interpersonales*, eran similares en cuanto a su efectividad para tratar la depresión, y permitió a estos investigadores fortalecer este abordaje, plasmándolo en un libro de auto-ayuda titulado “*Controla Tu Depresión*” (1978). Este libro fue posteriormente adaptado por Muñoz en 1983 como parte del “*Curso para la Prevención de la Depresión*”, en un manual de ocho sesiones utilizado en un ensayo clínico controlado para la prevención de la depresión en español e inglés, en pacientes del Hospital General de San Francisco. Extractos del curso pueden encontrarse en el apéndice A de *La Prevención de la Depresión: Investigación y Práctica*, de Muñoz y Ying (1993).

En 1997, Muñoz y Le fundaron el *Proyecto para la Salud y el Estado de Ánimo: Mamás y Bebés*. El objetivo de este proyecto es el de identificar mujeres gestantes con alto riesgo de desarrollar depresión, y brindarles una intervención que reduzca su riesgo. En 1999, Muñoz, Ghosh-Ippen, Le, y Lieberman, iniciaron una revisión mayor del “*Curso de Prevención en Depresión*” (Muñoz y cols. 1984), lo que culminó en el “*Curso de Madres y Bebés*”. Este curso busca que las participantes adquieran herramientas para mejorar el estado de ánimo, y logren una mayor percepción de eficiencia en el rol maternal. El abordaje propuesto es de tipo cognitivo-conductual a realizarse en sesiones grupales. Su versión inicial incluye doce sesiones a administrarse durante el embarazo, y cuatro sesiones adicionales de refuerzo, durante el año del post-parto. El manual original fue confeccionado al mismo tiempo en español e inglés (Muñoz et al., 2007).

La efectividad del “Curso para Madres y Bebés” ha sido evaluada en varios ensayos clínicos controlados. Muñoz, Le, Ghosh-Ippen, Díaz, Urizar, Soto, et al. (2007), condujeron un estudio piloto en 41 mujeres latinas con alto riesgo de depresión perinatal. El 14% de quienes habían recibido la intervención basada en el programa original (doce sesiones antenatales) la presentaron en el curso de su primer año de postnatal, en comparación con el 25% del grupo control ($h=0,28$). Le, Perry y Stuart (2011), evaluaron a 217 mujeres latinas de bajos ingresos, con factores de riesgo para depresión postparto, encontrando que quienes recibieron una intervención acotada (ocho sesiones) tenían niveles significativamente menores de sintomatología depresiva al ser evaluadas durante su embarazo, con aumento en el tamaño del efecto cuando las mujeres asistieron a la mayoría de las sesiones (más de cuatro clases). En 2011, Tandon, Perry, Mendelson, Kemp, y Leis, también realizaron una evaluación del programa, utilizando una intervención abreviada (seis sesiones) además de visitas domiciliarias de refuerzo, que compararon con la psicoeducación entregada usualmente; destacaron una diferencia significativa en los puntajes de síntomas depresivos a los tres meses de la intervención.

Figura 1. Manuales de Manejo de la Depresión basados en Intervenciones de tipo Cognitivo-Conductual



DESARROLLO DEL PROGRAMA

Objetivos

Este programa es de naturaleza preventiva, tiene por objetivo favorecer un desarrollo más saludable del vínculo maternal, entregar psicoeducación respecto de la sintomatología depresiva en el contexto del embarazo y el post-parto, y proveer herramientas de tipo cognitivo-conductual para disminuir el riesgo de su aparición a futuro.

Respecto de los terapeutas

Se recomienda que sean psicólogos(as) con experiencia en equipos de Salud Mental de Atención Primaria (APS), que además tengan conocimientos en psicoterapia de tipo cognitivo-conductual. Deberán revisar y aprender el manual completo antes del inicio de la intervención, y previo a cada sesión.

Respecto de las sesiones

Serán de tipo grupal; cada sesión tendrá una duración de sesenta a noventa minutos, y para este programa se realizarán un total de cuatro, con una frecuencia semanal. El/la terapeuta debe planificar adecuadamente las actividades en función del tiempo, y dejar unos minutos al final para responder preguntas de las participantes. Deben desarrollarse en el establecimiento de APS al que pertenezcan las pacientes.

Referente a las pacientes inasistentes

El/la terapeuta debe realizar una lista de contactos, para comunicarse telefónicamente con las participantes inasistentes, pero no podrán realizarse visitas domiciliarias. Durante la llamada de rescate, el terapeuta deberá reforzar a cada paciente la necesidad de asistir a la próxima sesión, y puede realizar un resumen de la sesión perdida.

PRIMERA SESIÓN: INTRODUCCIÓN - VÍNCULO MADRE- HIJO

AGENDA

<p>1. Propósito del Programa: 5 minutos</p> <p>2. Presentaciones: 5 minutos</p> <p>3. Normas del Programa: 5 minutos</p> <p>4. Contenidos: 20 minutos</p> <p>5. La relación entre la madre y su bebé: 20 minutos</p> <p>6. ¿Qué clase de madre quiero ser?: 20 minutos</p> <p>7. Dudas: 10 minutos</p> <p>8. Actividad Personal: 5 minutos</p>
--

1. PROPÓSITO DEL PROGRAMA

El/la terapeuta a cargo debe dar la bienvenida enfatizando en la utilidad del Programa, y enfatizar en la naturaleza recíproca del aprendizaje grupal. Es importante recordar que la primera sesión es especialmente importante para motivar a las pacientes a comprometerse con la totalidad del programa. A su vez, deberá informar a las participantes que los propósitos de este Programa serán los siguientes:

1. Aprender formas saludables de pensar y relacionarse con su bebé, para así “crear un mundo saludable” para ella y su bebé.
2. Recibir información útil sobre el embarazo y el desarrollo de su bebé.
3. Aprender formas de manejar el estrés y mejorar su estado de ánimo, buscando que:
 - Cada participante pueda sentirse mejor, disfrutar más del embarazo, y de la experiencia de ser madre.
 - Pueda brindar a su bebé el apoyo y cuidado que necesita.
 - Evite tener problemas con su estado de ánimo, tal como la depresión.

En relación a este punto, el/la terapeuta debe explicar que uno de los objetivos del Programa es ayudar a las madres a tener pensamientos y sentimientos más positivos, a implementar vínculos más sanos con sus bebés, y reducir la frecuencia, la intensidad y la duración de los estados de ánimo negativos.

Cada mujer también tendrá la oportunidad de hablar con otras mujeres embarazadas y tener un grupo de personas con quienes podrá intercambiar ideas e inquietudes, antes y después de tener a su hijo.

2. PRESENTACIONES

El/la terapeuta responsable deberá presentarse primero, y luego les pedirá a las participantes dar información acerca de lo siguiente:

- Nombre y apellido
- Edad gestacional y fecha probable de parto
- Tiempo de residencia en la comuna
- Hablar acerca de su familia y si tiene otros hijos (debe especificar las edades de éstos)
- Actividades que disfruta realizar en su tiempo libre
- Referirse al tipo de madre que quisiera ser (características que debería tener)
- Expectativas que cada participante tiene con el Programa

3. NORMAS Y RECOMENDACIONES

A las participantes se les informará de las siguientes normas para un adecuado desarrollo del Programa:

1. Tratar de asistir a todas las sesiones. Indicar a la participante que en caso de no poder asistir a alguna sesión en lo posible debe comunicarse con el/la terapeuta al teléfono que se le indique.

2. Llegar a tiempo.
3. Todo lo referido en las sesiones es CONFIDENCIAL, bajo la consigna: “Lo que se habla en el grupo, debe quedarse en el grupo”. Los(as) terapeutas no podrán mantener la confidencialidad en las siguientes circunstancias:
 - Cuando un niño(a) ha sido o está siendo abusado(a) o descuidado(a).
 - Alguien está en peligro de hacerse daño a sí mismo(a) o a otra persona.
4. Respetar la opinión de las participantes.
5. Informar en caso de insatisfacción con el Programa.
6. Compartir sólo lo que se desee, y recordar que cada participante tiene derecho a su privacidad.
7. Para facilitar el aprendizaje durante el curso se les recomendará a las participantes que traigan un cuaderno o agenda y un lápiz, para hacer anotaciones.

4. CONTENIDOS DE LA SESIÓN

4.1. La relación entre la madre y su bebé:

Explicar que el vínculo es el lazo emocional y el cariño profundo que comienza a desarrollarse entre la madre/padre y su bebé. Existen circunstancias como: estresores económicos, sobrecarga en el trabajo o en las labores del hogar, presencia de síntomas físicos (ej. cansancio, poca energía, etc.) ó conflictos con otras personas, que pueden afectar ese vínculo emocional.

El/la terapeuta debe enfatizar en que este programa puede ayudar a las madres a restablecer el equilibrio, cuando distintos eventos estresantes parece colapsarlas, si aprenden lo siguiente:

- Cambiar la forma en que piensan y entienden sus problemas
- Cambiar la manera en la que se comportan
- Reciben apoyo adecuado de otras personas

El/la terapeuta en este punto debe promover la discusión, pidiéndoles a las participantes que hablen acerca de los estresores (ej. de la salud física o mental de la madre, del vínculo madre-bebé, la crianza de sus otros hijos, la relación con otros) que presentan al momento y los que pueden tener luego del parto. En lo relativo a quejas habituales respecto del vínculo materno o del bebé durante el postparto como: percibir cansancio, fatiga o sueño, sentir molestia cuando el llanto del bebé se torna intenso, el/la terapeuta antes que nada debe advertir sobre lo frecuente que es sentirse culpable, enfatizando en que no es útil ese sentimiento, y tendrá que señalar que la mayoría de las madres deben lidiar con estas situaciones, pero lo más importante es concentrarse en las soluciones (ej. pedir ayuda en el cuidado del bebé, realizar siestas, escuchar música relajante durante el día, buscar rápidamente la causa del llanto intenso del bebé, -en caso de ser persistente y de no encontrar una causa que la madre pueda resolver, debe llevarlo a consulta-, etc.).

Después de definir algunos estresores frecuentes, el terapeuta dirigirá un juego de roles, en que un grupo de las mujeres expresarán la circunstancia estresante, y el otro grupo asumirá el papel de una “amiga” que deberá sugerir alguna recomendación o forma de solucionar el problema o estresor mencionado. Al final el terapeuta realizará un resumen con los aspectos más destacados.

4.2. ¿Qué clase de madre quiero ser?:

El/la terapeuta debe pedir a las participantes que ahora se centren en el tipo de madres que quisieran ser. Para ello puede sugerir que cada madre piense en lo siguiente, y después pueda expresarlo al resto del grupo:

- ¿Qué cosas hicieron sus padres que Ud. cree que la ayudaron? ¿Cuáles le gustaría hacer con sus hijos(as)?
- ¿Qué cosas hicieron sus padres que no le gustaría hacer?

- ¿Qué cosas ha aprendido de sus familiares y amistades o ha observado a otros padres hacer que le podrían ser útiles en la crianza de sus hijos(as)?

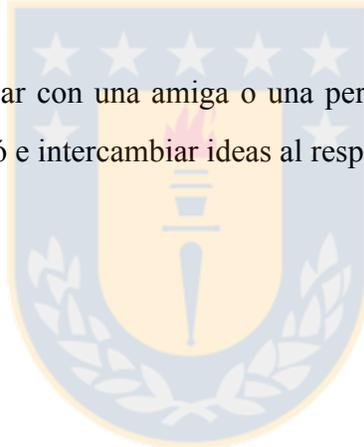
El/la terapeuta debe enfatizar en cómo podemos aprender de otros modelos de crianza previos como en el de nuestros padres, o próximos como el otros parientes o amigos, y tomar sólo los aspectos positivos de ellos para construir nuestro propio modelo.

5. DUDAS

El/la terapeuta dará un espacio para aclarar dudas, y permitir reflexiones de las participantes acerca de lo aprendido en esta sesión.

6. ACTIVIDAD PERSONAL

Las participantes deberán hablar con una amiga o una persona de su familia acerca de la sesión, y contar lo que aprendió e intercambiar ideas al respecto.



SEGUNDA SESIÓN: APRENDIENDO A MANEJAR EL ESTADO DE ÁNIMO

AGENDA

<p>Repaso General: 10 minutos</p> <p>2. Revisión de la Actividad Personal : 10 minutos</p> <p>3. Contenidos nuevos: 20 minutos</p> <p>4. Ejercicio de Relajación: 15 minutos</p> <p>5. Dudas: 10 minutos</p> <p>6. Actividad Personal: 5 minutos</p>
--

1. REPASO GENERAL

El/la terapeuta debe preguntar a las participantes acerca de lo aprendido la semana anterior. Además, debe enfatizar en los siguientes aspectos:

- Los estados de ánimo negativos, como el estrés y la depresión, pueden afectar la relación de la madre con su bebé. Si la madre cambia su forma de pensar, y de comportarse respecto a los problemas, y recibe un adecuado apoyo, puede modificar esta situación. Esto se continuará trabajando a lo largo del programa.
- El ser una buena madre es algo que se aprende. Una forma de hacerlo es observar y replicar los buenos ejemplos de las personas que nos rodean.

2. REVISIÓN DE LA ACTIVIDAD PERSONAL PREVIA

El/la terapeuta debe interrogar a las participantes acerca de si lograron hablar con alguien acerca de lo aprendido en la sesión anterior, en caso que no haya sido así, preguntar cuáles fueron los obstáculos que lo impidieron, y qué podría ayudar para que se realice posteriormente.

3. CONTENIDOS NUEVOS

En este punto se hablará de lo importancia de “manejar la propia realidad” para tener un estado de ánimo más saludable.

Nuestra realidad personal está dividida en dos partes:

1. La realidad en nuestra mente:

- Lo que pensamos

2. La realidad en nuestro mundo:

- Lo que hacemos

- Con quién nos juntamos

- La condición de nuestro cuerpo: nuestra salud física

- Lo que pasa a nuestro alrededor, en nuestro mundo

En este sentido, hablar de la utilidad de tomar opciones adecuadas para tener un mejor estado anímico. Recordar que en cada momento podemos tomar la decisión de cómo vamos a sentir, pensar, actuar, e incluso tratar a otras personas. **Una decisión puede empeorar, mejorar, o mantener igual nuestro estado de ánimo; la acumulación de varias decisiones puede modificar el estado anímico.**

Se debe además explicar a las participantes que los días siguientes al parto es frecuente la presencia de algunos cambios en el estado de ánimo (ej. tristeza, fatiga, labilidad emocional), que son moderados en intensidad y poco interferentes con el funcionamiento diario: lo que se denomina “melancolía postparto”. Aclarar que se deben a alteraciones hormonales transitorias por lo que el episodio se considera normal, y no debe durar más de una semana, en caso contrario se debe consultar. Sin embargo, es importante que durante esos días de mayor “vulnerabilidad,” cada una tome las mejores decisiones para sentirse mejor.

Para ilustrar este punto se debe realizar la siguiente actividad (se recomienda entregar una fotocopia de esta página y la siguiente, a cada participante para el desarrollo de la actividad):

ACTIVIDAD: LA HISTORIA DE VIOLETA Y MARÍA

Violeta y María tienen cinco meses de embarazo. Cada participante debe marcar el número que corresponda al estado de ánimo de Violeta y María en cada escena (el/la terapeuta debe explicar cómo hacerlo: 1 es el peor ánimo y 9 el mejor). Al final se debe comentar acerca de lo que cada una piensa de ambas situaciones. Ver figuras a continuación.

LA HISTORIA DE VIOLETA Y MARÍA

LA HISTORIA DE VIOLETA		LA HISTORIA DE MARÍA	
9 8 7 6 5 4 3 2 1	 <i>No quiero levantarme.</i>	9 8 7 6 5 4 3 2 1	 <i>No quiero levantarme.</i>
9 8 7 6 5 4 3 2 1	 <i>No quiero enfrentar el día.</i>	9 8 7 6 5 4 3 2 1	 <i>No quiero enfrentar el día, pero me sentiré mejor si cuido de mí misma y mi embarazo.</i>
9 8 7 6 5 4 3 2 1	 <i>No soy una buena persona. No quiero hacer nada.</i>	9 8 7 6 5 4 3 2 1	 <i>¿Hola? Sí, íré a mi chequeo prenatal! Estoy cuidándome a mí misma y a mi bebé.</i>
9 8 7 6 5 4 3 2 1	 <i>Me siento sola y triste.</i>	9 8 7 6 5 4 3 2 1	 <i>Qué bueno que fui a mi chequeo hoy. Estoy feliz de que mi bebé está creciendo bien.</i>

DIBUJOS POR JOSÉ THOMPSON, THOMPSON DESIGN

LA HISTORIA DE VIOLETA Y MARÍA



Con base en el anterior ejemplo, se debe enfatizar en que las actividades que se realizan durante el día permiten “construir” - para bien o para mal - la realidad emocional de ese día. Como en el caso de Violeta y María.

Así, el realizar actividades placenteras o agradables también mejora el vínculo entre la madre y su bebé.

Se puede reforzar la actividad anterior con las siguientes recomendaciones:

**CÓMO LO QUE HACEMOS
AFECTA CÓMO NOS SENTIMOS**



- Cuando las personas hacen actividades agradables, generalmente:
 - se sienten felices
 - es más probable que tengan pensamientos positivos acerca de sus vidas
 - están más dispuestas a tener contacto con otras personas (también hay actividades agradables que las personas pueden hacer solas)
- Cuando uno se siente abatida o cansada, generalmente es difícil tener la energía para hacer actividades agradables PERO hacer actividades agradables le puede ayudar a sentirse mejor y menos cansada.
- Muchas actividades son agradables porque nos dan la oportunidad de experimentar la vida a plenitud o al máximo.

El/la terapeuta puede preguntar a las participantes acerca de las actividades placenteras o agradables que actualmente realiza, y las que podría hacer a partir del mes siguiente al parto.

Se recomienda pedir a las participantes que mencionen las actividades que “tienen” que hacer y las que “desean” hacer, y evaluar la existencia de obstáculos para realizar las actividades placenteras. Precisar a las participantes los siguientes aspectos:

RESOLVIENDO PROBLEMAS Y VENCIENTO OBSTÁCULOS:

1. Identificar el problema u obstáculo
2. Pensar acerca de todas las soluciones posibles
3. Escoger la mejor solución (la mejor solución para cada participante)
4. Probar dicha solución y ver cuál es el resultado

4. EJERCICIO DE RELAJACIÓN

A elección del terapeuta. Se les debe explicar adecuadamente el ejercicio a las participantes para que también puedan realizarlo en sus respectivas casas ante situaciones de estrés o cuando se sientan “sobrepasadas”.

5. DUDAS

El/la terapeuta dará un espacio para aclarar dudas, y permitir reflexiones de las participantes acerca de lo aprendido en esta sesión.

6. ACTIVIDAD PERSONAL

Las participantes se comprometerán a realizar varias actividades placenteras en el transcurso de la semana. Deben reflexionar respecto de la importancia de realizar actividades de este tipo.

TERCERA SESIÓN: APRENDIENDO A COMBATIR LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS

AGENDA

<p>1. Repaso General: 10 minutos</p> <p>2. Revisión de la Actividad Personal : 10 minutos</p> <p>3. Contenidos nuevos: 40 minutos</p> <p>4. Dudas: 10 minutos</p> <p>5. Actividad Personal: 5 minutos</p>
--

1. REPASO GENERAL

El/la terapeuta debe preguntar a las participantes qué es lo que más recuerdan de la última sesión. Con base en sus respuestas deberá enfatizar lo siguiente:

- La realidad personal se desarrolla o construye en cada momento.
- Cada decisión que tomamos nos puede ayudar a moldear nuestra realidad personal.
- Las actividades que uno hace en cada momento mejoran, empeoran o mantienen igual nuestro estado de ánimo.
- Hacer actividades agradables puede ayudar a fortalecer la relación entre cada madre y su bebé. Algunas veces encontramos obstáculos que nos impiden hacer actividades agradables. Es bueno tratar de encontrar soluciones a estos obstáculos para así asegurarnos de hacer actividades agradables.
- Es muy importante mantener un equilibrio entre el estrés y la diversión, es decir, encontrar tiempo para hacer actividades que “tenemos que hacer” y actividades que “queremos hacer.”

2. REVISIÓN DE LA ACTIVIDAD PERSONAL PREVIA

El/la terapeuta debe consultar a las participantes respecto de si realizaron actividades placenteras luego de la sesión anterior. Debe preguntar cómo estuvo su estado de ánimo

durante y posterior a dichas actividades, si la paciente estuvo sola o la compartió con alguien; en ese caso identificar con quién. En caso de no haberla llevado a cabo, interrogar respecto de los obstáculos y cómo poder mejorar esta situación.

3. CONTENIDOS NUEVOS

Esta sesión se centrará en educar a las participantes respecto del control de sus pensamientos.

A manera de introducción se les informará lo siguiente:

- Pensamientos: son todas las cosas que nos decimos como si estuviéramos teniendo una conversación en nuestra mente, las ideas que consideramos, que analizamos.
- Podemos tener varios pensamientos en cualquier momento.
- Estamos conscientes de algunos de ellos y tal vez no de otros.
- Nuestros pensamientos pueden ayudarnos o hacernos daño.
- Nuestros pensamientos casi siempre impactan nuestro estado de ánimo.
- Si estamos conscientes de nuestros diferentes tipos de pensamientos, podremos usarlos para lograr un estado de ánimo más saludable.

Aquí se les debe pedir a las participantes dar ejemplos respecto de **pensamientos positivos o saludables** (ej. los que nos dan energía y nos hacen sentir mejor) y **pensamientos negativos o dañinos** (ej. los que generan inseguridad, cansancio o tristeza). Destacar los pensamientos negativos más frecuentes.

Ahora se retomará nuevamente el caso de Violeta y María que ahora han tenido a sus bebés. Se le pedirá a una participante que haga un resumen de lo que recuerda de esta historia. Para esta actividad se debe tomar una fotocopia de la siguiente página y entregar a cada

participante. Se debe generar discusión en relación a esta nueva parte de la historia, preguntando qué reflexión genera en las participantes.

ACTIVIDAD:

CÓMO LOS PENSAMIENTOS AFECTAN NUESTRO ESTADO DE ÁNIMO

LA HISTORIA DE VIOLETA	LA HISTORIA DE MARÍA
<p>9 8 7 6 5 4 3 2 1</p>  <p><i>Estoy muy cansada. No quiero levantarme de la cama.</i></p>	<p>9 8 7 6 5 4 3 2 1</p>  <p><i>Estoy muy cansada. No quiero levantarme de la cama.</i></p>
<p>9 8 7 6 5 4 3 2 1</p>  <p><i>Ya no aguanto. Tú lloras mucho. Eres un bebé malo y no sé qué hacer.</i></p>	<p>9 8 7 6 5 4 3 2 1</p>  <p><i>Oh! mi lindo bebé. ¿Qué pasa? ¿Tienes hambre? ¿Te duele algo? Tu mamá está aquí para cuidarte.</i></p>
<p>9 8 7 6 5 4 3 2 1</p> 	<p>9 8 7 6 5 4 3 2 1</p> 

DEBIJOS POR JOSIE THOMPSON, THOMPSON DESIGN

LAS DIFERENTES CLASES DE PENSAMIENTOS DAÑINOS

- **“Todo o Nada”/“Blanco o Negro”:**

Tener pensamientos muy estrictos o muy extremos. No hay balance, es decir, no hay un punto intermedio. Ver las cosas como si fueran completamente buenas o completamente malas. Es decir, pensar en lo mejor o lo peor, “si no soy perfecta, entonces soy un fracaso en la vida”.

- **Filtro Negativo (siempre ignorando lo positivo):**

Sólo se ve y se recuerda lo negativo, ignorando las cosas positivas. De esta forma uno siempre se queda con un sensación amarga de la “historia” o de la realidad.

- **Pesimismo:**

Crear que es altamente probable que sucedan cosas más negativas que positivas, y que nunca o casi nunca le sucederán cosas buenas.

- **Exagerar las cosas:**

Exagerar problemas y el daño que pueden causar estos acontecimientos. Esto hace que se menosprecie la capacidad para afrontar los problemas. “Ahogarse en un vaso de agua.”

- **Generalización: “Siempre me sale todo mal”:**

Pensar que porque en algo le fue mal, todo le va a seguir saliendo mal. Por ejemplo: “No le caí bien a alguien → No le caeré bien a nadie”; “No pude hacer algo → No puedo hacer nada”.

- **Uso de sobrenombres o apodos negativos:**

Llamándose de forma negativa cuando comete un error. Haciendo esto puede convencerse así misma que es inferior a otras personas. Por ejemplo, diciéndose “soy tonta” cuando comete un error.

- **No poder reconocer sus esfuerzos:**

Pensar que las cosas positivas que suceden son por casualidad, o porque otra persona hizo algo para que esto ocurriese. Pensar que lo bueno que ocurre nunca es debido a su propio esfuerzo.

- **Adivinando lo que otros piensan:**

Pensar que se puede saber lo que otras personas están pensando, y que siempre están pensando cosas malas acerca de uno.

- **“Tengo que, debo., debería...”:**

Pensar que debe o tiene que hacer muchas cosas durante el día. Esto hace que se sienta abrumada y obligada a hacer estas cosas; crea resentimiento ya que se genera la sensación de no tener las riendas de la propia vida.

TÉCNICAS PARA COMBATIR LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS:

Se debe enseñar a las participantes que si bien existen pensamientos negativos, es posible aprender a combatirlos, cada una debe encontrar su “voz interna” para ayudarse a manejarlos.

- **“Todo o Nada”/“Blanco o Negro”:**

El/la terapeuta enfatizará a las participantes en que deben “tratar de pensar de una forma más balanceada”. Para esto puede utilizar frases como: “Piense de una manera que le de

más equilibrio a su vida. Por ejemplo, entre el extremo positivo y negativo de una situación, pregúntese, ¿existen otras alternativas?”.

- **Filtro Negativo (siempre ignorando lo positivo):**

El/la terapeuta enfatizará a las participantes en que deben “tratar de poner atención a lo positivo y no sólo a lo negativo”. Para esto puede utilizar frases como: “Por cada cosa negativa que piensa, trate de enfocarse en una cosa positiva. Escriba cosas positivas en un papel. Durante el día, lea el papel y acuérdesse de estas cosas”.

- **Pesimismo:**

Indicar a las pacientes que deben preguntarse lo siguiente: ¿Estoy ignorando o dejando pasar las cosas positivas?, ¿Estoy dándole la misma importancia a las cosas positivas que a las negativas?.

- **Exagerar las cosas:**

Indicar a las pacientes que deben preguntarse lo siguiente: ¿De verdad este problema es tan serio como parece?, ¿En realidad, qué es lo más probable que va a pasar?, ¿Cómo puedo afrontar este problema?.

- **Generalización: “Siempre me sale todo mal”:**

Indicar a las pacientes que deben preguntarse lo siguiente: ¿Estoy pensando que cada persona o situación es igual?, la respuesta es que ésta es solamente una situación y una persona, ¿Puedo acordarme de otras situaciones y otras personas que fueron diferentes?.

- **Uso de sobrenombres o apodos negativos:**

Señalar los siguientes interrogantes: ¿Específicamente, qué es lo que no puedo hacer? ó ¿Específicamente, qué es lo que me molesta?, ¿Qué hice yo? en lugar de ¿cómo soy yo?, ¿Qué hizo mi bebé, o mi hijita(o)? en lugar de ¿cómo es mi bebé, o mi hijita(o)? Por ejemplo, es mejor decir “no puedo hacer tal cosa” en lugar de decirme “eres una tonta”.

- **No poder reconocer sus esfuerzos:**

La participante debe preguntarse: ¿Me estoy olvidando de mis habilidades y mis logros?, ¿Sería bueno darme una palmadita en la espalda por lo que hice?. Por ejemplo, “yo cooperé con una parte del trabajo, y salió bien, quiere decir que tuve que ver en ese buen resultado.”

- **Adivinando lo que otros piensan:**

La participante debe preguntarse: ¿Realmente podemos saber lo que otras personas están pensando?, ¿Cuáles son otras alternativas que expliquen porque ellos están comportándose de esa manera?. Enfatizar en frases como : “La mayoría de las personas se enfocan en sus propios problemas en lugar de Ud”.

- **“Tengo que, debo..., debería...”:**

Recordar a la paciente lo siguiente: “No se tienen que hacer las cosas de cierta manera, y las cosas no tienen que ser exactamente como uno quiere. Sería muy bueno si las cosas fueran perfectas, pero no se necesita ser perfecta o tener una vida perfecta para vivir una vida buena y saludable”.

Técnicas de Interrupción del pensamiento:

Además de las indicaciones anteriores, se les puede enseñar a las participantes las siguientes técnicas que pueden utilizar para interrumpir los pensamientos negativos previamente mencionados:

- **Detención del pensamiento:**

Indicar a las pacientes lo siguiente: “Cuando estén solas y se den cuenta que están pensando negativamente, griten “PARE”, luego digan: “No voy a pensar más acerca de eso”. Gradualmente cambien de gritar a pensar “PARE” para Uds. mismas, entonces podrán utilizar la técnica aunque estén acompañadas, incluso aquí en las sesiones”.

- **Programar un tiempo de preocupación:**

Entregar las siguientes recomendaciones: “Si necesitan pensar acerca de cosas negativas entonces programen un tiempo para esto una vez a la semana. Hagan una cita de quince minutos con Uds. mismas para preocuparse. Sólo permítanse preocuparse por temas negativos durante ese periodo de tiempo. Cuando tengan esta cita no hagan nada más. Acumulen sus preocupaciones durante la semana y sólo piensen en ellas durante el tiempo programado”. Esta técnica se puede usar en conjunto con la anterior.

ACTIVIDAD DE APLICACIÓN: TÉCNICAS PARA COMBATIR LOS PENSAMIENTOS DAÑINOS

Indicar a las pacientes que se reúnan en grupos y puedan desarrollar los siguientes ejemplos, para cada caso deben identificar el tipo de error cognitivo, y plantear una forma de combatir este pensamiento:

1. Pensamiento Dañino:

“Mi bebé me patea mucho, eso quiere decir que será un niño difícil”. *Tipo de error cognitivo:* “exagerar las cosas”.

2. Pensamiento Dañino:

“Voy a tener un parto difícil, porque todo siempre me sale mal”. *Tipo de error cognitivo:* generalización.

3. Pensamiento Dañino:

“La gente debe pensar que soy una tonta por haber quedado en embarazo tan joven”. *Tipo de error cognitivo:* “adivinar el pensamiento de otras personas”.

4. DUDAS

El/la terapeuta dará un espacio para aclarar dudas, y permitir reflexiones de las participantes acerca de lo aprendido en esta sesión.

5. ACTIVIDAD PERSONAL

Las participantes se comprometerán a registrar ejemplos de pensamientos dañinos que tuvieran durante la semana, y la forma en que lograron combatirlos. Además, de conversar con una persona cercana lo aprendido en esta sesión.



CUARTA SESIÓN: EL ESTADO DE ÁNIMO Y EL CONTACTO CON OTRAS PERSONAS - CIERRE

AGENDA

- 1. Repaso General: 10 minutos**
- 2. Revisión de la Actividad Personal: 10 minutos**
- 3. Contenidos nuevos: 40 minutos**
- 4. Dudas: 10 minutos**
- 5. Conclusión y Cierre: 20 minutos**

1. REPASO GENERAL

El/la terapeuta debe preguntar a las asistentes: ¿Qué es lo que más recuerdan de la última clase?. Luego de discutir lo que las participantes recuerdan, deberá precisar los siguientes aspectos:

- Los pensamientos afectan para bien o para mal, nuestro estado de ánimo.
- Esto quiere decir que los pensamientos dañinos nos hacen sentir mal. Esto puede convertirse en un círculo vicioso: pensamientos negativos → mal estado de ánimo.
- Si estamos conscientes de nuestros diferentes tipos de pensamientos, podremos aprender a manejar mejor nuestro estado de ánimo.
- Existen diferentes tipos de pensamientos negativos. Pedir a las participantes que comenten los que recuerdan, precisando en alguna forma de combatirlos.

2. REVISIÓN DE LA ACTIVIDAD PERSONAL

Preguntar a las participantes respecto del registro de los pensamientos dañinos que tuvieron durante los días previos, y la forma en que lograron combatirlos. Además de si pudieron

conversar con una persona cercana lo aprendido en la sesión pasada, incluyendo mencionar estos pensamientos negativos.

3. CONTENIDOS NUEVOS

Se debe reflexionar cómo el estado de ánimo altera nuestro contacto con otras personas, y viceversa. Cuestionar a las participantes en relación a lo siguiente:

- ¿Qué clase de contactos con otras personas tienen cuando se sienten deprimidas?
- ¿Cómo es que su estado de ánimo afecta sus contactos con las demás personas?
- Cuando Ud. se aparta de los demás, ¿cómo afecta esto su estado de ánimo?
- ¿De qué forma el tener más conflictos o tensión con los demás afecta su estado de ánimo?

Cuando estamos mal de ánimo, usualmente:

- Tenemos menos contacto con las demás personas, las evitamos
- Somos menos tolerantes y nos sentimos irritadas
- Estamos muy calladas y quietas
- Nos sentimos más sensibles y nos afecta más el comportamiento de otros
- Confiamos menos en otras personas



Cuando tenemos menos contactos o más contactos negativos con otros usualmente nos:

- Sentimos tristes
- Sentimos enojadas
- Sentimos que no le importamos a nadie
- Sentimos deprimidas
- Sentimos solas

¿Cómo podemos salir de este círculo vicioso?:

- 1) Mejorando nuestro estado de ánimo:
 - Haciendo actividades agradables
 - Cambiando la forma en que pensamos
- 2) Reduciendo contactos negativos con otras personas
- 3) Teniendo más contactos positivos con otras personas.

EL APOYO SOCIAL

El/la terapeuta debe enfatizar y generar reflexión sobre los siguientes aspectos:

- Los seres humanos somos sociables por naturaleza y por lo tanto necesitamos apoyo social. Destacar lo siguiente: “El apoyo social se lo brindan las personas que están a su alrededor y con las que comparte momentos de su vida, ya sean positivos o negativos. Por ejemplo, su familia, amigos, vecinos, médico, etc. Mientras más amplio sea su sistema de apoyo, le va a ser más fácil enfrentarse a situaciones difíciles y encarar otros problemas en sus relaciones”.
- Cuando tenemos contactos positivos con los demás, contamos con una fuente de apoyo para lidiar con los problemas difíciles que enfrentamos en nuestras vidas.
- Contamos también con personas con las cuales podemos disfrutar momentos placenteros.
- El contacto con otras personas puede afectar de una manera positiva o negativa nuestro estado de ánimo, pensamientos, conducta y salud física.
- Nosotras podemos elegir con quien compartir nuestro tiempo.

Sus Compañeras del Programa como Apoyo:

- Su participación en este Curso puede brindarle más contactos positivos, especialmente si existe comprensión y confianza.
- ¿De qué manera le ha sido provechoso formar parte del Curso?
- ¿Cuáles han sido sus temores o dudas de participar en este Curso?

Su Comunidad como Apoyo:

- Ud. también puede recibir apoyo participando en las actividades de su comunidad
- ¿Qué recursos existen en su comunidad que le brindan apoyo?

ACTIVIDAD: “LAS PERSONAS QUE ME APOYAN”

El/la terapeuta debe pedir a las participantes que reflexionen y comenten acerca de las diferentes clases de apoyo y las personas que se lo pueden brindar; se permite incluir a la misma persona más de una vez.

1. APOYO PRÁCTICO:

¿A quién le pide Ud.:

- que le haga el favor de traerla al Consultorio?
- que le preste algo que necesita?

2. CONSEJO O INFORMACIÓN:

¿A quién le pide consejo:

- cuando no se siente bien?
- cuando no entiende como hacer algo?
- cuando no sepa manejar algo de su bebé?

3. COMPAÑIA:

¿Quién:

- la acompaña a hacer compras?
- pasa la tarde con Ud.?
- le ayuda con sus quehaceres?
- le podría ayudar a cuidar a su bebé?



4. APOYO EMOCIONAL:

¿A quién recurriría para:

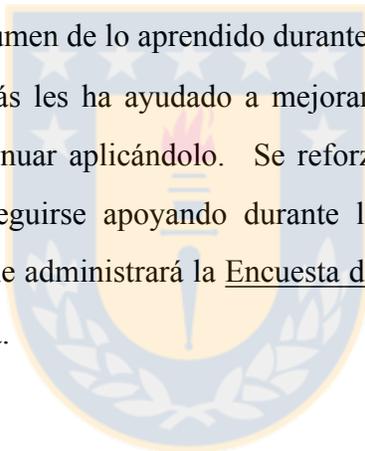
- recibir apoyo y comprensión para Ud. y su bebé?
- compartir sus pensamientos y sentimientos?
- sentirse con mejor estado de ánimo?

4. DUDAS

El/la terapeuta dará un espacio para aclarar dudas, y permitir reflexiones de las participantes acerca de lo aprendido en esta sesión.

5. CONCLUSIONES Y CIERRE

El/la terapeuta realizará un resumen de lo aprendido durante el Programa, y preguntará a las participantes qué es lo que más les ha ayudado a mejorar su estado de ánimo, y lo que encuentran más útil para continuar aplicándolo. Se reforzará la posibilidad de mantener contacto unas con otras, y seguirse apoyando durante lo restante del embarazo, y el postparto. Adicionalmente se le administrará la Encuesta de Satisfacción a cada una de las participantes, que será anónima.



REFERENCIAS

- Le, H.N., Perry, D.F., y Stuart, E.A. (2011). Randomized Controlled Trial of a Preventive Intervention for Perinatal Depression in High Risk Latinas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 131-145.
- Le, H.N., y Muñoz, R.F. (2013). El Curso para Mamás y Bebés: Una Manera de Manejar la Realidad Personal. Manual de la Participante. Un curso de seis semanas. The George Washington University. Washington, D.C. Versión digital.
- Muñoz, R.F., Ghosh-Ippen, Ch., Le, H.N., Díaz, M.A., Lieberman, A.F. (2007). The Mothers and Babies Course: A reality management approach. Tomado de: www.medschool.ucsf.edu/latino/manuals.aspx.
- Muñoz, R.F., Le, H.N., Ghosh-Ippen, Ch., Díaz, M.A., Urizar Jr., G.G., Soto, J., et al. (2007). Prevention of Postpartum Depression in Low-Income Women: Development of the Mamás y Bebés/Mothers and Babies Course. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 70-83.
- Tandon, D., Perry, D., Mendelson, T., Kemp, K., Leis, J.A. (2011). Preventing Perinatal Depression in Low-Income Home Visiting Clients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2011, 79(5), 707-712.