

MINISTERIO DE CULTURA
Instituto de la Mujer

Análisis y Prevención de la Depresión Posparto

Soledad Muruaga
Premio María Espinosa 1983

Serie Estudios

2

SA-206

*Análisis y prevención
de la depresión posparto*

SOLEDAD MURUAGA

ISBN: 84-505-3330-9
Depósito Legal: M. 13265-1986
Imprime: ARTEGRAF. Sebastián Gómez, 5. 28026 Madrid

INSTITUTO DE LA MUJER

Serie "ESTUDIOS"

Coordinadora de la Serie:

María Jesús Miranda López

Indice

Introducción	7
1. Un enfoque tradicional en la investigación de la depresión posparto	9
1.1. La depresión posparto suave (MATERNITY BLUES)	11
1.2. Depresión moderadamente grave durante el puerperio	13
1.3. Psicosis del puerperio	14
1.4. Factores psicológicos	16
1.5. Tratamientos tradicionales	17
1.6. Conclusiones	18
2. Un enfoque conductual de la depresión posparto	19
2.1. Análisis de los factores que inciden en el posparto de la mujer	21
2.1.1. Aspectos fisiológicos	22
2.1.1.1. Cambios físicos	22
2.1.1.2. Problemas físicos posibles en el posparto	23
2.1.2. Cambios en la relación familiar	24
2.1.2.1. Interacción madre-bebé	24
a) Características del primer período de adaptación	24
b) Características del bebé	24
c) Características de la madre	25
2.1.2.2. Interacción padre-madre	26
2.1.2.3. Interacción padre-bebé	27
2.1.3. Entorno de la mujer en el posparto	28
2.1.3.1. Influencia del contexto médico	28
2.1.3.2. Relaciones sociales	29
2.1.3.3. Nueva organización en	30
a) El trabajo del hogar	30
b) El aspecto económico laboral	30
2.2. Una revisión de los modelos conductuales explicativos de la depresión	31
2.2.1. Modelo cognitivo (BECK)	31
2.2.2. Modelo socio-ambiental (LEWINSOHN)	33

2.2.3. Modelo de la indefensión aprendida (SELIGMAN)	34
2.2.4. Modelo de autorreforzamiento (REHM)	36
2.2.5. Modelo integrador	37
2.3. La depresión posparto considerada conductualmente como un caso específico de depresión	39
2.3.1. La depresión posparto explicada por el modelo integrador	39
3. Un estudio experimental del tratamiento preventivo de la depresión posparto	45
3.1. Planteamiento del problema	45
3.2. Hipótesis	46
3.3. Método	47
3.3.1. Sujetos	47
3.3.2. Material	47
3.3.3. Variables	47
3.3.4. Lugar	48
3.3.5. Diseño	49
3.3.6. Procedimiento	49
3.3.6.1. Entrenamiento	49
3.3.6.2. Evaluación	52
3.4. Análisis y discusión de resultados	52
3.4.1. Análisis de resultados	52
3.4.2. Discusión de resultados	54
3.5. Conclusiones	55
4. Bibliografía	59
5. Anexos	67

Introducción

Al observar y estudiar el fenómeno de la "maternidad", constatamos que este hecho conlleva la realización de numerosos ajustes, tanto a nivel social como de pareja y personal, lo que generalmente provoca la aparición de una serie de problemas graves en la pareja y fundamentalmente en la mujer.

En nuestra sociedad occidental, en general, y en España, en particular, durante los primeros tiempos de vida del hijo, el lugar social para la mayoría de las mujeres queda restringido a "ser madre", y se supone que este "ser madre" es un hecho natural y como tal no necesita aprendizaje. Por ello no se les ofrece la información y práctica adecuadas respecto a los cuidados propios de la crianza, ni se les presta la ayuda psicológica que se necesita en esta difícil etapa de sus vidas. Además, la sociedad atribuye a las mujeres la responsabilidad del cuidado de los hijos, dejando al padre "liberado" de estas tareas, por lo que sobre ellas recae todo el peso de la crianza.

Ante esta situación social en la que se encuentran inmersas la mayoría de las madres, no parece extraño que durante el posparto un porcentaje muy elevado de ellas experimente un comportamiento desajustado, que se caracteriza por lloros, fatiga, tristeza, irritabilidad, insomnio, cefaleas, etcétera.

Este fenómeno, llamado "depresión posparto", es todavía poco conocido. Se observa que la conducta problemática se manifiesta en los primeros días después del parto y su duración puede ser unas pocas horas hasta varios días e incluso meses. Sin embargo, los estudios e investigaciones realizados al respecto son muy escasos y aún no se han llegado a clarificar las causas que producen en la mujer esta depresión.

La situación no deja de ser paradójica, ya que la Psicología científica viene insistiendo, desde muy distintas posiciones teóricas, en la necesidad de prestar atención muy especial a los primeros tiempos de vida extrauterina, y, sin embargo, no dedica ni el esfuerzo ni los medios necesarios para analizar en profundidad las causas que están motivando tantos desajustes y sufrimientos a las personas que considera responsables de los recién nacidos.

Por otra parte, se constata que no han sido extendidas las investigaciones resultantes del enfoque conductual de la depresión, en sus diversos modelos, al fenómeno de la depresión posparto, con el beneficio que ello podría suponer para el esclarecimiento de este problema.

Estas consideraciones nos inducen a realizar el presente trabajo experimental, pionero en el género, con los siguientes objetivos:

- a) Analizar los factores que inciden en la mujer durante el posparto.*
- b) Elaborar un tratamiento conductual preventivo de la depresión posparto.*
- c) Poner a prueba dicho tratamiento con un grupo de mujeres y sus parejas para comprobar su eficacia y ofrecer perspectivas para investigaciones futuras.*

Por último, creo necesario hacer una aclaración acerca de la utilización del término POSPARTO, en lugar de POSTPARTO, a lo largo de mi exposición. M.^a Moliner, en su Diccionario del uso del español, indica que las palabras que se supone comienzan por "post", si no se encuentran en esta forma, deben ser buscadas en el mismo suprimiendo la "t". Sin embargo, la palabra POSPARTO no aparece con "t" ni sin "t" en los diccionarios de lengua española. Por tanto, hemos optado por recoger la tendencia actual a eliminar la "t" en los prefijos latinos.

1

Un enfoque tradicional en la investigación de la depresión posparto

1. UN ENFOQUE TRADICIONAL EN LA INVESTIGACION DE LA DEPRESION POSPARTO

En el momento actual, la investigación sobre el tema distingue tres tipos de depresión posparto, según la duración y el nivel de gravedad experimentados. En primer lugar, la depresión posparto suave, que se inicia en el tercer o cuarto día del posparto; en segundo lugar, la depresión posparto moderadamente grave, que comienza entre el parto y la sexta semana; y finalmente, la psicosis puerperal, que se produce entre el parto y los seis primeros meses (Pitt, 1975).

1.1. *La depresión posparto suave*

La depresión posparto suave es llamada también la "depresión del tercer día" y conocida entre los anglosajones como "Maternity Blues". Hamilton (1962) la define como un síndrome caracterizado por un estado depresivo moderado, cuya duración puede ir desde unas pocas horas hasta varios días. Suele producirse entre los diez primeros días del posparto, fundamentalmente en el tercer, cuarto o décimo día. Debido, entre otras causas, a este carácter transitorio y moderado, no se ha estudiado el fenómeno seriamente y existe considerable incertidumbre sobre sus características básicas y el significado de este síndrome. Según Hamilton (1962), aparece una combinación de los siguientes síntomas: lloros, fatiga, pérdida de energía, confusión mental, incomodidad física, ansiedad sobre su salud física y del bebé, pobre concentración, dificultad para dormir, cefaleas, hipocondriasis, pérdida del apetito, sentimientos de inseguridad y pesimismo. Hamilton (1962) y Yalom y otros (1962), en sendos estudios encontraron que la depresión posparto era específica del nacimiento y no solamente una consecuencia de la hospitalización.

La incidencia de la depresión posparto varía muchísimo de un estudio a otro. Oppenheim (1962) informó que ésta aparecía en un 15 % de los casos y Robin (1962) en un 80 %. Sin embargo, la mayoría de los estudios dan resultados que oscilan entre un 50 % y un 70 % (Davidson, 1972; Pitt, 1973; Yalom y otros, 1968). Estas variaciones parecen ser principalmente el resultado de diferencias en la definición de la depresión posparto y en el tiempo transcurrido desde el parto hasta la realización del estudio.

Nott, Franklin, Armitage y Gelder (1976) observaron en su muestra que la conducta depresiva se manifestaba, en general, inmediatamente antes o inmediatamente después del parto, disminuyendo sobre el décimo día después del mismo. Asimismo, Pitt (1973) encontró que el pico de incidencia de la depresión se producía en el tercer o cuarto día del posparto, con un 66 % de mujeres que la experimentaban en el cuarto día. Este hecho de que el pico de los síntomas citados ocurra tres o cuatro días después del parto, ha sido un fenómeno clínico constatado durante años.

Tratando de encontrar los factores que inciden en la depresión posparto, se han realizado algunas investigaciones que estudian la influencia de variables fisiológicas, psicológicas y sociales.

En cuanto a los factores fisiológicos, se ha buscado una relación entre la caída de los niveles hormonales en los tres o cuatro primeros días después del parto y la depresión posparto. Stein y otros (1976), Dalton (1971) y Herzog y Detre (1976) encontraron que las mujeres que tenían menores niveles de progesterona y estrógenos después del parto se hallaban más deprimidas. Nott y otros (1976) minimizaron la importancia de estos descubrimientos señalando que las correlaciones entre los factores hormonales y la depresión posparto fueron muy bajas (entre 0.30 y 0.50).

En los estudios que buscan las relaciones entre los factores psicológicos y sociales y la depresión posparto, los resultados han sido contradictorios. Así, Pitt (1973) encontró que las mujeres que manifestaban la depresión posparto informaban de que la razón de sus lloros eran los sentimientos de nostalgia, las dificultades para el amamantamiento y su preocupación acerca del bebé, pero no consideraban el dolor físico como una causa de sus lloros. El 16 % de su muestra no pudo dar ninguna razón de su conducta depresiva. Pitt no obtuvo correlación positiva entre la depresión y las dificultades menstruales. Tampoco influía el ser primípara o múltipara.

Davidson (1972) informó que la depresión posparto tenía mayor incidencia en las mujeres múltiparas, en aquéllas que durante los primeros estadios del embarazo experimentaban sentimientos hostiles o ambivalentes hacia el bebé, y en las que tenían mayores puntuaciones en ansiedad medida con el MMPI durante el primer trimestre del embarazo. A diferencia de Pitt, no encontró ninguna relación entre las dificultades para el amamantamiento y la depresión posparto; además, las mujeres de su muestra sí atribuían sus lloros al dolor físico.

En el estudio de Nott y otros (1976) aparece una correlación positiva entre la depresión posparto y ser primípara, y tener una historia de tensión premenstrual.

En los tres últimos estudios mencionados (Pitt, 1972; Davidson, 1972; Nott y otros, 1976) no se ha encontrado ninguna relación entre la depresión posparto y los siguientes factores: la edad, el parto inducido, la duración del parto, la experiencia del parto como difícil o doloroso, las puntuaciones en extraversión y neuroticismo en el momento del parto, la salud del recién nacido, el status del marido, la historia personal o familiar de enfermedades psiquiátricas, complicaciones obstétricas del posparto y el tener el bebé del sexo deseado.

En otras investigaciones, como las realizadas por Kaij, Jacobson y Nilson (1966), Dalton (1971) y Yalom y otros (1968) también se estudian las relaciones entre las variables citadas y la depresión posparto, sin obtener resultados significativos.

En resumen, podemos concluir que las variables estudiadas hasta el momento sólo ofrecen resultados contradictorios o no significativos en su relación con la depresión posparto.

1.2. *Depresión moderadamente grave durante el puerperio*

Un número significativo de mujeres parece que experimenta malestares psicológicos de bastante gravedad después del parto. Tales trastornos incluyen una variedad de síntomas neuróticos, psicósomáticos o episodios psicóticos breves, siendo lo más común una depresión posparto.

Pitt (1968) llamó "depresión atípica" a la depresión posparto que duraba sobre un mes y era, al menos, parcialmente incapacitante.

Son características comunes de este tipo de depresión posparto: la fatiga, irritabilidad hacia el esposo y los otros niños, ansiedad específica sobre el bebé, anorexia, insomnio, falta de interés por el sexo y sentimientos de desánimo (Pitt, 1975; Trick, 1975, y Hatrick, 1976).

Nilsson y Almgren (1970), en un estudio retrospectivo, encontraron que un 19 % de 165 mujeres tuvieron síntomas psiquiátricos durante los seis primeros meses del posparto. Pitt (1975), revisando sus experiencias en clínicas posnatales, criticó los resultados obtenidos por Nilsson y Almgren (1970), afirmando que estas estimaciones del 19 % sólo reflejaban los casos más graves y que al menos una tercera parte de las mujeres experimentaban ansiedad o depresión durante un mes o más en el puerperio.

Algunos investigadores han examinado los trastornos del posparto en relación a cambios psicológicos durante el embarazo. Dalton (1971) encontró entre las mujeres con depresión posparto una tendencia a la ansiedad e irritabilidad en los primeros meses del embarazo, seguido por sentimientos de júbilo al final de su embarazo. En su estudio, el 64% de las mujeres con depresión posparto mostraron júbilo en comparación con el 26 % de las mujeres del grupo control. No encontró relación entre síntomas como náuseas, vómitos, dolores de cabeza y espalda o cansancio durante el embarazo, con la subsiguiente depresión posparto. Sugirió que su hallazgo podría ser debido a variaciones hormonales, citando descubrimientos similares de otro estudio suyo sobre tensión premenstrual (Dalton, 1964).

Uddenber y Nilsson (1975) dirigieron un examen más sistemático de la relación entre trastornos psicológicos durante el embarazo y el ajuste en el posparto. Dividieron su muestra entre aquellas mujeres que manifestaban problemas psicológicos durante el embarazo y las que no los experimentaron. Encontraron que aquellas que experimentaron malestares durante el embarazo fueron las que mostraron más

dificultades de ajuste durante el puerperio. Además, correlacionaron el ajuste del posparto en cada uno de los dos grupos. Entre aquellas que tuvieron trastornos durante el embarazo, el pronóstico para el puerperio fue peor para las que tenían una actitud negativa hacia embarazos futuros, un rechazo a su propia maternidad y buenas circunstancias sociales en el tiempo de su embarazo. Para aquellas mujeres que no experimentaron problemas psicológicos durante el embarazo, se asoció un pronóstico peor para el puerperio con la negación del embarazo y la negativa de sensaciones somáticas asociadas con él.

Considerada en conjunto, la depresión posparto moderadamente grave parece representar un problema clínico significativo, tanto en términos de incidencia, como en el grado del trastorno.

1.3. Psicosis del puerperio

El trastorno psiquiátrico más grave asociado con el parto se refiere a la psicosis posparto o del puerperio, que fue descrita en la antigüedad y estudiada por Esquoril y Harcellus en el siglo XIX y ha sido considerablemente investigada en los últimos años (Paffenbarger, 1964; Protheroe, 1969; Tod, 1964; Zilboorg, 1957).

La mayor controversia que existe sobre la psicosis puerperal es si debería considerarse como un síndrome distinto o no de las psicosis no puerperales. La mayoría de los autores parecen pensar que no es distinto, ya que las pacientes con psicosis posparto muestran la misma fenomenología y síntomas que las pacientes con psicosis aguda no puerperal (Herzog y Detre, 1976; Karagan y Williams, 1970).

Las psicosis posparto son clasificadas fenomenológicamente como afectivas, esquizofrénicas o desórdenes orgánicos. El último diagnóstico se ha hecho menos frecuente desde que las prácticas obstétricas han mejorado (Tetlow, 1955). Actualmente (Ebie, 1972; Gupta y Agarwal, 1975), las psicosis orgánicas del posparto son más frecuentes en áreas geográficas donde no se dispone de medicinas obstétricas modernas.

En un estudio de 224 mujeres con enfermedades psicológicas asociadas al parto, Stevens (1971) encontró que de un total de 1.295 mujeres admitidas en un hospital mental, las formas de psicosis que prevalecían eran depresión grave y esquizofrenia, con el mayor porcentaje incluyendo depresión.

Sin embargo, algunos estudios hechos en Estados Unidos han mostrado una preponderancia de esquizofrenia entre las psicosis del posparto. Esto puede ser debido a que en Estados Unidos son menos diagnosticados los desórdenes afectivos en comparación con Gran Bretaña o a que al ser menos graves las enfermedades afectivas, requieren menos hospitalización (Herzog y Detre, 1976). Los estudios dirigidos en Inglaterra han mostrado que en este país se diagnostica con más frecuencia enfermedades afectivas que esquizofrenia en el posparto de las mujeres.

Los datos obtenidos sobre la incidencia de la psicosis asociada al parto son del rango de uno por cuatrocientos nacimientos (Pitt, 1975). En su revisión de la literatura, Herzog y Detre (1976) informaron que el 2-8 % de mujeres admitidas en hospitales mentales son diagnosticadas con psicosis posparto. Estas diferencias muy probablemente se deben a diferencias en el criterio del diagnóstico.

El porcentaje de casos de psicosis posparto ha disminuido notablemente desde el año 1950. Este hecho se atribuye generalmente a la introducción de antibióticos en el tratamiento de la infección puerperal. Antes de 1945, la mayoría de los estudios citaban que el 20-50 % de los trastornos psiquiátricos del posparto tenían una causa tóxica. Desde entonces, los episodios tóxicos y contaminantes del posparto resultantes de la infección y el síndrome psicótico orgánico acompañante ha disminuido notablemente (Tetlow, 1955). Sin embargo, los estados orgánicos confusionales transitorios sin delirio o psicosis totalmente desarrollada, continúan ocurriendo, incluso con cuidados obstétricos modernos.

El mayor porcentaje (45 %) de los episodios de psicosis puerperal ocurren en las dos primeras semanas del posparto (Herzog y Detre, 1976), pero pueden ocurrir episodios psicóticos de cualquier grado de gravedad hasta el sexto mes del posparto.

CARACTERISTICAS INDIVIDUALES

1. *LA EDAD*: La edad media de las mujeres al principio de la psicosis asociada con el nacimiento es de 28 años, con la mayor incidencia de la enfermedad entre mujeres de 22 a 28 años, y raramente entre menores de 20 o mayores de 40 (Herzog y Detre, 1976).

Debemos tener en cuenta, sin embargo, que es la edad en la que normalmente se tiene más hijos. Paul (1976) hizo una comparación de mujeres en posparto con mujeres que no habían parido recientemente, pero comparables en edad, revelando una incidencia similar de psicosis.

2. *ESTADO CIVIL*: Del 10 al 15 % de las mujeres con psicosis puerperal son solteras (Herzog y Detre, 1976). La mayoría de los autores consideran que la concepción extramarital no parece contribuir a la enfermedad puerperal (Paul, 1974). Sin embargo, Kendell (1978) encontró que un 22 % de 99 mujeres que tenían alguna enfermedad psiquiátrica habían tenido hijos ilegítimos (ésta es una tasa doble que la esperada).

3. *NUMERO DE HIJOS*: La mayoría de los estudios han encontrado que las primíparas tienen una probabilidad mayor que las múltiparas de experimentar una psicosis asociada con el nacimiento (Herzog y Detre, 1976; Paul, 1974). Del 50 al 66 % de todas las psicosis puerperales ocurren en mujeres primíparas. En el estudio de Paul (1974), el 50 % de las mujeres con psicosis eran primíparas, cuando éstas sólo contaban 1/3 de los partos. Sin embargo, el primer episodio de psicosis asociado con el nacimiento puede ocurrir en cualquier embarazo.

4. *HISTORIA Y HERENCIA*: Alrededor de un 30 % de mujeres, tanto psicóticas puerperales como no puerperales, tienen un historial de enfermedad psiquiátrica (Dalton, 1971; Herzog y Detre, 1976; Pitt, 1968). Algunos investigadores han intentado determinar el papel de la herencia en la psicosis posparto.

Se ha encontrado un 14 % de parientes de primer grado de psicóticas posparto que tuvieron enfermedades mentales (Herzog y Detre, 1976). Sin embargo, este porcentaje es, aproximadamente, el mismo que para los psicóticos no puerperales.

5. *BIOLOGIA*: Algunos investigadores sugieren que los factores endocrinos contribuyen a la psicosis puerperal. Dalton (1971) y Herzog y Detre (1976) citan como causas de enfermedad mental en el posparto la drástica reducción de estrógeno y progesterona, así como una disminución en la producción de corticoesteroides en este período.

Sin embargo, Nott y otros (1976) ponen de manifiesto la escasa significación de los resultados de estas investigaciones.

En resumen, no se han encontrado predictores biológicos de riesgo para las psicosis del posparto.

1.4. Factores psicológicos

La mayoría de las primeras investigaciones que han estudiado la influencia de las variables de carácter psicológico en la depresión puerperal, procede de una orientación psicodinámica.

En general, los autores están de acuerdo en que el período que sigue al nacimiento es de stress, incluso para la mujer bien equilibrada. Afirman que los conflictos sobre la aceptación del rol femenino, del cual la maternidad es una parte, y sobre la responsabilidad a que la maternidad compromete, están presentes en casi todas las mujeres que tienen un hijo. Tal conflicto es visto algunas veces como el causante de reactivar anteriores dificultades de desarrollo (especialmente aquellas centradas en ser madre), Zilborg (1957). La hostilidad hacia el bebé parece ser el resultado de demandas, tanto fantaseadas como reales, en la nueva madre, demandas que ella es reacia o inhábil para realizarlas (Brew y Seindenberg, 1950). El nacimiento del bebé puede también activar conflictos con el marido y con otros niños (Rosenwald y Stonehill, 1972).

En las investigaciones parece claro que los factores psicológicos son más importantes que otras variables en la etiología de la depresión puerperal. Hay informes sobre personas distintas de la madre natural que presentan trastornos psicológicos como reacción al nacimiento. Específicamente, hay documentación sobre este tipo de trastornos en abuelas (Roth, 1975), nuevos padres y madres adoptivas (Asch y Rubin, 1974).

De las investigaciones realizadas hasta el momento, los autores han extraído las siguientes conclusiones: 1) Que realmente no hay una sola causa para todas las depresiones del posparto. Más bien, influyen juntos varios factores etiológicos. 2) Que el puerperio es un período de stress, tanto físico como psicológico, para todas las madres. Duran-

te este tiempo ocurren marcados cambios fisiológicos. Si a este hecho biológico se añaden otros factores, como son: una pobre relación con la familia (especialmente con la madre), una experiencia previa de enfermedad mental, una incidencia considerable de enfermedad mental en parientes de primer grado y problemas de personalidad antes del parto, la probabilidad de problemas psicológicos graves en el posparto se ve muy incrementada.

1.5. Tratamientos tradicionales

Tanto la depresión posparto suave como la moderadamente grave, generalmente requieren tratamiento, pero no lo reciben. El mayor conocimiento sobre tratamientos se centra en las psicosis posparto. Wakon y Hatonani (1973) encontraron que la terapia endocrinológica usando hormonas tiroideas, hormonas de la pituitaria anterior, hormonas ováricas y adrenocorticoides, ejercieron un marcado efecto en psicóticas posparto que no habían mejorado con otros tipos de tratamiento y que mostraban problemas de tiroide e hipofunción de adrenocorticoides. Además, encontraron que la efectividad de la terapia electroconvulsiva para la depresión posparto se incrementaba después de la terapia hormonal. Dalton (1971) comunicó buenos resultados con terapia hormonal para las formas menos graves de depresión después del parto. Pitt (1971), sin embargo, apuntó que a pesar de que tales estudios habían informado de resultados favorables con el uso de terapias hormonales, estos métodos no habían ampliado su aceptación en el tratamiento de problemas del posparto. Coppen, Stein y Wood (1978), aunque describieron una relación entre los niveles de plasma triptofan en el posparto y un incremento de la depresión, no citaron evidencia de éxito clínico por el uso del triptofan en el tratamiento de la depresión posparto. Sin embargo, Walinder, Skott y Nagy (1973) encontraron útil la terapia triptofan en pacientes con depresión no puerperal y que también recibían medicamentos antidepresivos convencionales.

El tratamiento psicoterapéutico ha abarcado tradicionalmente un foco en presuntos conflictos psicodinámicos asociados con la maternidad, separación, individualidad y cuidados del niño. Al principio se empleó, generalmente, psicoterapia individual de orientación psicoanalítica.

Sin embargo, en los últimos años es cada vez más común la terapia familiar o, por lo menos, un acercamiento a los sistemas familiares, en una situación de terapia individual.

Una estrategia de tratamiento incluye la admisión conjunta de la madre y el bebé en un ambiente psiquiátrico terapéutico. Así, Brian (1975) lo llevó a cabo en unas condiciones óptimas, creando una atmósfera hogareña con un pequeño número de pacientes (menos de diez) y sus bebés. Se estableció una pequeña comunidad terapéutica en la que los quehaceres son compartidos por las pacientes y los directivos y en los cuales las enfermeras pueden enseñar a las nuevas madres cómo cuidar a sus bebés. Este ambiente de relax y ayuda permite a las

madres interactuar libremente con su bebé disponiendo de la asistencia de los profesionales, siempre que sea necesaria. Mester, Klein y Lowental (1975) señalaron que este tratamiento está destinado a complementar otras formas de terapia. Estos autores sugirieron que el principal beneficio del ambiente terapéutico es que permite a la madre y al bebé estar juntos durante los primeros estadios de la vida extrauterina del niño, de forma que los sentimientos de amor natural, unión y competencia pueden ocurrir bajo las condiciones relativamente seguras del hospital. Se ha realizado un número de estudios insuficiente para investigar la efectividad de este programa de tratamiento, pero los informes verbales de los directivos del hospital y de las madres han indicado satisfacción con el programa (Luepker, 1972; Mester, Klein y Lowental, 1975).

Un estudio dirigido por Lindsay (1975) encontró que este programa de tratamiento madre-bebé fue, al menos, tan efectivo como cualquier otro.

Pitt (1975), revisando los intentos de tratamiento de los trastornos psicológicos del posparto, describió el trabajo de Gordon y Gordon (1960) y Gordon, Kapostins y Gordon (1965). Estos encontraron que la educación sistemática de las madres gestantes redujo la morbilidad psiquiátrica del posparto. Parece que se obtienen mejores resultados cuando: 1) Los maridos asisten con sus mujeres. 2) Se estimula a las mujeres para que utilicen sus habilidades personales y sociales durante el principio del puerperio. 3) Las mujeres planifican las tareas diarias para mantener sus intereses fuera del hogar.

1.6. Conclusiones

Tal y como hemos expuesto al hacer la revisión bibliográfica sobre el tema de la depresión posparto, constatamos que la mayoría de los investigadores siguen una orientación psicoanalítica.

Los resultados que se obtienen son contradictorios. No llegan a conclusiones coincidentes sobre las posibles variables que inciden en el problema. Esto puede deberse en parte a que no se dedican suficientes medios y esfuerzos a la investigación en este campo. Hay pocos estudios y, además, se detecta un número de insuficiencias metodológicas comunes en ellos. La mayoría son estudios retrospectivos basados en los recuerdos de las pacientes admitidas en hospitales psiquiátricos. Ha sido poco frecuente el uso de grupos de control; incluso cuando se han utilizado, no han sido equivalentes los niveles sociales y económicos a los del grupo experimental.

No se le da al problema la importancia que tiene, a pesar de su gran incidencia en la población femenina, y de la insistencia de la

Un enfoque conductual sobre la depresión posparto

2. UN ENFOQUE CONDUCTUAL DE LA DEPRESION POSPARTO

En el presente trabajo nos proponemos dar una nueva visión del problema de la depresión posparto, siguiendo un enfoque conductual, tanto en su análisis, como en la elaboración del tratamiento preventivo adecuado al mismo.

De los tres tipos de depresión posparto que hemos descrito en el capítulo anterior, nos vamos a centrar fundamentalmente en el primero: la depresión posparto suave (Maternity Blues).

Repasando las manifestaciones depresivas de las mujeres con depresión posparto suave citadas por Hamilton (1962) tales como: lloros, fatiga, pérdida de energía, confusión mental, incomodidad física, ansiedad sobre la salud física suya y del bebé, pobre concentración, dificultad para dormir, cefaleas, hipocondriasis, pérdida de apetito, sentimientos de inseguridad y pesimismo, vemos que la combinación de síntomas que caracteriza este síndrome es similar a la de una depresión no puerperal.

Por este motivo, nos parece plausible pensar que los mismos modelos conductuales explicativos de la depresión pueden ser adecuados al estudio de la depresión posparto. En esta línea de razonamiento expondremos, en primer lugar, un análisis de los principales factores que pueden influir en el posparto de la mujer. A continuación, presentaremos una breve revisión de los actuales modelos conductuales de depresión, para, finalmente, determinar cuál de estos modelos se adecúa mejor a las características específicas de la depresión posparto y, en consecuencia, elaborar el tratamiento preventivo que aplicaremos en nuestro trabajo experimental.

2.1. *Análisis de los factores que inciden en el posparto de la mujer*

Tal y como describiremos a continuación, observamos que en el posparto se producen numerosos cambios en diversos contextos en los que la mujer se encuentra implicada. Distinguiremos tres áreas fundamentales que sufren profundas modificaciones en esta época:

1. El organismo de la mujer, a nivel fisiológico y anatómico.
2. Sus relaciones familiares.
3. Su entorno social.

Confirmaremos que el posparto es una situación crítica en la que es necesario poseer conocimientos y habilidades específicas, así como un ajuste cognitivo adecuado para enfrentarse con éxito a las nuevas situaciones que se producen en este período.

2.1.1. Aspectos fisiológicos

Aunque popularmente se los considere "naturales", durante el posparto se experimentan enormes cambios físicos. Según Williams (1956): "No hay ninguna otra circunstancia en que ocurra una desintegración de tejidos (catabólica) tan rápida y remarcada sin pérdida de salud", y según Rubin (1960): "Bajo cualquier otra circunstancia el drástico volumen de sangre perdido (30 %) que se da durante el período posparto se sentiría como agotamiento, pero, en cambio, muchas mujeres se sienten exaltadas".

2.1.1.1. Cambios que se producen en el organismo de la mujer durante el posparto

Durante los primeros días, la parturienta pierde de 1/8 a 1/6 del peso que ha ido acumulando gradualmente durante los nueve meses de gestación. Se producen desplazamientos de los órganos internos, que van recuperando su posición normal.

EL UTERO, por un proceso de involución, reduce su tamaño entre 20 y 25 veces del que tiene en el momento del parto. La involución está determinada por un proceso autolítico (desintegrador de células) por el cual el material proteínico de la pared uterina se desintegra, se absorbe y se expulsa en la orina. El revestimiento del útero (endometrio) expulsa un flujo que contiene sangre (loquio) a través de la vagina. Durante los primeros días, el flujo es rojo oscuro. Al tercero o cuarto se vuelve más pálido y a partir del décimo, normalmente, hay simplemente un flujo blanquecino o amarillento.

Hacia el fin de la tercera semana se expulsa el endometrio entero incluyendo el sitio de la placenta. Los dolores posteriores causados por las contracciones del útero son más comunes en las mujeres que han tenido más de un hijo. Se suelen acentuar durante la lactancia.

EL ABDOMEN: El proceso de involución del peritoneo (la cavidad abdominal), requiere por lo menos seis semanas. Salvo las marcas de las estrías (marcas de estiramiento) el abdomen regresa a su estado original si los músculos mantienen su tono.

LOS INTESTINOS: Generalmente suelen transcurrir varios días hasta que los intestinos vuelven a funcionar normalmente. Algunas mujeres desarrollan unas pequeñas hemorroides durante su embarazo

que persisten y molestan durante el posparto. Entre el segundo y quinto día se produce diuresis. El cuerpo elimina el exceso de agua causando urinación frecuente. Durante el embarazo, el cuerpo tiende a retener agua y esta diuresis del posparto tiene la finalidad de restablecer el equilibrio de líquidos en el organismo. La urinación puede llegar a más de cuatro litros por día y ocasionalmente se encuentra azúcar en la orina. Esto se debe a la presencia de lactosa o azúcar de la leche y no tiene conexión con la diabetes. Si la mujer no orina durante las seis horas después del parto, tiene que ser cateterizada, puesto que la vejiga puede distenderse.

CAMBIOS HORMONALES: Desde el final del embarazo se produce una radical reducción de estrógenos y progesterona, llegando a su punto más bajo aproximadamente en el tercer día del posparto. Este hecho ha motivado investigaciones sobre la posible causalidad de la depresión posparto, pero sin resultados positivos (Nott y otros, 1976).

LACTANCIA: Cuando se inicia la producción de leche, la hipófisis descarga hormonas: la oxitocina, que actúa sobre la glándula mamaria contribuyendo a su vaciado de forma activa, a la vez que produce la contracción del útero y acelera la involución de éste. También la hipófisis segrega la hormona prolactina que llega a la mama y la mantiene en actividad con buen rendimiento.

2.1.1.2. Problemas físicos posibles en el posparto

Así como en el embarazo algunas mujeres experimentan malestar y otras no, lo mismo sucede en el posparto. Algunos malestares del posparto son: sudores (especialmente durante la noche), pérdida de apetito, sed (debido a la pérdida de líquidos), estreñimiento, hemorroides.

Larsen (1967) describe un estudio sobre tensiones relacionadas con la maternidad en el que se preguntó a las mujeres sobre sus experiencias más notables. Muchas de ellas mencionan que el problema mayor era la fatiga, y esto más a menudo durante el posparto que durante el embarazo.

Williams (1967) indica en sus estudios que durante las últimas semanas del embarazo las mujeres experimentan una pérdida de sueño en la fase REM. La pérdida de sueño REM puede y debe ser recuperado, pero si la mujer sigue perdiendo sueño durante el posparto, acumula una necesidad de REM que puede desembocar en trastornos físicos y emocionales. La posibilidad de obtener REM suficiente depende de cada persona. Algunas mujeres lo obtienen aunque alteren sus hábitos normales de sueño.

Algunas señales del mal funcionamiento físico del posparto son: hemorragias desusadamente intensas, más intensas que las de la menstruación; un aumento de temperatura y pechos enrojecidos, calientes y doloridos. El estar anormalmente débil o cansada durante las dos primeras semanas del posparto es síntoma de anemia.

2.1.2. Cambios en la relación familiar

Con la aparición de un nuevo miembro en la familia, fundamentalmente si es el primer hijo, se establecen nuevas relaciones entre el padre, la madre y el bebé.

Rusell (1974) ha señalado que el primer hijo representa un cambio de las relaciones diádicas a triádicas, lo que presupone una alteración en las relaciones de la pareja.

También Lamb (1979) constata que la aparición de un hijo consagra los roles tradicionales de la familia y la división del trabajo.

Para nuestro estudio nos interesa ver qué influencia pueden tener estas relaciones en el comportamiento de la madre.

2.1.2.1. Interacción madre-bebé

Ambos deberán realizar un gran esfuerzo de adaptación en los primeros días de la vida del niño. Esta adaptación dependerá de las características del bebé y de la madre, así como de las características de este período en sí.

a) *Características del primer período de adaptación*

Generalmente se distinguen dos partes en el período neonatal. 1) Una fase de recién nacido precoz, que comprende la primera semana. 2) Una fase de recién nacido propiamente dicha, que abarca más o menos el resto del primer mes.

Es un período que por sus características se distingue de los que vienen después y requiere una actitud especial para con el niño por dos razones principales: 1) *Es un período de transición rápida:* Durante estos treinta días tiene lugar una serie de transformaciones intensas en el organismo del niño, sobre todo durante la primera semana y con menos intensidad a medida que pasa el tiempo. Es un verdadero período de transición difícil y comprometido que exige de la madre un esfuerzo de adaptación continua. 2) *Es una fase delicada:* El niño es poco autosuficiente y requiere cuidados especiales, por lo que la madre debe poseer conocimientos y habilidades específicos.

a) *Características del bebé*

Rheingold (1966) propuso un modelo de interacción social temprana en el cual se reconoce el efecto del bebé en el comportamiento de ambos padres.

Específicamente Rheingold descubrió en sus investigaciones cuatro principios del comportamiento del recién nacido, que deben ser conocidos para entender el desarrollo del comportamiento social del mismo.

1) Desde los momentos más tempranos de vida es capaz de responder a una gran variedad de estímulos sociales y no sociales. 2) Desde el nacimiento es un ser activo y no una criatura pasiva. 3) Puede cambiar y cambiará sus respuestas según las demandas del ambiente. 4) Puede modificar el comportamiento de los otros que interactúan con él. Otros investigadores han coincidido con la validez y significancia de estos principios (Bell, 1968, 1971, 1974; Klaus y Kennell, 1976, 1977).

Así que el modelo unidireccional simple de la interacción temprana, el cual no reconoce que el control del mundo social del recién nacido es compartido por los padres y el bebé, puede ser no sólo incompleto, sino también inadecuado.

Se ha descubierto que varias características del recién nacido (algunas presentes antes de nacer) tienen una influencia significativa en el curso de las interacciones después del parto. Al nacer los bebés difieren en su apariencia y en su actividad.

Bell (1968) en sus investigaciones comprobó dos diferencias comportamentales en los recién nacidos: su nivel de actividad y el grado de orientación social o de respuesta a los otros. Otros investigadores han descubierto dimensiones comportamentales semejantes que distinguen a los recién nacidos y se mantienen estables en el tiempo (Scarr, 1966; 1969). La forma en la que los padres y otros adultos responden ante el recién nacido está determinada en parte por el comportamiento del bebé. Existen lactantes que rechazan a los demás, los que permanecen tensos, se haga lo que se haga con ellos, que no pueden ser calmados por nadie o que se contraen y lloran en cuanto se les saca de la cuna y se les coge en brazos.

En resumen, existen niños que son mucho más difíciles de criar que otros y desde un comienzo plantean mayores exigencias a las madres. Por tanto, es lógico pensar que las madres que tengan mayores conocimientos y preparación en este área podrán afrontar mejor el influjo negativo de las dificultades en la crianza de sus hijos.

c) *Características de la madre*

La naturaleza de las interacciones tempranas entre los padres y el bebé naturalmente no dependen exclusivamente de las características de este último. Ciertas características parentales pueden influir directamente en el comportamiento de su hijo.

En cuanto a la madre, sabemos que el uso de medicamentos y su dieta durante el embarazo, su estado emocional, su edad y el número de hijos que tiene, influye notablemente en el comportamiento del recién nacido.

El uso de medicamentos durante el embarazo y/o en el parto puede impedir la respuesta del recién nacido a la estimulación social (Conway y Brackbill, 1970; Horowitz y otros, 1977). Los tranquilizantes y barbitúricos son agentes bloqueantes que alteran las respuestas de habituación y orientación, así como las caricias y sonrisas durante

el primer mes del posparto (Aleksandrowicz y Aleksandrowicz, 1974). Este comportamiento del recién nacido puede servir para alterar la respuesta parental. La madre vacilante y el recién nacido inactivo, incapaces de responderse apropiadamente el uno al otro durante las primeras horas y días, pueden perder los momentos más propicios para el aprendizaje de una buena relación madre-hijo.

También parecen influir otras características de la madre en la interacción con su bebé. Las mujeres que han sufrido privación afectiva, enfermedades psiquiátricas y presentan conductas rígidas y autoritarias tienen generalmente mayores dificultades en la relación con su hijo (Moss y otros, 1967).

La edad de la madre parece estar relacionada con su respuesta al recién nacido. En un estudio con madres de 15-36 años de edad, Wilson (1977) encontró que las madres mayores responden más a sus bebés que las madres más jóvenes.

Respecto a la influencia del número de hijos, hay estudios que indican que las madres primíparas dan más estimulación a su primer hijo que a los siguientes hijos (Cohen y Beckwith, 1977; Kilbride y otros, 1977). También las madres primíparas planeaban dirigir el curso de las interacciones con su bebé, mientras que las mujeres que tenían más hijos esperaban más frecuentemente que fuera el bebé el que marcara la pauta de interacción (Lessen-Firestone, 1977).

En resumen, la interacción madre-hijo durante el primer período del posparto es el resultado de una compleja interacción de las expectativas culturales y del momento y el ambiente en el nacimiento.

Como consecuencia de esta interacción, cada madre recibirá una cantidad de refuerzo que variará según los casos y ejercerá sobre ella una determinada influencia en su posparto.

2.1.2.2. Interacción padre-madre

Desde un punto de vista conductual, toda relación de pareja está sustentada por un intercambio de refuerzos entre los dos miembros.

Ante nuevas situaciones, ambos deben adaptarse mutuamente y buscar nuevas fuentes de satisfacción para que la relación no pierda su poder reforzante.

Por tanto, en una situación como es tener un hijo, especialmente si es el primero, la relación entre la pareja puede variar notablemente respecto al tipo de intercambios que mantenían anteriormente.

Con frecuencia se producen problemas en la pareja que vienen determinados por las distintas áreas en las que ésta se desenvuelve, tales como relaciones familiares, amistades, tiempo libre, manejo de la casa, toma de decisiones, comunicación y relaciones sexuales. Generalmente, algunos de estos aspectos sufren diversos cambios en el período del posparto, por lo que será necesario un gran esfuerzo de adaptación por parte de ambos cónyuges si desean evitar conflictos.

Con motivo del recién nacido, las relaciones con las respectivas familias de la pareja pueden variar, tanto en un aumento en la fre-

cuencia de contacto, como en su influencia en las decisiones a tomar. Este hecho, según los casos, podrá ser una ayuda para la pareja o, por el contrario, representar una fuente de conflictos.

El tiempo libre y las relaciones sociales generalmente disminuyen más para la mujer, que es la que suele afrontar el peso mayor en los cuidados de la casa y del bebé, convirtiéndose estas tareas en algo casi exclusivo para ella en los primeros meses del posparto. Este es otro factor que puede contribuir a que la mujer reciba poco refuerzo externo y necesite obtenerlo por las dos vías que están más a su alcance, su bebé y su marido.

El área sexual es de gran interés dentro de la vida de la pareja por ser una fuente de refuerzos importante para la relación. Durante las últimas semanas del embarazo y en las primeras del posparto no se permite el coito, con la consiguiente pérdida de refuerzos que esto puede representar para numerosas parejas.

En esta época aumentan las ocasiones para la pareja de tomar decisiones importantes y de afrontar problemas conjuntamente. En muchos casos surge el choque entre las expectativas y la realidad de la paternidad/maternidad. Cuando ese choque es significativo comienza a intercambiarse entre ambos cónyuges cierta dosis de estimulación aversiva y la tasa de intercambios reforzantes sufre un decremento.

Todos estos factores citados tendrán diferente influencia en cada mujer según la incidencia de cada uno de ellos y de las habilidades que posea dicha mujer. Así, el conflicto será más probable en aquellas mujeres que presenten un déficit de comunicación y de resolución de problemas.

2.1.2.3. Interacción padre-bebé

Como es sabido, en la actualidad se permite al padre mantener un contacto directo con su hijo en el hospital, sin esperar a que lleguen a casa. Este hecho ha sido objeto de algunas investigaciones que demuestran las influencias positivas de la relación que el padre establece con su hijo (Greenber y Morris, 1974). También Parke y O'Leary (1976) observaron diversos comportamientos paternos, tales como los de acariciar, tomar en brazos, besar, examinar e imitar al recién nacido, comprobando que los padres se mostraban tan interesados por sus hijos como las madres si tenían la oportunidad de demostrarlo en los primeros días. Dichas conductas de acercamiento y contacto pueden suponer un refuerzo positivo tanto para los padres como para los bebés, y es posible que las oportunidades para practicar estas conductas puedan servir a los padres para aprender a ser más expresivos en sus relaciones con otras personas.

Asimismo, el comportamiento del padre con su bebé puede influir indirectamente en el comportamiento de la madre. Parke y O'Leary (1976) han observado este efecto indirecto comparando madres que estaban solas con sus hijos los primeros días y otras que permanecían con ellos mientras estaban también presentes los padres. Concluyen que la presencia del padre incrementa el interés de la madre por su hijo recién nacido.

Otros datos procedentes de un estudio realizado en Suecia por John Lind (1974) indican que aquellos padres a los que se ha permitido cuidar al bebé (alimentarle y cambiarle los pañales) en el hospital, dedicaban también más tiempo en el hogar a estas actividades tres meses más tarde, comprobándose que además de ofrecer bienestar y apoyo a sus mujeres, ellos mismos se mostraban más satisfechos.

Actualmente, los datos de que se dispone indican que aquellos padres que eligen participar más en el embarazo de su mujer y en el parto parecen beneficiarse a sí mismos, a sus mujeres e incluso a sus hijos lactantes (Tanzer, 1967; Henneborn y Cogan, 1975).

Para nuestro estudio nos interesa destacar que el comportamiento del padre para con su bebé ejercerá, según hemos visto, un determinado poder reforzante en la madre, siendo ésta una influencia más a tener en cuenta en el posparto de la mujer.

2.1.3. Entorno de la mujer en el posparto

Además de los cambios a nivel orgánico y en las relaciones familiares, en esta época del posparto también observamos otras posibles influencias en la mujer, como son el tipo de contexto médico que le corresponda en el parto y en los días inmediatos, el cambio que generalmente sufren sus relaciones sociales y una nueva organización en el hogar, así como en el aspecto económico y en el laboral.

2.1.3.1. Influencia del contexto médico

Actualmente en la mayoría de los países occidentales la mujer lleva a cabo el parto en un medio hospitalario, en el que también transcurren los primeros días de posparto. Según sea el sistema que sigan en este medio se darán unas influencias tanto para la madre como para el bebé.

Pelechano (1981) en su investigación sobre el impacto psicológico de ser madre, pone de relieve el efecto negativo que ejerce la hospitalización en las parturientas.

En la mayoría de las maternidades, el bebé queda en el "nido", separado de la madre y solamente lo traen junto a ella a la hora de las mamadas. En general, durante el período de permanencia en el hospital "tradicional" madre e hijo pasan mucho tiempo separados y la madre tiene pocas oportunidades de empezar a conocer a su bebé y de aprender cómo cuidarle. Si es su primer hijo, lo más común es que empiece a practicar los cuidados del bebé cuando regrese a su hogar (tres o cuatro días después del parto) sin tener suficientes conocimientos y habilidades.

Considerando estas dificultades, algunos hospitales empezaron a adoptar el sistema de "rooming-in", en el que la madre y el hijo quedan juntos en la misma habitación. La ventaja del sistema es favorecer un mayor contacto entre madre-padre-hijo, además de proporcionar a la madre una primera fuente de aprendizaje supervisada acerca de la atención de las necesidades del recién nacido. Este hecho es muy valo-

rado por las mujeres, ya que con frecuencia no tuvieron la oportunidad de cuidar o de observar atentamente a un bebé antes de su primer hijo.

Este sistema de "rooming-in" implica una nueva forma de prestar asistencia a las mujeres, ya que además de proporcionarle cuidados médicos, asume también la función de facilitar la adaptación de los padres al bebé, ofreciendo orientación, educación y especialmente estímulo al amamantamiento.

Con el sistema "rooming-in" se han observado los siguientes efectos generales: se reduce el nivel de ansiedad de la madre, aumentando su seguridad y confianza en la propia capacidad. En varios hospitales que adoptaron el sistema, se observó que el índice de amamantamiento aumentó significativamente y que se redujo el grado de depresión posparto (Colectivo de Mujeres de Boston, 1982).

Por otro lado, en los Países Bajos, la forma en que se trata el parto es sustancialmente distinta a otros países occidentales. La mayoría de los partos se llevan a cabo en los propios hogares. Consideran que el parto en sí es un fenómeno natural y que normalmente no necesita intervención ajena alguna. Durante el embarazo dividen, con ayuda de un profundo control prenatal, a las futuras madres en dos grupos: uno amplio, que no muestra síntomas evidentes de problemas (el llamado grupo de riesgo mínimo) y un grupo mucho más reducido en el que se encuentran signos de ligeras, e incluso grandes anomalías. Sólo el grupo de riesgo máximo acude al hospital bajo la vigilancia de los especialistas; el otro grupo recibe los cuidados de psicólogos especializados en la psicología del parto, de una comadrona o de un médico de cabecera con un cursillo de obstetricia.

En Holanda existe una organización llamada "Maternity Home Help" (Servicios para la maternidad en el hogar) cuya función es ofrecer ayuda a la madre y al niño durante ocho o diez días después del parto. Preparan a las personas de la familia para que puedan realizar las tareas de la casa durante el tiempo que necesite la mujer para recuperarse del parto.

En un estudio realizado en Holanda, se constata que la depresión posparto sólo se da en el 16 % de los partos realizados en el hogar frente a un 60 % de los realizados en el hospital (Macfarlane, 1978).

Por todo lo expuesto en este apartado, podemos concluir que el contexto médico ejerce otra de las influencias a tener en cuenta en el posparto de la mujer.

2.1.3.2. Relaciones sociales

Ya expusimos en el punto 2.1.2.2. cómo las relaciones sociales disminuyen para la mujer.

Es muy frecuente que las parejas al formar una relación estable restrinjan considerablemente sus oportunidades de contacto y refuerzo social, alcanzando en un amplio sector de mujeres unas cotas que rayan en un auténtico aislamiento social.

Es un hecho sociológico conocido la situación de discriminación de la mujer en los campos de la educación, laboral y social. Esto conlleva su mayor dependencia del hombre.

Cuando disminuyen sus relaciones sociales, se convierte en un ser aún más dependiente del refuerzo social proporcionado por su cónyuge.-

Se ha comprobado que numerosos casos de mujeres con cuadros depresivos se resuelven con cierta facilidad tras conseguir un incremento de contactos sociales y oportunidades de ser reforzada por su pareja (Costa y Serrat, 1982).

Por tanto, resulta evidente que los contactos sociales que mantenga cada mujer durante el posparto constituyen otra de las fuentes de refuerzo que influirá en su comportamiento.

2.1.3.3. Una nueva organización

La aparición de un nuevo miembro en la familia conlleva una serie de reajustes, especialmente si es el primer hijo, referentes al trabajo en el hogar, al aspecto económico y laboral, así como al tiempo libre del que dispone cada cónyuge.

Para llevar a cabo estos reajustes con eficacia, es necesario poseer unas habilidades de planificación y adaptación a la realidad de cada familia.

a) *El trabajo en el hogar:*

Lo normal es que los tres o cuatro días después del parto la mujer salga de la maternidad para regresar a su hogar. Para una mujer que no disponga de la ayuda de otra persona, las tareas que debe realizar a partir de este momento experimentan un incremento considerable respecto a las que efectuaba antes del parto. Los cuidados del bebé son múltiples y constantes y los debe compaginar con otras tareas de la casa. A este aumento de trabajo hay que añadir un cambio de horario en el sueño, ya que como mínimo cada tres horas deberá ocuparse del bebé. Si la mujer no se organiza para descansar durante el día, es posible que acumule una falta de sueño en la fase REM, como ya se explicó anteriormente.

Este aumento de trabajo acompañado de un menor descanso y de los numerosos cambios orgánicos que está experimentando la mujer pueden provocar un agotamiento. El problema es menor, o incluso no existe, cuando la mujer dispone de la ayuda de otra persona, ya sea un familiar, el marido o un asalariado. Pero ante la imposibilidad de conseguir esta ayuda, puede reducirse el problema si la mujer tiene la capacidad de saber planificar para realizar sólo las tareas más necesarias y lograr descansar algunas horas durante el día. De este modo, vemos que las mujeres que poseen esta capacidad de organización y planificación tienen mayor probabilidad de encontrarse en mejores condiciones físicas y psicológicas durante el posparto que las mujeres que no las posean.

b) *El aspecto económico y laboral:*

Estos aspectos también pueden ejercer ciertas influencias en la mujer. Si la economía familiar es escasa, los gastos que ocasiona el bebé pueden ser motivo de conflicto. En numerosos casos se adopta la

solución de que el marido trabaje horas extraordinarias para aumentar los ingresos familiares. Pero esto se realiza a costa de reducir el tiempo dedicado a la relación familiar. Este alejamiento puede ocasionar una pérdida del poder reforzante que ejercía el hombre sobre su mujer y ser causa de conflictos.

En cuanto a las mujeres que trabajan fuera del hogar, hay que tener en cuenta el grado de poder reforzante que tiene el trabajo para cada mujer, ya que si por esta fuente obtenía mucho refuerzo, se va a ver privada de él durante los tres meses de permiso, ejerciendo sobre ella un efecto negativo.

Si de antemano la pareja no prevee estas influencias para poder contrarrestarlas de alguna manera, serán factores negativos que se añadirán a la ya compleja situación del período del posparto.

2.2. *Una revisión de los modelos conductuales explicativos de la depresión*

Para el presente trabajo haremos una breve revisión de los principales modelos teóricos a partir de las teorías del aprendizaje y terapia de conducta que existen actualmente para el estudio de la conducta depresiva.

El modelo cognitivo, el socio-ambiental, el modelo de la indefensión aprendida y el modelo de autocontrol presentan la depresión como un fenómeno unitario con una causa primaria, mientras que un quinto modelo, el integrador, considera la depresión como un fenómeno polidimensional, pudiendo tener cada posible dimensión sus propias causas y modelos etiológicos, como expondremos a continuación.

2.2.1. Modelo cognitivo de la conducta depresiva (Beck)

Beck (1967, 1974) mantiene que la depresión resulta de una disfunción cognitiva, la cual origina que la persona tenga una visión negativa de sí misma, del mundo y del futuro (la tríada primaria).

Se asume que la naturaleza y características del pensamiento, así como las conclusiones resultantes del mismo, determinan qué siente y cómo actúa (responde) un sujeto ante una situación determinada.

En resumen, se postula que sobre una forma típica del pensamiento (procesos erróneos identificables de interpretación de la realidad) de contenidos específicos depresivos, debido a situaciones traumáticas que inciden en individuos vulnerables, se estructuran una serie de cambios emotivos, motivacionales, etc., cuya expresión última serían los deseos de suicidio y que caracterizan al paciente depresivo neurótico (Beck, 1974). En este modelo se asume, por tanto, que la constelación de síntomas y conductas depresivas se estructuran alrededor de trastornos cognitivos específicos como elementos nucleares de los mismos.

El individuo deprimido comete cuatro tipos de "errores cognitivos":

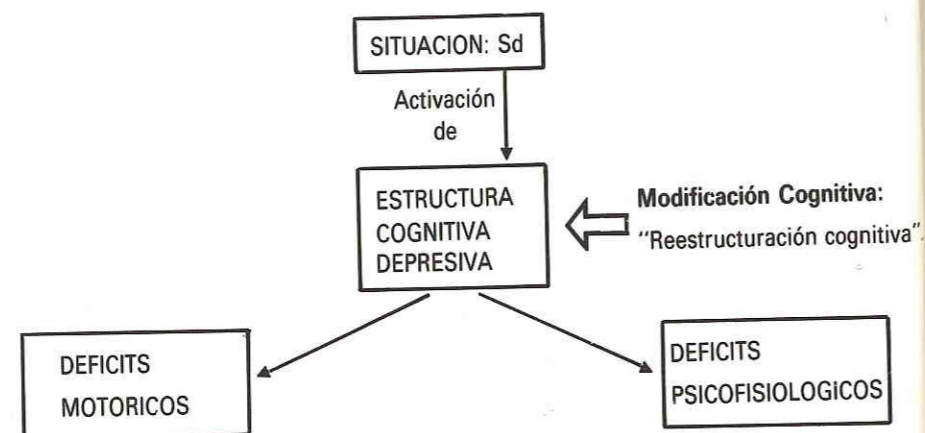
1. Inferencias arbitrarias: Saca conclusiones de una situación no apoyadas por la experiencia.
2. Abstracción selectiva: Selecciona sólo uno o muy pocos detalles de la situación, ignorando el resto.
3. Sobregeneraliza: Saca conclusiones sobre sus capacidades, ejecución, valía, etc., en base a un sólo incidente.
4. Magnífica (o minimiza): La persona comete graves imprecisiones al juzgar la significación de los sucesos y/o su comportamiento.

Beck (1967) formula la hipótesis de que el individuo propenso a la depresión adquiere estos modelos de pensamiento negativos durante los períodos de desarrollo de la infancia o adolescencia, y a partir de sus interacciones con el entorno, las opiniones de los otros sobre él y por identificación con figuras significativas como los padres. La "constelación" depresiva específica, o modelos de pensamiento, que aprende la persona consiste en una red de actitudes negativas. Un grupo de actitudes se centra alrededor de supuestas deficiencias personales. Otro conjunto gira en torno al autorreproche, en el que el individuo se considera responsable de sus deficiencias.

Un tercer conjunto, las expectativas negativas, refleja el pesimismo de la persona respecto a que las cosas mejoren. Un individuo que posee esta constelación de actitudes está dispuesto a la depresión. La depresión se desencadena ya sea porque se expone a sucesos ambientales generalmente tensos o por elementos de tensión idiosincrásicos. La vulnerabilidad a estos elementos de tensión específicos está determinada por la pasada historia de aprendizaje del individuo.

Acorde con dicha hipótesis, Beck (1967, 1970, 1973) ha propuesto una forma específica de tratamiento: "reestructuración cognitiva". Asocia su enfoque con la terapia racional emotiva de Ellis (1980). La estrategia terapéutica de Beck (1967, 1973) se orienta a la destrucción de los modelos cognitivos negativos existentes y a su sustitución por otros más realistas y positivos.

ESQUEMA DE LA HIPÓTESIS COGNITIVA:



2.2.2. Modelo socio-ambiental de la conducta depresiva (Lewinsohn)

Para Lewinsohn (1974) la característica primaria de la depresión es un déficit conductual, y la causa primaria es una pérdida o falta de reforzamiento positivo contingente a las respuestas del sujeto. Las otras características de la depresión son secundarias a ésta y resultan de estos factores primarios. Así pues, los demás componentes del síndrome depresivo (cogniciones negativas, síntomas somáticos, etc.) representan consecuencias del bajo nivel de reforzamiento positivo contingente a las respuestas del sujeto.

Según este modelo, el individuo depresivo estará bajo el efecto de un programa prolongado de extinción. Lewinsohn (1974) ha sugerido tres formas por las que se produce un bajo nivel de reforzamiento positivo contingente a las respuestas del sujeto.

1. Cuando los hechos que son contingentes con su conducta no son reforzantes. Esto podría ser, como ha sugerido Costello (1972), por una pérdida de la efectividad del refuerzo.
2. Por no disponer en su ambiente de estímulos reforzantes para él.
3. Por una falta de habilidad del sujeto para obtener refuerzos.

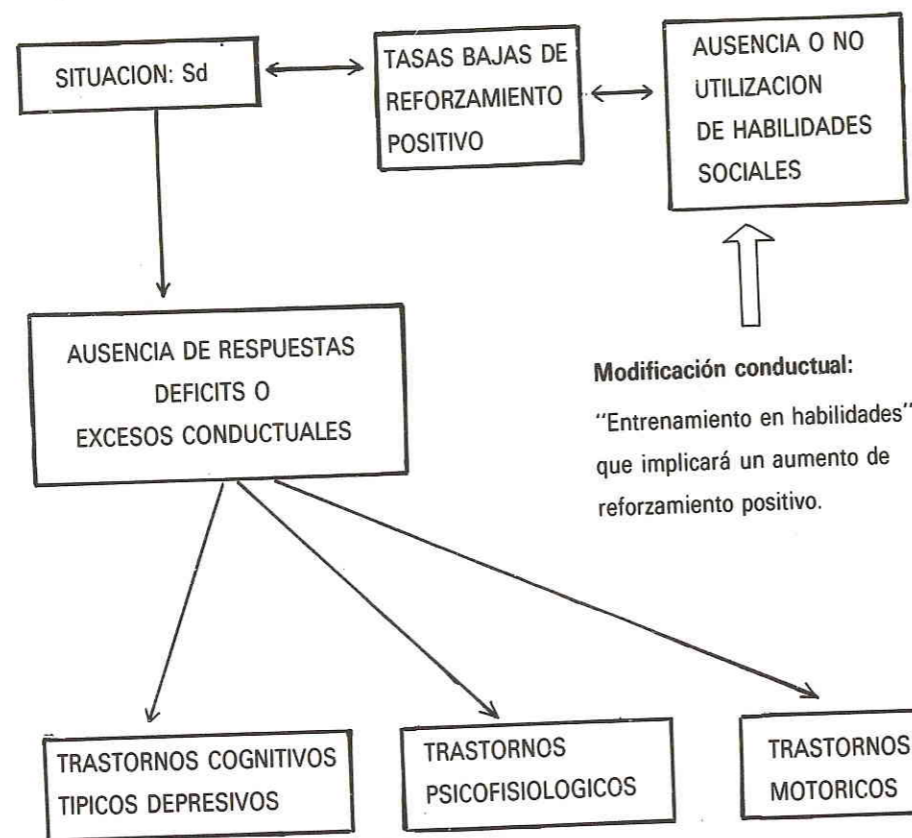
Estas posibilidades no son exclusivas mutuamente. En sus investigaciones, Lewinsohn ha corroborado estos tres puntos. Liberman y Raskin (1971), y Lewinsohn y Shaw (1969) han sugerido que se puede mantener el comportamiento depresivo del individuo por medio de la atención social de los otros. Así, amigos, parientes y terapeutas pueden ofrecer una atención extra cuando el sujeto deprimido muestra su disforia, llora y parece despreciado.

En este modelo, se propone para la modificación de la conducta del sujeto depresivo un "entrenamiento en habilidades sociales" para optimizar el nivel de reforzamiento en su medio ambiente y por lo tanto producir una mejoría de dicho paciente. Para Mac Lean hay seis componentes en el tratamiento de la depresión. Estos seis componentes representan las áreas de habilidades que se han encontrado más frecuentemente deficientes en personas deprimidas. Estas áreas son:

- 1) Comunicación.
- 2) Productividad conductal.
- 3) Interacción social.
- 4) Asertividad.
- 5) Toma de decisión y resolución del problema.
- 6) Autocontrol cognitivo.

Según Mac Lean, todos los sujetos deprimidos deben ser tratados en las tres primeras áreas, mientras que solamente deberán ser tratados en las tres últimas áreas aquellos sujetos que al ser evaluados presenten problemas específicos en algunas de dichas áreas.

ESQUEMA DE LA HIPOTESIS SOCIO-AMBIENTAL:



2.2.3. Modelo de la indefensión aprendida (Seligman)

En este modelo hay dos formulaciones complementarias. La primera formulación (Maier y Seligman, 1976; Seligman, 1975) postulaba que una situación de aprendizaje en la que las consecuencias son incontrolables, es decir, independientes de sus respuestas (reforzamiento no contingente), genera en un sujeto un estado psíquico específico "indefensión aprendida", cuyas consecuencias conductuales son análogas a la sintomatología presentada por los sujetos depresivos.

Ante los numerosos fallos encontrados para resolver determinados datos experimentales del fenómeno de la indefensión aprendida en sujetos humanos, se reformuló la hipótesis inicial, basándose en un modelo atribucional (Seligman, 1978; Seligman y otros, 1979).

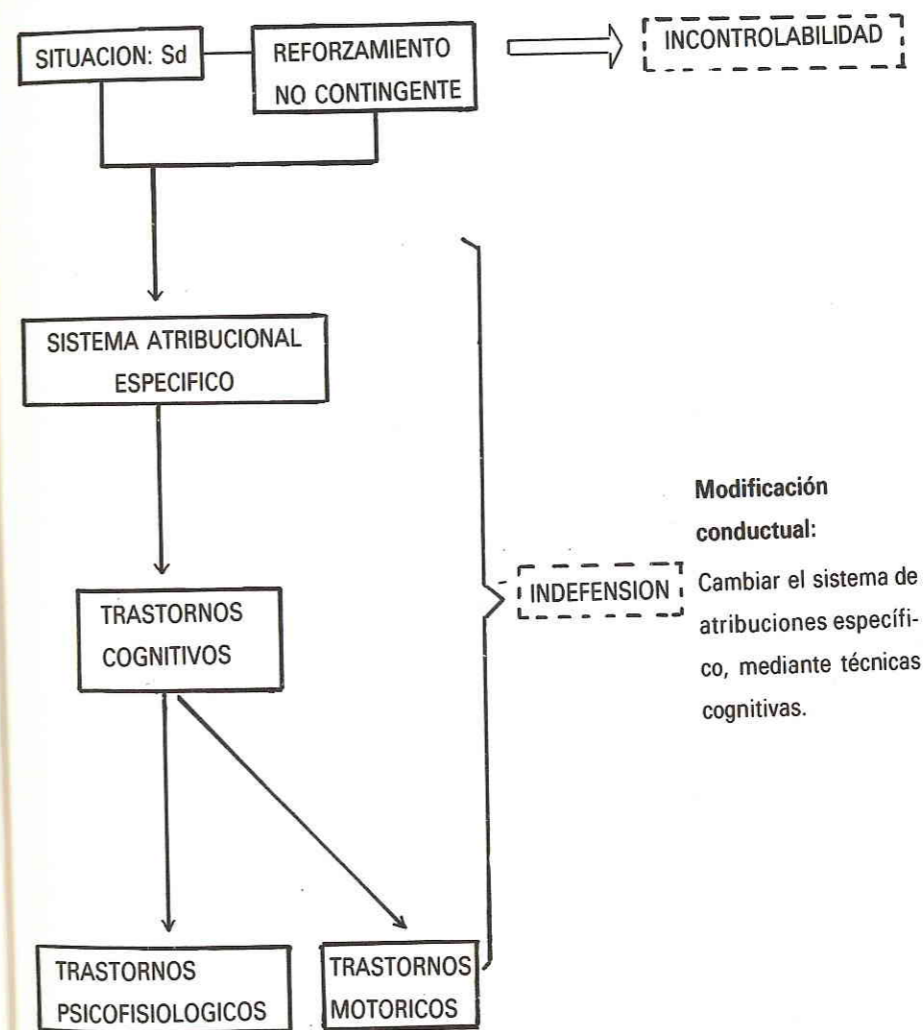
Esta nueva reformulación postula que una situación de aprendizaje incontrolable produce en el sujeto un estado de indefensión (análogo al estado depresivo); como consecuencia, el sujeto realiza una serie de atribuciones causales que determinan la generalidad, cronicidad y gravedad de su estado, aunque en este último caso influyen también la fuerza o certeza de sus expectativas de incontrolabilidad y de la importancia de las consecuencias incontrolables.

La atribución de esta incontrolabilidad es adjudicada a un factor:

1. *Global* de la persona (ante un fracaso, lo atribuye a que él es ineficaz para todo).
2. *Estable* (sin posibilidad de cambio en su futuro).
3. *Interno* (el fracaso lo atribuye a su propia ineficacia).

Seligman no ha propuesto estrategias de tratamiento originales. En el modelo de indefensión aprendida utiliza las empleadas por otros modelos. Así, por ejemplo, emplea tratamiento cognitivo para modificar las atribuciones del sujeto deprimido transformándolas de globales, estables e internas a otras que sean específicas, inestables y externas.

ESQUEMA DEL MODELO DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA



2.2.4. Modelo de autorreforzamiento (Rehm)

Este modelo de depresión incorpora rasgos tanto del modelo socioambiental como del cognitivo. Reconoce la importancia de las cogniciones en la depresión y coincide con el modelo socioambiental en la suposición de que el reforzamiento positivo es vital para el mantenimiento de las conductas. Sin embargo, el modelo socioambiental sostiene que el reforzamiento proporcionado por el ambiente externo determina la depresión, mientras que el modelo de autorreforzamiento se apoya en los elementos de reforzamiento y de castigo que el individuo se dispensa a sí mismo (Rehm, 1978).

Se plantea la hipótesis de que las personas deprimidas se dispensan a sí mismas bajas tasas de reforzamiento positivo y, por el contrario, alcanzan altas tasas de autocastigo. Marston (1964), Bandura (1971) y Kanfer (1970, 1971) proponen que se divida una secuencia de autorreforzamiento en tres componentes: autocontrol, autoevaluación y autorreforzamiento. Una razón por la que una persona puede autorreforzarse con poca frecuencia y por consiguiente deprimirse, es que posea normas de comportamiento excesivamente altas. Puesto que es muy difícil hacer corresponder su conducta a normas tan rigurosas, el fracaso en igualar o exceder sus normas produce una autoevaluación negativa de su comportamiento. Por tanto, estos criterios excesivamente altos para el autorreforzamiento pueden dar lugar a sentimientos de desvalorización, a una disminución de motivación y a la depresión en general. Otra razón por la que una persona deprimida puede no autorreforzarse para una conducta particular sería que no considere la tarea difícil, que no la valore o que espere ya ser competente en la tarea (Bandura, 1971).

Se ha averiguado que tanto el entrenamiento directo en autorreforzamiento con un agente externo como instructor, como la observación de un autorreforzamiento modelado son eficaces en la transmisión de las normas.

Bandura (1971) expone varios mecanismos que mantienen las pautas establecidas de autorreforzamiento y autocastigo. Probablemente el autorreforzamiento se mantiene por el reforzamiento social periódico. Se formula la hipótesis de que la realización de una conducta-castigable provoca ansiedad o culpabilidad. Estos pensamientos angustiantes terminan con el autocastigo que anticipa la posible condena social. Además, el autocastigo puede despertar aprobación social por parte de los otros a quienes agradan los esfuerzos de una persona para controlar su propia conducta.

En el tratamiento se utilizan técnicas cognitivas para modificar normas o criterios y fijar objetivos razonables que puedan ser cumplidos por el sujeto.

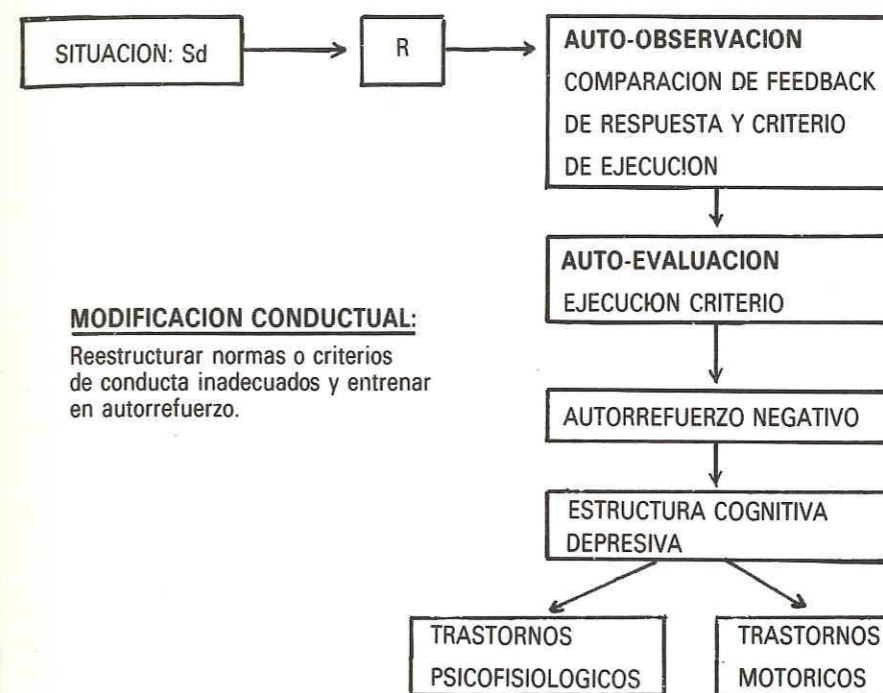
La estrategia terapéutica más empleada para reentrenar a los individuos deprimidos en el autorreforzamiento ha sido la terapia de control compensante (Homme, 1965; Mahoney, 1970), que aplica el principio de probabilidad diferencial de Premack, en que la emisión de una conducta de alta probabilidad se hace contingente respecto a la emisión de una conducta deseada de baja probabilidad. En teoría, la

conducta de baja probabilidad se refuerza con la conducta de alta probabilidad y, por tanto, deberá aumentar su frecuencia.

En el tratamiento de la depresión, la terapia de control compensante se ha utilizado para aumentar la frecuencia de las autoaserciones positivas; estos pensamientos pueden pasar a convertirse por sí mismos en reforzadores secundarios que la persona puede utilizar para reforzar determinados pensamientos o conductas.

También suele utilizarse la detención-de-pensamiento (Wolpe y Lazarus, 1966) para disminuir las autoevaluaciones negativas.

ESQUEMA DE LA HIPOTESIS DE AUTORREFUERZO



2.2.5. Un modelo integrador

Cada uno de los cuatro modelos expuestos ofrece una explicación razonablemente plausible del desarrollo y mantenimiento de las conductas depresivas, pero ninguna teoría es suficientemente amplia para explicar la multitud de conductas problemáticas que constituyen la depresión. Cada modelo ha contribuido sustancialmente a nuestra comprensión general de la depresión y, en tanto que cada uno enfoca un aspecto particular de la depresión, no se excluyen mutuamente. Un enfoque integrador puede ofrecer una explicación más completa (Wilcoxon y otros, 1978).

La depresión puede ser un fenómeno polidimensional, con cada posible dimensión teniendo sus propias causas y modelos etiológicos (Craighead, 1980).

Toda conducta puede analizarse según largas cadenas conductuales bastante complejas. Estas cadenas pueden dividirse en cinco etapas principales: 1) Emplazamiento standard. 2) Ejecución de la conducta. 3) Autoevaluación. 4) Consecuencias autopresentadas. 5) Consecuencias externas.

Cada una de las variables destacadas previamente (influencias ambientales, aptitudes sociales, modelos de conocimiento o pensamiento y autorreforzamiento o autocastigo) ejerce fuerte influencia en una o más de estas etapas. Cada uno de los cuatro modelos presentados puede considerar la depresión desde diferentes puntos de la cadena conductual. Este marco, sin embargo, puede ofrecer una manera de integrarlos y mostrar su interdependencia. Cada variable influye en las otras y es, a su vez, influida por ellas.

Basándonos en este enfoque integrador, el objetivo del tratamiento sería determinar en qué punto han sido perturbadas las cadenas conductuales y las estrategias terapéuticas se instaurarían para restablecer el funcionamiento no depresivo y adaptado.

Primero se evalúan las conductas depresivas del paciente. Esto implica un análisis de las expresiones verbales depresivas (modelos cognitivos), los déficits del comportamiento (ansiedad, falta de aptitudes, nivel de motivación), los modelos de autorreforzamiento (auto-asesiones positivas y negativas) y los sucesos externos (situaciones de tensión, pérdida de reforzamiento).

En segundo lugar, se elige una estrategia terapéutica para modificar las conductas depresivas del paciente. La terapia cognitiva puede ser eficaz para hacer frente a las normas poco razonables. Los déficits del comportamiento pueden abordarse desde diferentes ángulos: deberes o tareas graduales, entrenamientos en las aptitudes sociales o resolución de problemas. La carencia de motivación puede indicar una pérdida de reforzamiento en conductas determinadas; al comienzo, el terapeuta puede ofrecer atención contingente para provocar conductas más adaptadas que luego se mantendrán por sus consecuencias naturales, o se puede intervenir en el entorno para establecer contingencias que proporcionen tal reforzamiento contingente. Los problemas relacionados con la autoevaluación y la autorrepresentación de consecuencias, sugieren el uso de la terapia cognitiva, el aumento de las auto-asesiones positivas y la programación de contingencias apropiadas de autorreforzamiento.

Podemos resumir que, hasta el momento, los datos disponibles no ofrecen una explicación unitaria para el fenómeno de la depresión. Esos datos indican que muchos factores importantes están implicados tanto en el desarrollo, como en el mantenimiento de las conductas depresivas. Aún cuando no se han determinado las causas o la causa de la depresión, diferentes técnicas se han mostrado provisionalmente eficaces para alterar determinadas conductas depresivas. Se requiere una investigación adicional sobre los resultados terapéuticos para comprobar esas estrategias terapéuticas y unos procedimientos experimentales más rigurosos que mejoren la validez de los resultados obtenidos.

2.3. "La depresión posparto" considerada conductualmente como un caso específico de depresión

En nuestro análisis de los factores que inciden en el posparto de la mujer, hemos constatado que este período es tan complejo que no parece que exista solamente una causa primaria de la depresión posparto, sino que deberemos considerar todos los factores expuestos influyéndose mutuamente. Este es el punto de vista del modelo integrador y por su mejor adecuación al problema que nos ocupa nos basaremos en él para elaborar nuestro tratamiento preventivo.

2.3.1. La depresión posparto explicada por el modelo integrador

Al analizar el período del posparto, comprobamos que se están dando las condiciones que determinan una depresión, según pasamos a exponer a continuación.

1. En esta época generalmente se produce una *pérdida de refuerzo positivo* para la mayoría de las mujeres. Esta pérdida puede proceder de varios de los aspectos ya analizados:

a) *Por los cambios físicos*: Cuando se percibe una imagen corporal no deseada. El aspecto externo poco estético produce un efecto negativo en numerosas mujeres. También los malestares físicos pueden provocar una disminución de refuerzo positivo respecto a una época de buena salud anterior.

b) *Por la relación familiar*: Como ya hemos explicado, las principales fuentes de refuerzo en los primeros meses del posparto, fundamentalmente en mujeres primíparas, son generalmente su pareja y el bebé.

Entre la madre y el bebé pueden producirse distintas interacciones según sean las características de ambos. Si la aparición del bebé y/o su sexo no es del agrado de la madre, así como en su comportamiento es poco respondiente y/o difícil de calmar, y/o si las propias características deficitarias de la madre inducen a una pobre interacción con su bebé, ésta recibirá poco o ningún refuerzo por medio de esta fuente.

Por otro lado, el refuerzo que recibe la mujer por medio de su compañero se verá reducido si se deterioran algunas de las distintas áreas en las que se desenvuelve la pareja.

En el área sexual, si únicamente se concibe como reforzante el coito, al no poder efectuarse éste en las primeras semanas del posparto, se producirá una pérdida del refuerzo que obtenían anteriormente las parejas por este medio.

Al disminuir el tiempo libre y las relaciones sociales de la mujer en el posparto, ésta se convierte en un ser más dependiente del refuerzo social proporcionado por su pareja. Por tanto, la conducta de él ejercerá un poderoso control en la mujer.

El padre influye también indirectamente de forma negativa en la mujer no suministrándole refuerzo positivo cuando establece una mala o escasa relación con su hijo.

Las relaciones con las respectivas familias de ambos cónyuges pueden constituir una fuente de estímulos aversivos para la mujer.

c) *Por el contexto médico:* Durante el parto y los primeros días del posparto, cuando la madre es asistida en una maternidad con un sistema hospitalario "tradicional", se produce un efecto negativo en las mujeres (Pelechano, 1981), encontrándose en un ambiente pobre en refuerzos positivos y con numerosos estímulos aversivos.

d) *Por aumento de trabajo en el hogar:* Cuando el trabajo del hogar sea percibido por la mujer como poco reforzante y/o como un impedimento para acceder a otras actividades alternativas, ya sea su trabajo anterior, más tiempo libre, más diversiones, etc.

Pero no sólo debemos considerar la pérdida de refuerzo positivo como el resultado del sumatorio de las pérdidas parciales de refuerzo positivo determinadas por cada una de las áreas citadas que presenten un deterioro, sino que debemos también considerar comparativamente la cantidad y calidad del total de refuerzo positivo logrado por las otras áreas que no ocasionan problema. Para la mayoría de las mujeres, la pérdida supera el refuerzo positivo que obtienen en el posparto.

2. Otra característica de esta época es el *bajo nivel de autorreforzamiento* que se administran las mujeres. Por un lado, tienen interiorizadas unas normas muy rigurosas en cuanto a su comportamiento como ama de casa, esposa y madre.

Además, las tareas que debe realizar suponen un gran esfuerzo e implican poseer unas habilidades para las que generalmente no se les ha dado preparación adecuada.

Como resultado de estos dos factores contrapuestos se producirá una autoevaluación negativa de su comportamiento, dando lugar a sentimientos de desvalorización, a una disminución de motivación y a la depresión (Bandura, 1971; Kanfer, 1970, 1971).

3. También este período se caracteriza por la *necesidad de poseer numerosas y variadas habilidades* ante la completa tarea que debe realizarse. Sin embargo, como ya es sabido, no se da a la mujer esta preparación. Por tanto, si no han tenido la oportunidad de aprender y practicar estas habilidades (como ocurre fundamentalmente en las mujeres primíparas) difícilmente podrán responder de una forma correcta.

Entre las principales habilidades en las que la mayoría de las mujeres presentan un déficit, destacan las pertenecientes a las siguientes áreas:

a) En conocimientos sobre los cuidados físicos del bebé. Por ejemplo, cómo realizar el baño, la limpieza, el cambio de pañales, la cura del ombligo, etc.

b) En los conocimientos psicológicos más elementales sobre la conducta de un bebé. Por ejemplo, el significado del llanto, algunas técnicas para calmarle, sus ritmos de sueño, la eficacia del juego en la relación, etc.

c) En habilidades de planificación, que serán imprescindibles para organizar los numerosos nuevos aspectos que implica este período. Por ejemplo, en el trabajo del hogar, disponer de tiempo libre y del dedicado al descanso o a otras actividades placenteras, etc.

d) En habilidades de comunicación y resolución de problemas. Como ya hemos expuesto, esta época será más problemática para la mayoría de las parejas, y cuando no sepan comunicarse adecuadamente, ni estén preparadas para resolver problemas con eficacia, se producirán numerosos conflictos.

4. Por último, comprobamos que las mujeres que sufren la depresión posparto, presentan una *disfunción cognitiva*, manifestando una visión negativa de sí misma, del mundo y del futuro (la tríada primaria de Beck). Este hecho se pone de manifiesto mediante el análisis de las siguientes "variables cognitivas":

a) *Atribuciones:* Las mujeres con depresión posparto generalmente muestran una percepción negativa de su situación durante este período. Esto explica una parte de la varianza de su comportamiento. Es frecuente que se detecte en ellas ciertos errores cognitivos, tales como sobregeneralización, abstracción selectiva, responsabilidad excesiva, asunción de causalidad temporal y pensamiento dicotómico.

b) *Auto-instrucciones:* El diálogo interno de la mujer frente a los estímulos ambientales se caracteriza en general por ser muy negativo, con lo que contribuye a aumentar la conducta depresiva (Meichembaum, 1974, 1977; Cautela, 1973; Schwartz y Gottman, 1974; Kendall y otros, 1979).

c) *Estrategias cognitivas:* La conducta depresiva puede estar en relación con estrategias inadecuadas que utiliza la mujer en la resolución de tareas cognitivas. Y precisamente, como ya expusimos, uno de los déficits que se observa en las mujeres con depresión posparto es en la habilidad de resolución de problemas.

d) *Expectativas:* La conducta depresiva puede estar controlada más por las consecuencias anticipadas que por las consecuencias externas actuales. Es frecuente que la mujer, antes de ser madre, tenga unas expectativas irreales sobre la maternidad, produciéndose un conflicto al contrastar la cantidad de refuerzo positivo esperado con el que obtiene en la situación real.

3

*Un estudio experimental
del tratamiento preventivo
de la depresión posparto*

3. ESTUDIO EXPERIMENTAL DE UN TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA DEPRESION POSPARTO BASADO EN EL MODELO INTEGRADOR DE DEPRESION

3.1. Planteamiento del problema

Después de revisar la bibliografía existente sobre la "depresión posparto", observamos que la investigación realizada acerca del tema es muy escasa.

Se ha estudiado la posible relación entre la depresión posparto y ciertos factores, tanto fisiológicos como psicológicos y sociales, pero los resultados obtenidos son contradictorios.

En un principio, los factores bioquímicos, especialmente hormonales, se consideraron etiológicamente importantes, pero se ha comprobado que las correlaciones de éstos con la depresión posparto son muy bajas e incluso en algunos casos no alcanzan significación estadística (Nott y otros, 1976).

Otros factores que se han relacionado con la depresión posparto han sido: la edad (Davidson, 1972; Nott y otros, 1976), el parto provocado, la duración del parto, la experiencia del parto como difícil o doloroso, las puntuaciones en extraversión y neuroticismo en el momento del parto (Davidson, 1972; Pitt, 1973; Blumberg, 1980), la salud del recién nacido (Davidson, 1972; Pitt, 1973), el status del marido, la historia personal o familiar de enfermedades psiquiátricas, complicaciones obstétricas del posparto, tener el bebé del sexo deseado (Davidson, 1972), el número de hijos y los problemas menstruales antes del embarazo (Yalom y otros, 1968), problemas maritales (Tod, 1964), falta de apoyo social (Paykel y otros, 1980).

Recientemente O'Hara, Rehm y Campbell (1982) han intentado encontrar predictores de la depresión posparto, ofreciendo la novedad de utilizar medidas que representan a cada uno de los modelos conductuales de depresión. Sin embargo, se han limitado a tomar medidas de mujeres durante su embarazo y correlacionarlas después con el nivel de depresión posparto que presentaban, no obteniendo tampoco unos resultados claros.

Por tanto, en la actualidad a las únicas conclusiones a que se ha llegado en este problema son:

1. Que el posparto es un período de stress físico y psicológico para todas las madres.
2. Que no hay una única causa que provoque la depresión posparto, sino un conjunto de factores etiológicos.

Sin embargo, no se ha logrado determinar cuáles son estos factores y, consecuentemente, no existe ningún tratamiento preventivo.

Partiendo de esta situación, se ha realizado en el capítulo anterior una descripción de los factores que, a nuestro juicio, inciden en el posparto de la mujer. En cuanto a la influencia de dichos factores en la depresión posparto, basándonos en el modelo integrador de depresión, nos planteamos las siguientes cuestiones:

¿Puede ser la nueva configuración del entorno, que se produce en el posparto, uno de los factores que inciden en la depresión?

¿El déficit o carencia de las habilidades necesarias para manejar eficazmente la nueva situación del posparto puede ser otro de los factores influyentes en la depresión posparto?

¿Puede ser que la existencia de pautas de pensamiento «inadecuadas» para el propio bienestar de la mujer sea otro de los factores que influya en la depresión posparto?

Podremos prevenir la aparición de la depresión posparto entrenando a las mujeres en las habilidades que necesitan poseer en el período del posparto, modificando las estructuras cognitivas «idealizadas» que poseen las mujeres referentes a las relaciones familiares y al entorno en el posparto y enseñándoles a autorreforzarse más positivamente?

3.2. Hipótesis

Si proporcionamos a un grupo de mujeres embarazadas y a sus parejas un curso de preparación al posparto que incluya:

1. Entrenamiento en las habilidades que necesitarán poseer en el período del posparto.
2. Modificación de las estructuras cognitivas "distorsionadas" referentes a las relaciones familiares y al entorno en el posparto.
3. Entrenamiento en la reestructuración de su medio para que las mujeres obtengan una cantidad suficiente de refuerzo positivo, bien del medio externo, bien de ellas mismas, entonces, las mujeres que reciban esta preparación:

1. No presentarán la "depresión posparto", o su conducta depresiva será significativamente menor que la manifestada por las mujeres que no reciban este entrenamiento.
2. Tendrán una percepción más positiva de la tarea de la alimentación del hijo que las mujeres no preparadas.

3.3. Método

3.3.1. Sujetos

La muestra estaba constituida por ocho mujeres que dieron a luz en la Maternidad de Santa Cristina de Madrid. Su edad oscilaba entre veinte y treinta y dos años, estaban casadas y tenían su primer hijo. Su embarazo no estaba considerado de "alto riesgo". El nivel socioeconómico de la muestra era medio-bajo y el nivel cultural básico.

3.3.2. Material

Se utilizaron dos láminas que ilustraban la fisiología y anatomía de la mujer y que fueron elaboradas especialmente para esta ocasión (anexo A). También se usaron una pizarra y tizas de colores. A cada mujer se le entregó el siguiente material: hojas con guiones orientativos sobre el tema a tratar cada día (anexo B), hoja de registro de tareas a realizar (anexo C), fotocopias de los ejercicios de preparación para el amamentamiento durante los dos últimos meses del embarazo (anexo D), así como fotocopias de los ejercicios para la recuperación física en el posparto (anexo E).

3.3.3. Variables

La **VARIABLE INDEPENDIENTE** fue el tratamiento utilizado para prevenir la depresión posparto.

Las **VARIABLES DEPENDIENTES** fueron:

1. La conducta depresiva que mostraron las mujeres al transcurrir los diez primeros días después del parto.
2. El comportamiento de la mujer durante la lactancia.

TECNICAS DE TRATAMIENTO (V. I.)

Al grupo experimental le fue aplicado el tratamiento sugerido por el modelo integrador de depresión, para lo cual se emplearon las siguientes técnicas:

- a) Información sobre los factores influyentes en el posparto.
- b) Entrenamiento en habilidades de comunicación entre la pareja.
- c) Entrenamiento en solución de problemas.
- d) Técnicas de análisis y modificación de pensamientos distorsionados, sustituyéndolos por pensamientos más positivos y adaptativos.

- e) Entrenamiento en habilidades de lactancia.
- f) Entrenamiento en habilidades para los cuidados físicos y psicológicos del bebé.
- g) Habilidades de planificación y organización para obtener más refuerzos positivos.

Dicho programa de tratamiento implicó la utilización de estrategias tales como modelamiento, "role-playing", ensayo de conducta, "feed-back", moldeamiento, asignación de tareas y discusión en grupo.

MEDICION DE LA CONDUCTA DEPRESIVA (V. D.)

Respecto al estudio de la variable dependiente, la conducta depresiva de la mujer en el posparto, se eligieron dos tipos de medidas independientes, basadas en dos pruebas suficientemente validadas y aceptadas como método de medición de la severidad de la sintomatología depresiva. Dichas pruebas fueron:

1. *Cuestionario de depresión situacional (Forma B).*

Constituye la primera variable dependiente. Se trata de una prueba con un alto valor discriminativo y diferencial sobre estados de humor (Zersen y otros, 1970), traducida y adaptada por Pelechano (1972) del que existen ya sendos análisis factoriales con soluciones monofactoriales y, además, dos formas paralelas.

Se dan tres opciones de respuesta: SI, NO, ni una cosa ni otra, dando valor de 0 a la ausencia de trastorno, de 1 a "ni una cosa ni otra" y valor 2 a la presencia de problema. Se trata, en suma, de una lista en cada caso de pares de adjetivos de alguna manera opuestos entre sí.

2. *Cuestionario para la depresión autoaplicado de Beck*

Constituye la segunda variable dependiente. Los datos relativos a su fiabilidad, validez, aplicación test-retest han sido repetidamente presentados (Beck, 1961, 1967, 1972; Pichot, 1972), así como su aplicación en España (Conde y otros, 1976).

3. *Cuestionario sobre el comportamiento durante la lactancia.*

Constituye la tercera variable dependiente.

Fue elaborado por Pelechano (1972). Consta de 19 items que exploran siete áreas relacionadas con la lactancia materna.

3.3.4. Lugar

El curso de preparación se impartió en una sala de la Maternidad de Santa Cristina de Madrid, la cual se acomodó para tal fin (anexo F).

3.3.5. Diseño

Se utilizó un diseño de comparación con un grupo estático (Campbell y Stanley, 1979).

La formación de los grupos control y experimental se realizó como sigue:

El grupo experimental se constituyó con cinco mujeres tomadas al azar del archivo de la Maternidad de Santa Cristina de entre las que se encontraban en su quinto mes de gestación, eran primíparas y cumplían las características ya mencionadas en el apartado 3.3.1. De las cinco mujeres que recibieron el tratamiento, una de ellas no ha podido ser evaluada debido a que fue necesario practicarle una cesárea, debiendo permanecer hospitalizada durante quince días. Este suceso constituye una variable extraña en el experimento, por lo que el sujeto ha sido retirado de la muestra, quedando reducido el grupo experimental a cuatro mujeres.

El grupo control se formó el mismo día que daban a luz las mujeres del grupo experimental, tomando del registro de partos de la Maternidad la primera mujer que había dado a luz después de cada una de las del grupo experimental y que cumplía las características exigidas (apartado 3.3.1).

3.3.6. Procedimiento

Para la presente investigación se elaboró una lista con las mujeres que constaban en el archivo de la Maternidad de Santa Cristina de Madrid, que cumplían las características ya mencionadas (ser primíparas, no consideradas de "alto riesgo", casadas, de edades que oscilan entre veinte y treinta y dos años y que se encontraban en su quinto mes de gestación). De esta lista se cogieron aleatoriamente ocho mujeres, con las que se contactó telefónicamente y se les ofreció la posibilidad de asistir gratuitamente a un curso de preparación al parto-posparto organizado en la misma maternidad, a condición de que pudieran asistir acompañadas de sus maridos una tarde a la semana, de 7,30 a 9,30 durante diez semanas consecutivas.

De este grupo aceptaron las condiciones siete mujeres, de las cuales dos renunciaron después de asistir a la primera sesión por la imposibilidad de acudir sus maridos, siendo remitidas a otro grupo de preparación.

3.3.6.1. Entrenamiento

El entrenamiento que recibió el grupo experimental se realizó en siete sesiones de aproximadamente una hora y cuarto de duración que se completaban con un programa conductual de preparación al parto (Nogueiras, 1983) hasta completar 10 sesiones de dos horas de duración.

El contenido de las sesiones fue el siguiente:

1.^a SESION: INTRODUCCION AL CURSO. (Duración aproximada 1/2 hora)

- Breve presentación de todos.
- Se proporcionó a los sujetos un esquema explicativo que les permitiese entender la situación que se produce en el posparto y la lógica de las técnicas que aprenderían a lo largo de las sucesivas sesiones para enfrentarse a dicha situación.
- Se les entregó un guión orientativo sobre el tema a tratar en la 2.^a sesión (Anexo B1).

2.^a SESION: PROFILAXIS DE LA LACTANCIA MATERNA (1 h. y 1/2)

- Se realizó una discusión en grupo sobre los puntos reseñados en el guión (Anexo B2).
- Se escribieron en la pizarra las conclusiones a las que llegó el grupo sobre las ventajas e inconvenientes de cada uno de los tipos de alimentación (materna y artificial).
- Se les dieron fotocopias de los ejercicios para el cuidado de las mamas (Anexo D) y una hoja de registro para apuntar la tarea realizada (Anexo C).

3.^a SESION: LOS CUIDADOS PSICOLOGICOS DEL BEBE (1 h. y 1/2)

- Revisión de las hojas de registro, reforzando el cumplimiento de la tarea.
- Comentarios sobre la clase anterior.
- Explicación del tema basándonos en el guión dado.
- Se escribieron en la pizarra las conclusiones a las que llegó el grupo después de la explicación.
- Entrega del guión orientativo de la cuarta sesión (Anexo B3).

4.^a SESION: LOS CUIDADOS FISICOS DEL BEBE. (1 h. y 1/2)

- Revisión de hojas de registro, reforzando el cumplimiento de la tarea.
- Comentario sobre la clase anterior.
- Discusión en grupo del tema, basándonos en el guión dado.
- Clase práctica. Con un muñeco y los utensilios necesarios se efectuó un "role-playing" sobre el baño del niño, el cambio de pañales y los cuidados del ombligo.
- A continuación todas las parejas ejecutaron las tareas enseñadas.
- Entrega del guión orientativo para las sesiones quinta y sexta (Anexo B4).

5.^a SESION: RELACION DE LA PAREJA EN EL POSPARTO (1 h. y 1/2)

- Revisión de hojas de registro, reforzando el cumplimiento de la tarea.
- Comentarios sobre la clase anterior.
- Información sobre las costumbres de la maternidad durante el posparto.
- Basándonos en el guión correspondiente al tema, se explicaron las áreas de conflicto más comunes en el posparto.
- Las dos entrenadoras realizaron un "role-playing" de algunas situaciones típicas del posparto que generan problemas en la pareja.
- Las parejas debían discriminar en cuáles de las situaciones representadas se producía o no una buena comunicación de pareja y por qué.
- Como tarea para casa se pidió a cada pareja que preparasen una representación sobre una situación conflictiva en el posparto.

6.^a SESION: EL ENTORNO EN EL POSPARTO (1 h. y 1/2)

- Revisión de hojas de registro, reforzando el cumplimiento de la tarea.
- Comentarios de la clase anterior.
- "Role-playing" de las parejas sobre una situación del posparto que genere problemas.
- Discusión en grupo sobre los defectos de comunicación en las situaciones representadas.
- Conclusiones escritas en la pizarra sobre las habilidades en la comunicación y resolución de problemas de la pareja.
- Discusión en grupo sobre la organización del trabajo en el hogar y la organización económica y laboral en el posparto.
- Como tarea para casa se pidió que cada pareja hiciera una planificación del trabajo en el hogar durante el posparto.

7.^a SESION: CAMBIOS FISICOS Y PSICOLOGICOS DE LA MUJER EN EL POSPARTO (1 h.)

- Revisión de las tareas, reforzando el cumplimiento de las mismas.
- Comentarios sobre la planificación del trabajo en el hogar durante el posparto.
- Explicación de los cambios físicos y psicológicos de la mujer en el posparto.
- Repaso general del curso, anotando en la pizarra las conclusiones del grupo.
- Entrega de fotocopias de los ejercicios de gimnasia para la recuperación física en el posparto (Anexo B).

3.3.6.2. Evaluación

Para realizar la evaluación una colaboradora visitaba a cada mujer, tanto del grupo experimental como de control, un día después del parto en sus respectivas habitaciones de la maternidad. Se presentaba como una trabajadora del centro que recogía los datos sobre las experiencias de cada mujer en el parto y posparto y al mismo tiempo, les entregaba los cuestionarios de evaluación del parto y les daba un sobre cerrado conteniendo tres cuestionarios (el de depresión de Beck, el de depresión situacional y el de comportamiento durante la lactancia) indicándoles que debían cumplimentarlos el día 11.º después del parto y que con la finalidad de recordárselo, se les telefonaría en esa fecha.

En la fecha correspondiente a cada mujer (el día 11.º después del parto) se le llamaba por teléfono y se concertaba una cita con ellas para acudir a su domicilio y recoger los cuestionarios.

Tanto la selección de la muestra como la evaluación y el entrenamiento del grupo experimental, fueron realizados por dos personas, la autora del presente trabajo y la autora del programa conductual de preparación al parto (Nogueiras, 1983) que completaba este curso.

3.4. Análisis y discusión de resultados

3.4.1. Análisis de resultados

Las medias y desviaciones típicas de los resultados obtenidos en cada una de las tres variables dependientes por los sujetos de los dos grupos (experimental y control) se pueden ver en el CUADRO 1.

Las puntuaciones obtenidas por cada sujeto de cada grupo en las tres variables dependientes pueden verse en los CUADROS 2 y 3.

Para el análisis de los resultados obtenidos en este trabajo hemos utilizado la técnica no paramétrica U de Mann Whitney, ya que las dos muestras son pequeñas e independientes.

El análisis de datos evidencia efectos significativos para la primera V. D. (la depresión medida con un cuestionario de depresión situacional: Con $n_1=4$; $n_2=4$; $U=14$; $U'=2$; $\varphi=0.1$; $p=0.057$; $p \leq 0.1$) lo que indica la existencia de diferencias significativas en las puntuaciones de depresión situacional entre los dos grupos en estudio (CUADRO 4).

En la segunda V. D. (la depresión medida con el inventario de depresión de Beck: $U=13$; $U'=3$; $\varphi=0.1$; $p=0.100$; $p \leq 0.1$) también aparecen diferencias significativas entre los dos grupos en las puntuaciones de depresión obtenidas con este cuestionario (CUADRO 5).

En la 3.ª V. D. (el comportamiento durante la lactancia) se comprueba la existencia de diferencias significativas ($U=0$; $\varphi=0.05$; $p=0.014$; $p \leq 0.05$) que nos indica una diferencia en las habilidades para la lactancia que poseen ambos grupos (CUADRO 6).

Cuadro 1
MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS OBTENIDAS POR EL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN LAS TRES VARIABLES DEPENDIENTES

Var. Dependientes	Grupo Experimental		Grupo Control	
	\bar{X}_1	Sx_1	\bar{X}_2	Sx_2
1.ª) D. Situacional	7,25	3,344	20,5	13,573
2.ª) I. D. BECK	1,75	1,089	14,25	12,07
3.ª) C. Lactancia	18,75	0,433	14,75	3,491

Cuadro 2
PUNTUACIONES OBTENIDAS POR EL GRUPO EXPERIMENTAL EN LAS TRES VARIABLES DEPENDIENTES
SUJETOS

Var. Dependientes	n.º 1	n.º 2	n.º 3	n.º 4
1.ª) D. Situacional	5	13	5	6
2.ª) I. D. BECK	3	2	0	2
3.ª) C. Lactancia	19	19	18	19

Cuadro 3
PUNTUACIONES OBTENIDAS POR EL GRUPO CONTROL EN LAS TRES VARIABLES DEPENDIENTES
SUJETOS

Var. Dependientes	n.º 1	n.º 2	n.º 3	n.º 4
1.ª) D. Situacional	36	32	7	7
2.ª) I. D. BECK	29	23	5	0
3.ª) C. Lactancia	9	15	18	17

CUADRO 4

LA U DE MANN WHITNEY. 1.^a V. D.: D. Situacional

ORDEN	1. ^o	2. ^o	3. ^o	4. ^o	5. ^o	6. ^o	7. ^o	8. ^o
PUNTUACION	5	5	6	7	7	13	32	36
GRUPO	E	E	E	C	C	E	C	C
	U=14			U'=2				

CUADRO 5

LA U DE MANN WHITNEY. 2.^a V. D.: I. D. Beck

ORDEN	1. ^o	2. ^o	3. ^o	4. ^o	5. ^o	6. ^o	7. ^o	8. ^o
PUNTUACION	0	0	2	2	3	5	23	29
GRUPO	E	C	E	E	E	C	C	C
	U=13			U'=3				

CUADRO 6

LA U DE MANN WHITNEY. 3.^a V. D.: C. Lactancia

ORDEN	1. ^o	2. ^o	3. ^o	4. ^o	5. ^o	6. ^o	7. ^o	8. ^o
PUNTUACION	9	15	17	18	18	19	19	19
GRUPO	C	C	C	C	E	E	E	E
	U=0			U'=16				

3.4.2. Discusión de resultados

Debido a las características peculiares que presentan las dos primeras variables dependientes estudiadas (1.^a V. D.: la depresión medida con un cuestionario de depresión situacional. 2.^a V. D.: la depresión medida con el inventario de depresión de Beck) parece oportuno hacer ciertas consideraciones en cuanto al análisis de sus resultados.

Ya que la probabilidad de aparición de depresión posparto en la población es de un 50 % a un 80 % (Robin, 1962; Davidson, 1972; Pitt, 1973; Yalom y otros, 1968) el análisis de resultados más idóneo para probar las diferencias existentes entre un grupo que ha recibido un tratamiento preventivo de la depresión posparto y otro que no lo recibió sería una diferencia de probabilidades, esperándose una probabilidad $p_1 < 0.5$ en el grupo experimental ($0.0 \leq p_1 < 0.5$) y una p_2 que oscila entre 0.5 y 0.8 para el grupo control ($0.5 \leq p_2 \leq 0.8$).

Sin embargo, en el presente trabajo no ha sido posible realizar dicho análisis, ya que requiere muestras grandes y este estudio se realiza con un total de ocho sujetos, cuatro en el grupo control y cuatro en el experimental.

Los resultados que hemos obtenido en la 1.^a y 2.^a V. D. utilizando la U de Mann Whitney nos indican diferencias significativas en la depresión que manifiestan las mujeres de ambos grupos sólo a un nivel de $\varphi=0.1$. Creemos que esto se debe a la influencia del escaso número de sujetos y a las características ya mencionadas de la incidencia del fenómeno de la depresión posparto. A pesar de este inconveniente, si observamos las puntuaciones de depresión obtenidas en las dos primeras V. V. (ver CUADROS 2 y 3) constatamos que en el grupo experimental ningún sujeto manifiesta depresión, 0 % de depresión posparto, (en la 1.^a V. D. las puntuaciones oscilaron entre 5-13; Pelechano, 1982. En la 2.^a V. D. las puntuaciones oscilaron entre 0-3; Beck, 1976), mientras que en el grupo control dos sujetos la manifiestaban, 50 % de depresión posparto (en la 1.^a V. D. las puntuaciones oscilaron entre 7-36; Pelechano, 1982. En la 2.^a V. D. las puntuaciones oscilaron entre 0-29; Beck, 1976). Estos resultados corroboran nuestra primera hipótesis: las mujeres que recibieron el tratamiento preventivo no presentaron depresión posparto. Sin embargo, si la experimentaron el 50 % de las que no recibieron dicho tratamiento.

Estas diferencias obtenidas en la incidencia de la depresión posparto en ambos grupos nos indican que ello puede deberse a la eficacia del tratamiento aplicado. En un futuro deberemos comprobar estos resultados utilizando muestras mayores.

En cuanto a la tercera V. D. (el comportamiento durante la lactancia) las mujeres que han recibido preparación se perciben a sí mismas más eficaces en su comportamiento durante la lactancia y consideran a sus hijos más cooperadores en la tarea.

Pelechano (1982) en su investigación sobre el impacto psicológico de ser madre, obtuvo resultados en contra de su hipótesis respecto a la percepción que tenían las madres sobre la colaboración de sus hijos en la alimentación. Las madres que no habían recibido preparación para el parto percibían al hijo más cooperativo en las tareas alimentarias que las madres que habían sido preparadas para el parto. Esto le llevó a sugerir la conveniencia de incluir en los programas de preparación para el parto información relevante y entrenamiento en tareas de alimentación del bebé.

Nuestros resultados apoyan la necesidad de llevar a cabo este entrenamiento, ya que las mujeres de nuestro estudio que han realizado una profilaxis de la lactancia materna, se han evaluado a sí mismas y a sus hijos más positivamente en las tareas de alimentación que las mujeres no entrenadas.

3.5. Conclusiones

Al analizar los datos obtenidos utilizando la técnica U de Mann Whitney, se comprueba que existen diferencias significativas en las tres variables dependientes estudiadas.

En la primera variable dependiente (la depresión medida por un cuestionario de depresión situacional), se encuentran diferencias en

las puntuaciones de depresión obtenidas por las mujeres de ambos grupos. En el grupo experimental, las puntuaciones de los cuatro sujetos nos indican que ninguna mujer manifestó un comportamiento depresivo; por tanto, la incidencia de la depresión posparto en este grupo fue de 0 %, mientras que en el grupo control, las puntuaciones obtenidas indican que dos de los cuatro sujetos de dicho grupo experimentaron una conducta depresiva, es decir, que la incidencia de la depresión posparto fue del 50 % en dicho grupo.

Estos resultados se vuelven a repetir al analizar la segunda variable dependiente (la depresión medida con el inventario de depresión de Beck). Las mujeres del grupo experimental no manifestaron depresión en las puntuaciones obtenidas, a diferencia de las del grupo control en el cual la manifestaron el 50 % de las mujeres.

En la tercera variable dependiente (el comportamiento durante la lactancia) también aparecen diferencias significativas en las conductas alimentarias de las mujeres de ambos grupos. Las que han recibido preparación se perciben a sí mismas más eficaces durante la lactancia y a sus hijos más cooperadores en la tarea que las mujeres no preparadas.

Por tanto, en un análisis valorativo respecto a las hipótesis planteadas, según las medidas utilizadas, comprobamos:

a) Respecto a la hipótesis sobre la eficacia del tratamiento elaborado en este trabajo para la prevención de la depresión posparto, encontramos que dicha hipótesis puede aceptarse según los resultados obtenidos en las dos primeras variables dependientes, ya que en ambas el efecto del tratamiento preventivo produjo diferencias significativas en la incidencia de la depresión posparto en ambos grupos.

b) Respecto a la hipótesis sobre la eficacia de la profilaxis de la lactancia materna, encontramos que puede aceptarse dicha hipótesis ya que los resultados obtenidos nos indican que las mujeres que han sido entrenadas en las habilidades necesarias para realizar la lactancia han manifestado una percepción más positiva de las conductas alimentarias que las mujeres no preparadas.

Todo ello nos permite inferir, en consonancia con las hipótesis planteadas, que el tratamiento utilizado en este trabajo representa un método adecuado para su aplicación en las mujeres antes de su maternidad, con objeto de prevenir la aparición de la depresión posparto.

Además, para la elaboración de este tratamiento preventivo de la depresión posparto nos hemos basado en uno de los modelos conductuales de depresión, el modelo integrador, utilizando las técnicas indicadas por dicho modelo para el tratamiento de depresiones. Según esto, la depresión posparto no es un fenómeno distinto a una depresión no puerperal, ya que se ha visto que ambas pueden ser tratadas con éxito utilizando las mismas técnicas conductuales y el mismo modelo explicativo.

Otro aspecto importante a destacar acerca del tratamiento utilizado en el presente trabajo, es su carácter preventivo. Hasta el presente, solamente se habían utilizado las técnicas de los modelos conductuales de depresión para el tratamiento de sujetos que ya manifestaban de-

presión. Sin embargo, nuestro enfoque ha sido inverso: a partir del análisis de los factores que inciden en la mujer durante el posparto, se han determinado cuáles serán las conductas más eficaces para controlar esos factores e impedir la aparición de la depresión posparto, pasando a continuación a seleccionar las técnicas apropiadas para lograr dichas conductas adaptativas.

Otra consideración que se desprende de los razonamientos anteriores es que si la depresión posparto puede ser prevenida, ello implica que tiene un carácter situacional y no de estado.

Tampoco hasta el momento se había analizado el fenómeno de la depresión posparto siguiendo un enfoque conductual. La mayoría de los investigadores del tema han seguido una orientación psicoanalítica y su análisis del problema ha sido diametralmente opuesto al nuestro.

Algunos investigadores han señalado los factores endocrinos como causa de la conducta depresiva del posparto y han estudiado el efecto que producía la reducción del estrógeno y progesterona después del parto (Dalton, 1971; Herzog y Detre, 1976). Sin embargo, Nott y otros (1976) evidenciaron la escasa significación de los resultados de estas investigaciones.

También se ha estudiado la influencia de otras variables psicológicas y sociales en la depresión posparto, pero no se han hallado relaciones significativas entre estas variables y la depresión posparto. Algunos factores estudiados han sido los siguientes: la edad, el parto inducido, la duración del parto, la experiencia del parto como difícil o dolorosa, las puntuaciones en extraversión y neuroticismo en el momento del parto, la salud del recién nacido, el estatus del marido, la historia personal o familiar de enfermedades psiquiátricas, complicaciones obstétricas del posparto y el tener el bebé del sexo deseado (Davidson, 1972; Pitt, 1972; Nott y otros, 1976), el número de hijos y los problemas menstruales antes del embarazo (Yalom y otros, 1968), problemas maritales (Tod, 1964), falta de apoyo social (Paykel y otros, 1980).

En estos estudios se detectan insuficiencias metodológicas comunes. La mayoría son estudios retrospectivos basados en los recuerdos de las pacientes admitidas en hospitales psiquiátricos. Además, ha sido poco frecuente el uso de grupos control, incluso cuando se han utilizado no han sido equivalentes los niveles sociales y económicos a los del grupo experimental.

En el presente estudio se han tratado de superar dichas insuficiencias metodológicas. Sin embargo, somos conscientes de que la muestra que se ha utilizado fue pequeña para poder extraer conclusiones definitivas sobre el tema, y serán necesarias más investigaciones que confirmen la eficacia de este tratamiento preventivo de la depresión posparto aplicándolo a muestras mayores.

Creemos que este trabajo abre un nuevo camino de investigación en el tema de la depresión posparto que debe continuarse y potenciarse, ya que sus implicaciones sociales son numerosas. La profundización en el conocimiento del fenómeno que nos ocupa supondría una elevación del nivel de salud mental en la población femenina, así como un aumento en la calidad de los cuidados que se reciben en los

primeros tiempos de vida extrauterina, ya que como ha quedado probado, el "ser madre" no es un hecho "natural" como piensa la mayoría, sino que es una conducta más, susceptible de aprendizaje.

Las perspectivas abiertas de investigación son diversas:

a) En primer lugar, la posibilidad de replicación de los resultados obtenidos en este estudio a muestras más amplias y datos de seguimientos posteriores.

b) En segundo lugar, este trabajo estimula el estudio sistemático y experimental de la influencia que pueda tener en la conducta depresiva del posparto cada uno de los factores estudiados.

c) En tercer lugar, nuestro tratamiento habrá de ser sometido a un análisis de componentes que nos permita apreciar la contribución de cada una de las técnicas utilizadas en el resultado final.

Consideramos de especial interés comprobar la influencia que ejerce la participación del padre en el curso de la preparación al parto, ya que es conocida la importancia que tiene el comportamiento del hombre en su mujer e hijo.

d) Por último, el presente estudio ofrece una invitación a la Psicología Científica para que asuma el papel que le corresponde en la investigación del fenómeno de "la maternidad".

4

Bibliografía