

Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna

Characterization of Perceived Social Support During Postpartum and the Presence of Maternal Depression

Yolanda Contreras-García, Paulina Sobarzo Rodríguez, Camilo Manríquez-Vidal

Facultad de Medicina. Departamento de Obstetricia y Puericultura. Universidad de Concepción, Chile.

RESUMEN

Introducción: el período de posparto es una etapa de vulnerabilidad biopsicosocial en la mujer. Se reconoce una prevalencia de depresión posparto en Chile de un 27,2 % a un 41,3 %. Por otra parte, el apoyo social puede ser un factor protector para este periodo.

Objetivo: relacionar las características del apoyo social percibido y la presencia de depresión materna en el periodo de posparto.

Métodos: estudio transversal correlacional, de 76 mujeres en periodo de posparto (30 días a 1 año), sanas y sin antecedentes de depresión. Se les evaluó sintomatología depresiva, percepción del apoyo social y funcionamiento familiar. Se agregó un cuestionario de variables biosociales, obstétricas y relacionales, previo consentimiento informado y autorización del comité de ética del centro de salud. El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS versión 19.0. Se aplicó un análisis descriptivo univariado, bivariado y multivariado con un nivel de significación estadística menor de 0,05.

Resultados: la depresión fue detectada en 27,6 % de las puérperas. La asociación entre la presencia de depresión posparto con la percepción del apoyo social, resultaron estadísticamente significativas al igual que la funcionalidad familiar y la percepción de la relación con la pareja y la madre. Las variables biosociales y obstétricas no resultaron significativas para la presencia de depresión.

Conclusiones: los factores protectores de la depresión materna identificados fueron: el apoyo social percibido, el funcionamiento familiar y aspectos relacionales con la pareja y la madre.

Palabras claves: depresión posparto; apoyo social percibido; funcionamiento familiar.

ABSTRACT

Introduction: The postpartum period is a time of bio-psychosocial vulnerability in women, recognizing the prevalence of postpartum depression in Chile from 27.2 % to 41.3 %. Moreover, social support may be a protective factor for this period.

Objective: to relate the characteristics of perceived social support and the presence of maternal depression in the postpartum period.

Methods: A correlational cross-sectional study was led on 76 healthy women in postpartum period (30 days to 1 year), and without a history of depression. Depressive symptomatology, social support perception, and family functioning were evaluated. A questionnaire of biosocial, obstetrical and relational variables was added, with prior informed consent and authorization from the ethics committee of the health center. The statistical analysis was performed with SPSS version 19.0, using descriptive univariate, bivariate and multivariate a statistical significance level less than 0.05.

Results: Postpartum depression was detected in a 27, 6 %. The association between depressions with social support perception was statistically significant, as family functioning and the relationship with their partners and mothers. Biosocial and obstetric variables were not significant for the presence of depression.

Conclusions: Perceived social support, family functioning and relational aspects with their partners and mothers are protective factors for maternal depression, compared with other variables.

Keywords: postpartum depression; social support; family functioning.

INTRODUCCIÓN

Durante el puerperio, suceden una serie de cambios que pueden predisponer a un cuadro depresivo. La depresión posparto se debe a la incapacidad de adaptación a este cambio, la cifra nacional es entre 27,2 % a un 41,3 %.¹ Por definición, la depresión es una alteración del estado del ánimo, que persiste por lo menos dos semanas² y que puede presentarse durante el primer año de posparto.³ El apoyo social es un elemento crítico para el desarrollo de un cuadro depresivo,⁴ cuya ausencia no sólo parece estar relacionada con la aparición sino además con la recurrencia de esta patología, siendo un facilitador en la transición de la mujer hacia la maternidad.⁵ Se señala que las intervenciones desde el apoyo social pueden impedir que una angustia inicial evolucione a un cuadro depresivo.⁶ Además, existe una relación entre la depresión posparto y la funcionalidad familiar.⁷ Las parejas y las madres de las mujeres son las personas identificadas como principal fuente de apoyo.^{8,9} El objetivo de este estudio es relacionar el apoyo social percibido y su relación con la presencia de depresión materna.

MÉTODOS

Estudio cuantitativo, transversal y correlacional. El universo consideró al número total de mujeres que fueron ingresadas a control de posparto desde el 1 de enero al 30 de junio del 2013. Hubo 97 puérperas, sin incluir a las puérperas de aborto o neomortinatos en un centro de atención familiar del nivel primario de la comuna de Concepción, Chile. Con un error estimado de 0,05 % y confiabilidad de 95 %, se obtuvo una muestra no aleatoria de 76 puérperas, cuyos criterios de inclusión contemplaron tener entre 1 y 12 meses de posparto, sanas, sin antecedente de depresión durante la gestación o riesgo evaluado en el período de posparto a través de la Escala de Edimburgo, con recién nacido sano, sin patología mental previa o patología física severa.

Se aplicó un cuestionario que recogió variables sociodemográficas, obstétricas y relacionales. Para la evaluación de depresión se utilizó el Inventario de depresión de Beck (BDI-II), validado por *Sanz y Vásquez*.¹⁰ Este inventario es un instrumento de auto aplicación de 21 ítems, diseñado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems, la persona debe elegir -entre cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad- la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el instrumento. En cuanto a la corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63 puntos. La depresión leve se encuentra en un puntaje de 14 a 19; la depresión moderada, un puntaje de 20- 28 y depresión grave, un puntaje de 29-63.¹¹ No se consideró el uso de la Escala de Edimburgo, por estar aplicada al menos una vez o bien inclusive dos veces en el periodo de posparto: primer control posparto y/o dos meses posparto, según patrones de atención del sistema público chileno, cuyo resultado había sido sin riesgo.

El apoyo social percibido fue evaluado mediante la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet, validado por *D'appolonia* y otros en el año 2000.¹² Este instrumento evalúa 3 ámbitos que involucran a la familia, a los amigos y a otros significativos. Cada uno de ellos tienen 4 preguntas que se responden bajo el formato tipo Likert de 4 puntos (casi nunca= 1 punto; a veces =2 puntos; con frecuencia= 3 puntos y casi siempre o siempre= 4 puntos). A mayor puntaje obtenido se estima mayor percepción de apoyo social.¹³

También se evaluó el funcionamiento familiar mediante el test FF-SIL que fue validado en 1994, por *De la Cuesta D, Pérez E y Louro I*.¹⁴ Este instrumento auto administrado consta de 14 proposiciones y 7 categorías que definen el funcionamiento familiar a través de la cohesión (ítems 1 y 8); armonía (ítems 2 y 13); comunicación (ítems 5 y 11; adaptabilidad (ítems 6 y 10); afectividad (ítems 4 y 14); roles (ítems 3 y 9) y permeabilidad (ítems 7 y 12). El puntaje obtenido va de 0 a 70 puntos y en las respuestas se ofrecen 5 posibilidades desde la opción casi nunca (1 punto) hasta casi siempre (5 puntos). Se considera familia funcional a aquella que obtiene valores iguales o superiores a 57 puntos; familia moderadamente funcional, de 56 a 34 puntos; familia disfuncional, de 33 a 28 puntos y familia severamente disfuncional, de 27 a 14 puntos.

Para el análisis se utilizó el programa estadístico SPSS versión 19.0. La descripción se realizó mediante el análisis univariado en donde las variables cuantitativas se

expresaron en medias y sus respectivas desviaciones estándar o medianas. Mientras que para las variables cualitativas trabajadas en categorías se obtuvieron sus frecuencias absolutas (n) y relativas (%). En el análisis bivariado se utilizaron las pruebas chi cuadrado, prueba exacta de Fisher y Mann Whitney. Finalmente, en el análisis multivariado, se analizó de varianza paramétrica y no paramétrica. El proyecto de investigación fue autorizado y aprobado por el comité de ética del Centro de Salud involucrado y su correspondiente dirección.

RESULTADOS

Del total de 76 puérperas, la depresión posparto se presentó en 21 de ellas (27,6 %). El promedio de tiempo posparto de estas mujeres correspondió a 4,71 meses (3,93) para el grupo con depresión y de 5,85 meses (3,48) para el grupo sin depresión. La edad promedio fue de 27,5 años (7,01) y de 25,6 años (6,73) para el grupo con y sin depresión, respectivamente. Antecedentes obstétricos como número de embarazos, partos y abortos se comportó de manera similar en ambos grupos, sin diferencias significativas. La duración de la lactancia materna resultó ser significativa con un promedio de meses de 2,38 para aquellas mujeres con depresión, versus 2,51 para aquellas que no la presentaron con un valor de p de 0,0228. En cuanto a las variables sociales, se observó un predominio de: enseñanza media completa, estado civil soltera y en convivencia, con trabajo remunerado y viven de allegada, variables que no mostraron diferencias significativas, al observar cierta homogeneidad del grupo en este ámbito. Para determinar la significación estadística se aplicó la prueba no paramétrica para diferencias de medias Mann Whitney, ya que las variables no cumplieron el supuesto de normalidad. La descripción detallada de estas variables se observan en la [tabla 1](#).

La prevalencia de sintomatología depresiva identificada por el Inventario de Beck BDI-II, entregó como resultado que un 73,4 % (n= 55) de las mujeres obtuvieron un puntaje de 0-13 puntos con mínima sintomatología. Mientras que el resto del grupo 27,6 % (n= 21) presentó algún nivel de sintomatología depresiva. Se distribuyeron en: depresión leve un 61,9 % (n= 13); depresión moderada un 23,8 % (n= 5) y depresión grave un 14,2 % (n= 3). Todas las puérperas con puntajes alterados fueron evaluadas por el equipo de salud mental del centro para su corroboración diagnóstica.

En los antecedentes perinatales, relacionados con el último parto, predominaron en ambos grupos (con y sin depresión) por sobre 60 % los siguientes: embarazo no planificado, sin patología grave asociada al embarazo, sin patología pregestacional. Particularmente, la distribución del tipo de parto en los grupos, se observa que el parto vaginal predomina (52,7 %) en las mujeres sin depresión, mientras que la cesárea de urgencia (47,6 %) en las mujeres con depresión; sin embargo, no hay diferencias significativas (p= 0,069). En ambos grupos predomina la atención del parto en hospital público con un 57,1 y un 67,3 %, respectivamente. Cerca del 80 % estuvo acompañada durante el trabajo de parto o parto y en el mismo porcentaje lo hace por el progenitor de su hijo. El tipo de lactancia exclusiva es la que predominó en ambos grupos (38,1 y 41,8 %), la lactancia mixta es mayor en el grupo con depresión en un 28,6 % versus un 16,4 %; sin embargo, esta variable no presentó diferencia significativa p= 0,435 (prueba exacto de Fisher). El detalle de estas variables por grupo se observan en la [tabla 2](#).

En cuanto al apoyo social percibido valorado mediante la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet (MSPSS de Zimet), se obtuvo un promedio general de 37,68 puntos (DE \pm 7,707) de un total de 48 puntos. Por tipo de apoyo social se determinó un promedio de apoyo de familia de 12,99 (DE \pm 3,427), de amigos un 10,95 (DE \pm 4,118) y de otros significativos de 13,75 (DE \pm 3,303). En la [tabla 3](#) se observa la comparación de las medias de ambos grupos, donde se destacan las diferencias significativas en familia y otros indicadores, en donde se obtuvo un $p=0,0021$ y de $0,003$, respectivamente.

La distribución de cada ítem de la escala MPSS de Zimet se puede observar en la [tabla 4](#). Se identificó dentro del ítem de familia, tres de los cuatros ítems evaluados que corresponden a la percepción de apoyo emocional, la posibilidad de conversación de problemas y el apoyo en la toma de decisiones logran valores significativos ($p < 0,05$). Mientras que en amigos, no se observan diferencias significativas entre ambos grupos. Sin embargo, en el ítems de otros significativos, se observan nuevamente diferencias significativas ($p < 0,05$), pero aquí incluye todas las preguntas de este ítem.

En el grupo de mujeres con depresión, se aplicó un análisis de varianza para identificar si existía relación entre el nivel de apoyo social y el grado de depresión. A los puntajes de los ítems de "familia" y "amigos" se le aplicó un análisis paramétrico al cumplir los supuestos de normalidad y varianza homogénea en los residuos, mientras que en los puntajes de "otros significativos" se realizó un análisis de varianza no paramétrica (Kruskal Wallis) dado que no cumplió el supuesto de normalidad en los residuos. El detalle de este resultado se observa en la [tabla 5](#), en donde se muestra que estos puntajes no se relacionan con el grado de depresión posparto ($p=0,085$ para familia; $0,0908$ para amigos y de $0,1326$ para otros significativos).

Con el fin de confirmar la confiabilidad de esta escala de apoyo social, se aplicó el Alfa de Cronbach y se obtuvieron valores para el ítem de familia de $0,918$, para amigos de $0,937$ y para otros significativos de $0,910$. Por lo que la escala demostró una alta fiabilidad en este grupo.

Por otra parte, a estas mujeres también se les evaluó la percepción relacional con las personas significativas. Se observó que en ambos grupos, existe una convivencia con su pareja por sobre 60% , su convivencia es mayor de 1 año por sobre 90% , la figura materna corresponde por sobre 85% a su madre biológica. Hubo diferencias significativas en la percepción de la calidad de la relación con su pareja (promedio $5,06/6,19$) o madre (promedio $5,52/6,38$) entre ambos grupos con un valor de p de $0,0002$ y de $0,0033$, respectivamente. El detalle de estas variables se pueden observar en la [tabla 6](#).

Finalmente, una variable considerada confundente fue la funcionalidad familiar. Esta se evaluó mediante la escala FFSIL, se pudo observar diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0,0001$). En el grupo con depresión, se identificó un $28,5\%$ de familias con disfuncionalidad versus ninguna familia con esta condición ([tabla 7](#)).

DISCUSIÓN

La prevalencia de depresión posparto encontrada en este grupo de mujeres correspondió al 27,6 %, valor mayor que los reportados en otros estudios similares con un 22 %, en estudios realizados en Venezuela y Chile.^{15,16}

En cuanto al nivel de depresión posparto, un estudio realizado en Ghana y publicado el año 2013¹⁷ encontró que un 32,7 % de las puérperas presentó depresión leve, 27,4 % depresión moderada y 9,8 % depresión grave, cifras que difieren a las encontradas en este estudio que correspondieron al 61,9 %; 23,8 % y 14,2 %, respectivamente.

Otro estudio chileno (2010) observó que sólo un 37,5 % de las mujeres señaló haber tenido un embarazo planificado, similar a las cifras encontradas en otro estudio brasilero (2004), cifra que para el presente estudio es de 35,5 %.^{3,18}

Variables como la vía del parto, escolaridad, estado civil y nivel socioeconómico no resultaron significativas en el presente estudio; se comportaron de manera similar al estudio chileno (2010).¹⁶ Un estudio publicado en el año 2012 en 318 mujeres puérperas de Turquía, encontró que el tipo de parto (vaginal, cesárea programada o de urgencia), no tuvieron efectos en los puntajes finales para riesgo de depresión posparto según la Escala de Edimburgo;¹⁹ situación que en nuestro estudio se corrobora ($p=0,409$). Sin embargo no deja de llamar la atención la presencia de 47,6 % cesáreas de urgencia en el grupo con depresión, versus 18,2 %. Esta situación debiera explorarse en un tamaño muestral mayor en un próximo estudio.

La duración de la lactancia como factor protector se vuelve a identificar en el presente trabajo con una $p=0,0228$, situación que se reconoce en un estudio similar realizado en Irán (2012), donde se comparó 78 mujeres que amamantaron, versus aquellas que no lo hicieron y su riesgo de depresión posparto con un $p=0,04$.²⁰

El presente estudio pudo demostrar la asociación estadísticamente significativa en el apoyo social percibido para los ítems de familia y otros significativos. De igual manera, estudios tales como el realizado en India (2012), mediante un análisis multivariado, halló asociación significativa entre depresión posparto con percepción de un déficit de apoyo social.²¹ Un estudio en mujeres egipcias, demostró que la depresión posparto estuvo significativamente predicha por el apoyo social recibido.²²

Un estudio realizado en México (2012) reveló que las variables que predijeron la sintomatología ansiosa a los 4-5 meses posparto fueron no tener pareja y la falta de apoyo social,²³ situación que en nuestro estudio se observa claramente en donde el apoyo percibido de la familia y de otros indicadores son los factores asociados a la depresión posparto.

Frente a las relaciones interpersonales de la puérpera, un estudio chileno (2008) halló significancia estadística en cuanto a la calidad de relación con los padres de la puérpera y con el padre de su hijo durante el embarazo, lo cual también tuvo significancia estadística en este estudio para el progenitor y para la relación con la madre de ella, específicamente.²⁴

Existen pocos estudios en donde se aborde el funcionamiento familiar como factor protector de la depresión posparto. En un estudio chileno (2012), se identificó una asociación entre la depresión posparto y la funcionalidad familiar,²⁵ hallazgo coincidente con el presente estudio.

Se puede concluir que el entorno social es un elemento central en la presencia de depresión posparto, por lo cual se recomienda explorarlo de manera más exhaustiva en el periodo gestacional. De tal modo que se puedan aplicar estrategias preventivas y promocionales que permitan mejorar las redes inmediatas de apoyo a las mujeres para una adaptación adecuada a las exigencias que considera la llegada de un hijo(a).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en Santiago, Chile. Rev Med Chile. 1995;123:694-99.
2. Ministerio de Salud de Chile. Garantías explícitas en salud. Guía clínica: Depresión en personas de 15 años y más. Serie de guías clínicas MINSAL nº XXI. 1º edición. Santiago: MINSAL; 2006.
3. Moreno A, Domínguez L, França P. Depresión posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. Rev Chil Obstet Ginecol. 2004;69(3):209-13.
4. Evans M, Donelle L, Hume-Loveland L. Social support and online postpartum depression discussion groups: A content analysis. Patient Education and Counseling. 2012;87:405-10.
5. Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P. Postnatal Depression in First-Time Mothers: Prevalence and Relationships Between Functional and Structural Social Support at 6 and 12 Weeks Postpartum. Arch Psychiat Nurs. 2011;25(3):174-84.
6. Payke E. Life events, social support and depression. Acta psychiatry Scand Suppl. 1994;377:50-8.
7. Vargas R. Funcionalidad familiar y redes de apoyo social en la depresión posparto en el hospital obrero. Rev. Cochab Med. Fam. 2008:21-6.
8. Hung Ch, Lin Ch, Stocker J, Yu Ch. Predictors of postpartum stress. J Clin Nurs. 2011;20:666-74.
9. Haslam D, Pakenham K., Smith A. Social support and postpartum depressive symptomatology: the mediating role of maternal self-efficacy. Infant Ment Health J. 2006;27(3):276-91.
10. Vázquez C, Sanz J. Fiabilidad y validez factorial de la versión española del inventario de depresión de Beck. Barcelona: III Congreso de Evaluación Psicológica, 1991. Citado por: Comeche MI, Diaz MI, Vallejo MA. Cuestionarios, inventarios, escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales. Madrid: Fundación Universidad-Empresa; 1995. p. 186-190.

11. Melipillan AR, Cova SF, Rincón GP, Valdivia PM. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Ter Psicol.* 2008;26(1):59-69.
12. D'Appollonio J, Díaz A, Fuenzalida A, Maldonado I, Mella R. Factores asociados a la salud mental en los adultos mayores inscritos en el Sistema de Salud Municipal de la Comuna de Talcahuano. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad San Sebastián; 2000.
13. Ortiz PM, Baeza RMJ. Propiedades psicométricas de una escala para medir apoyo social percibido en pacientes chilenos con diabetes tipo 2 *Universitas Psychologica.* 2011;10(1):189-96.
14. De la Cuesta Frejoimil D, Pérez González E, Louro Bernal I. Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento .Tesis de Maestría en Psicología de la Salud). Ciudad de La Habana: Facultad de Salud Pública; 1994.
15. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Rev chil obstet ginecol.* 2010;75(5):312-20.
16. Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Avilés V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala de Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2007;67(3):187-91.
17. Gold KJ, Spangenberg K, Wobil P, Schwenk TL. Depression and risk factor for depression among mothers of sick infants in Kumasi, Ghana. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013;120(3):228-31.
18. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Rev Med Chile.* 2010;138:536-42.
19. Goker A, Yanikkerem E, Demet M, Dikayak S, Yildirim Y, Koyuncu F. Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor? *International Scholarly Research Network.* 2012.
20. Tashakori A, Zamani A, Davasaz R. Comparison of prevalence of postpartum depression symptoms between breastfeeding mothers and non-breastfeeding mothers. *Iran J Psychiatry.* 2012;7:61-5.
21. Moh'd Yehia D, Callister L, Hamdan-Mansour A. Prevalence and predictors of postpartum depression among arabic muslim jordanian women serving in the military. *J Perinat Neonat Nurs.* 2013;27(1):25-33.
22. Saleh E, El-Bahei W, El-Hadidy M, Zayed A. Predictors of postpartum depression in a sample of Egyptian women. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2013;9:15-24.
23. Navarrete L, Lara M, Navarro C, Gómez M, Morales F. Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el posparto .*Revista de Investigación clínica.* 2012;64(7):625-33.

24. Poó A, Espejo C, Godoy C, Gualda M, Hernández T, Pérez C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. Rev Méd Chile. 2008;136:44-52.

25. Dois A, Uribe C, Villarroel L, Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. Rev Med Chile. 2012;140:719-25.

Recibido: 10 agosto de 2016.

Aprobado: 19 de septiembre de 2016.

Yolanda Contreras Garcia. Facultad de Medicina. Departamento de Obstetricia y Puericultura. Universidad de Concepción, Chile.
Correo electrónico: ycontre@udec.cl