



Diversitas: Perspectivas en Psicología
ISSN: 1794-9998
revistadiversitas@correo.usta.edu.co
Universidad Santo Tomás
Colombia

Chávez-Courtois, Mayra; González-Pacheco, Itzel
Presencia de la depresión perinatal y la relación madre-infante. Estrategia metodológica para una
mirada sociocultural
Diversitas: Perspectivas en Psicología, vol. 4, núm. 1, 2008, pp. 101-111
Universidad Santo Tomás
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67940108>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Presencia de la depresión perinatal y la relación madre-infante. Estrategia metodológica para una mirada sociocultural

Perinatal depression presence and the relation mother-infant. Methodological strategy for a sociocultural look

Mayra Chávez-Courtois*

Itzel González-Pacheco

Instituto Nacional
de Perinatología, México

Recibido: 25 de agosto de 2007

Revisado: 24 de octubre de 2007

Aceptado: 18 de enero de 2008

Resumen

Para el estudio de la depresión perinatal se utilizan por lo general metodologías que consideran meramente aspectos psicoanalíticos que están enfocados en el área clínica, pero que, en algunos casos, dejan de lado aspectos sociales. En este trabajo se propone una metodología alternativa que permita rescatar el contexto social y cultural de las mujeres en etapa posparto, con el fin de obtener más elementos sobre su conducta. También se plantea la investigación cualitativa como eje principal de abordaje. Por un lado, se pretende rescatar los aspectos sociodemográficos mediante un análisis desgagado de las variables y, por otro, redimir factores socioculturales, considerando las expresiones orales de mujeres para identificar la depresión en la relación madre-hijo(a). Dicha propuesta metodológica permitirá reconocer indicios de la presencia de la depresión perinatal y/o factores de riesgo.

Palabras clave: depresión perinatal, relación materno-infantil, metodología, sociocultural.

Abstract

For the study of the depression commonly there are in use methodologies that they consider to be merely psychoanalytic aspects focused on the clinical area, leaving in some cases the social aspects. In this work,

* Correspondencia: Mayra Chávez-Courtois, investigadora en ciencias médicas del Departamento de Investigación psicosocial. Subdirección en Salud Pública del Instituto Nacional de Perinatología. Isidro Espinosa de los Reyes, INPerIERT. Dirección postal: Montes Úrales # 800, Col. Lomas de Virreyes, delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11000, México, D.F. México. Correo electrónico: courml@yahoo.com.mx, ixchel74@hotmail.com.

one proposes an alternative methodology that allows rescuing the social and cultural context of the women in stage postpartum in order to obtain more elements on her conduct. It appears as principal axle of boarding, the qualitative investigation. On the one hand, one tries to rescue the aspects sociodemographic by means of an analysis disintegrated of each of the variables. And for other one, to rescue the sociocultural factors, to be considering the oral expressions of the women's principal axles to identify the manifestation of the depression in the relation mother - child. The above mentioned methodological proposal will allow to rescue indications of the presence of the depression and / or possible factors of risk.

Key words: perinatal depression, relation maternal-infantile, methodology, sociocultural.

Presentación

El tema de la depresión lo han estudiado principalmente psicólogos y psiquiatras, que han demostrado la importancia que representa el estado de ánimo en la vida de las personas, pues, de alguna manera, determina parte de la calidad de ésta. Por ejemplo, se menciona que un 10% de las mujeres en etapa perinatal presenta depresión (Kumar y Robson, 1984; Marks, Wieck, Checkley y Kumer, 1992; Lovestone y Kumar, 1993; Ballard y Roy, 1996; Hay, Pawlby, Sharp y Asten, 2001; Lartigue, Maldonado, Feinholz y Ávila, 2001; Murray y Cooper, 2003), y que entre el 10 y 20% de las mujeres en etapa posparto solicitan atención a partir del segundo o tercer mes y, en pocos casos, en los primeros días posparto (Lee et al., 2003), lo que convierte a la depresión en una enfermedad común durante la etapa perinatal. Por esa frecuencia la depresión es un problema de salud pública que llama la atención, pero no sólo para la madre que la padece, sino también para el infante y para el resto de la familia.

Según el DSM-IV-TR (2003), se considera que la depresión es un trastorno del estado de ánimo, es decir, una alteración en el humor. Algunos de los síntomas que presentan las personas con depresión son, pérdida de interés, de la capacidad de disfrute al realizar actividades académicas, laborales, sexuales, disminución de apetito, alteración en el sueño, cambios psicomotores, falta de energía, cansancio, fatiga, sentimiento de culpa, refieren falta de concentración e incapacidad para tomar decisiones.

Cuando la depresión es prolongada y aguda se presentan pensamientos suicidas y, en algunos casos, se llegan a cumplir. Por lo tanto, el síndrome depresivo es algo serio de considerar, pero no sólo desde el aspecto psicológico, sino también desde una perspectiva global; es decir, no aislado del contexto sociocultural de cada caso particular, pues precisamente éste es el que va a permitir otra manera de entender los porqués de la presencia de la depresión, ya que si se consideran las características que definen a la persona más allá de lo psicológico, se les dará sustento a las respuestas de los porqués.

Igualmente, se ha observado que entre las consecuencias que puede traer consigo están el bajo desarrollo o alteraciones emocionales y cognitivas del hijo (Cooper y Murray, 1998). En el caso de las madres, la depresión afecta sus relaciones sociales, sobre todo familiares y de amistad. Además, algunos estudios se han dado a la tarea de identificar la importancia del contexto social en la génesis de la depresión y, por ende, en el tipo de relación madre-infante. En ellos se plantea que el tipo de relación con la pareja, si es estable o no y la clase social a la que pertenezcan, es un indicador de alerta para la presencia de la depresión (Bernazzani et al., 2004; Bifulco et al., 2004). También se afirma que la tasa de depresión aumenta entre 10 y 15% en población con características vulnerables como la pobreza, la criminalidad y las carencias generales (Lartigue, Maldonado, Feinholz y Ávila, 2001).

En este trabajo se pretende reflexionar a través de una revisión de la literatura nacional e inter-

nacional, cómo el contexto sociocultural afecta seriamente el estado de ánimo de las madres y su relación con su hijo(a), pues a pesar de que en algunas investigaciones se ha constatado la importancia que tienen los factores de riesgo sociales en la presencia de la depresión, parece que aún faltan por resolver cuestionamientos en torno a las interpretaciones que se han realizado. Si bien la depresión perinatal es un grave problema de salud pública, se necesitan más explicaciones de sus “causas” desde diferentes ámbitos disciplinarios y no sólo desde la perspectiva psicológica o psiquiátrica.

Así mismo, se pretende que la depresión perinatal se deje de asimilar como un acontecimiento “normal” o simplemente se identifique su presencia como impulsora de consecuencias graves, tanto individuales como sociales. Por lo tanto, se propone una estrategia de análisis que permita identificar con mayor profundidad la influencia de los factores de riesgo socioculturales en la presencia de la depresión perinatal.

La depresión perinatal y la importancia del contexto sociocultural

Socialmente, la presencia de la depresión perinatal se expresa en la relación madre-infante, pues es en la madre donde se leen y se perciben los efectos que pudiera llegar a causar la depresión en ambos miembros de la diádica. La relación madre-infante es fundamental en los primeros años de vida de cualquier persona; cuando existe una “buena” respuesta de la madre a las necesidades de acercamiento del hijo, esto le proporciona protección y, por ende, seguridad, con lo que se conforma una relación emocionalmente saludable.

Pero dicha respuesta puede ser alterarse por la presencia del tipo de estado de ánimo de la mujer, la cual contribuirá al tipo de acercamiento

que entablará la madre deprimida con su hijo(a), pues —como ya se dijo— a través de humores, consecuencia de la depresión, se determina en cierta medida el comportamiento de la mujer y se conforma, en parte, la relación madre-hijo(a) y, por ende, la calidad de convivencia entre ambos.

No se puede dejar de pensar dicha relación desde el ámbito familiar y social de convivencia, pues si bien la experiencia personal es importante, también lo son las redes sociales que permean dicha relación madre-infante. Vale la pena recordar que la interacción con los otros cumple un papel clave en la conducta y las emociones. Por otro lado, la relación madre-hijo(a) puede tener su contenido por el tipo de apego que se construya: “El concepto de apego implica, por necesidad, la relación con el otro, el vínculo permite la distinción de ciertos componentes que son fundamentales para la estructuración del ser humano” (Vives y Lartigue, 1994, p.21) y que dicha estructuración se exprese en su contexto sociocultural. A través del apego se da la primera socialización de infante y, por ende, esto es determinante para los años posteriores.

Córdova (1995), en un estudio realizado con mujeres mexicanas, encontró como factores de riesgo psicosociales que determinan el tipo de apego (seguro o inseguro: evidente y resistente)¹, el nivel alto de tensión de vida en el hogar, poca disponibilidad emocional de la madre y, en el caso del infante, que presente vulnerabilidad o debilidad, entre otros. La inhibición social está relacionada con la depresión materna y con una relación de apego materno-infantil insegura.

Si bien el autor no encontró como significante el nivel socioeconómico, sí halló la calidad marital y, como parte de ella, el desempleo, el cual se relacionó con el maltrato infantil. Las redes sociales fueron puntos clave para la construcción del tipo de apego, puesto que en el caso de las madres adolescentes las abuelas desempeñaron un papel básico de sustitución en la relación materno-

1 En términos estrictos existen dos tipos de apego: el Apego Seguro (AS), que se define como la “cualidad en la relación del infante con su cuidadora, en que el infante recupera su bienestar al reunirse con la madre, después de un evento nuevo o alarmante. La cuidadora, como objeto de Apego, funciona como una efectiva base de seguridad” (13:9). El tipo de Apego Inseguro (AI), se puede manifestar en dos formas: de tipo evidente, que es en el que existe indiferencia por parte del infante hacia la madre, sobre todo en reuniones; el otro tipo es el Resistente o Ambivalente, en este caso los infantes se acercan a la madre a través de comportamientos de enojo y rechazo (13).

infantil. El cuidado que la madre tuvo durante su infancia, es decir, la transmisión transgeneracional del tipo de apego es otro factor que permite predecir la relación con su hijo(a). Entonces, se puede decir que el apego relacionado con la presencia o no de la depresión también es fundamental en el tipo de relación madre-infante en contextos sociales específicos.

En la investigación de Córdova y Lartigue (2004), titulada *Evaluación de madres con VIH mediante la entrevista de apego adulto*, se realizaron entrevistas a dos mujeres cuyas características sociales eran similares: edad, ocupación, estado civil, ser madres y con pareja. Encontraron que la presencia de VIH en mujeres embarazadas y posparto creó ansiedad e incertidumbre y, en consecuencia, la calidad de maternaje disminuyó. También se halló que en ambos casos las mujeres durante su infancia presentaron descuido y poco amor por parte de los cuidadores principales y que, a pesar de que hubo una figura de apego alternativa, no fue suficiente para reparar carencias afectivas tempranas. Las vivencias infantiles de la madre repercutieron en la relación con su hijo(a), puesto que ante amenazas internas y externas que el infante percibió, las madres (mujeres del estudio) no reaccionaron positivamente. Por el contrario, la respuesta fue “inapropiada”, ya que no resolvieron la necesidad del hijo(a).

Al analizar lo anterior, se puede observar la importancia que tiene la condición social de las personas, pues al interrelacionarse las características sociodemográficas, las redes sociales y la condición de salud, se crea un panorama específico que refleja el estado mental de las personas. Como en el caso anterior, las mujeres con VIH en etapa posparto, por sus propias condiciones sociales, generan ansiedad y una posible depresión.

Cabe recordar que el núcleo familiar es el campo de socialización principal. En éste, la depresión está estrechamente relacionada con la violencia intrafamiliar (Vikram, Rodríguez y De Souza, 2002), que trae un alto costo en el estado emocional y conductual del bebé, así como en la relación entre éste y la madre (Maldonado, Helmig y Moodoy, 2001). La ternura materna ante el

comportamiento del infante está asociado con el tipo de comunicación que se dé entre los dos. Por lo tanto, un soporte emocional pobre reduce los rangos de sensibilidad o ternura materna (Gunnig, Valoriani, Figueiredo, Kammerer y Muzik, 2004). Así mismo, se ha mencionado que las características sociodemográficas influyen en una posible depresión; por ejemplo, la clase social, el tipo de comunicación con la pareja y las redes familiares son particularidades que llegan a determinar la relación madre-hijo(a) (Bernazzani et al., 2004; Bifulco et al., 2004; Gorman et al., 2004).

En un estudio descriptivo realizado en Goa (India) de mujeres con bajo ingreso se investigaron los factores de riesgo, particularmente los acontecimientos y las consecuencias relacionados con el género del infante. Para esta investigación se utilizó la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo. La muestra fue de 270 mujeres, de las cuales 59 (23%) presentaron depresión entre la sexta y octava semanas posparto. De igual forma, se demostró que las características sociodemográficas son factores determinantes, como por ejemplo el nivel económico bajo y la relación marital pobre, los cuales se consideran factores de riesgo en la presencia de la depresión crónica, así como el sexo del infante, ser mujer y ser víctima de violencia marital (Vikram, Rodríguez y De Souza, 2002).

En otro estudio, exploraron la importancia del significado de lo que representa para la mujer el apoyo social en la etapa posparto y su relación con la depresión. Realizaron una comparación entre madres vietnamitas, árabes y anglo-célticas. Para determinar el estado de ánimo, se les aplicó a los seis meses posparto la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS, por su sigla en inglés), también se tuvieron en cuenta, del mismo instrumento, las respuestas sobre apoyo social. La muestra fue de 105 mujeres anglo-célticas, 113 vietnamitas y 98 árabes. Entre los resultados más relevantes que se mencionan, se encuentra que las mujeres anglo-célticas que presentaron estado depresivo expresaron mayor necesidad de apoyo emocional por parte del padre y de la madre. En tanto, las mujeres vietnamitas con la misma condición de estado de ánimo y con una pobre relación tanto con el padre como con la madre,

manifestaron necesitar mayor apoyo por parte de su pareja. La necesidad de apoyo social de las mujeres árabes con depresión fue similar con las mujeres anglo-célticas, esto es, el apoyo por parte de los padres resultó ser el más importante.

Con base en los resultados, los autores mencionan que es necesario examinar la relación que existe entre el apoyo social y el estado de ánimo en la etapa posparto, partiendo de la importancia que tiene el contexto cultural, pues éste da matices importantes en la conducta y emociones de las mujeres en etapa posparto. En este sentido, también se afirma, por ejemplo, que se tienen que considerar los rituales propios de cada cultura en la etapa perinatal de la mujer (Stuchbery, Matthey y Barnet, 1998).

Para la realización de su estudio, Aysen, Gönül, Deveci, Firdevs e İlkin (2002) parten de la idea de que los riesgos de depresión de las mujeres se incrementan en la etapa posparto; en ese sentido se dieron a la tarea de explorar posibles factores de riesgo en dicha etapa en mujeres turcas. Por consiguiente, enfocaron su trabajo en la exploración de los aspectos epidemiológicos y factores culturales, como posibles indicadores de la depresión posnatal de su país. La muestra de 257 mujeres se ubicó en diez centros de salud de atención primaria a los seis meses posparto. Para identificar la presencia o ausencia de la depresión, les aplicaron la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo a los seis meses posparto, así como un cuestionario con variables sociodemográficas.

Algunos de los resultados obtenidos fueron los siguientes: como factores que afectan el estado de ánimo, dando pauta a la depresión, se identificaron el número de hijos, el lugar de vivienda, la existencia de la inmigración, problemas serios de salud del bebé, historia psiquiátrica previa, desórdenes psiquiátricos en la pareja, así como relaciones destructivas con la pareja y su familia. Los autores argumentan que algunos de los resultados obtenidos son similares a otros estudios, pero que no se había encontrado como factor de riesgo para la presencia de depresión la relación negativa de la madre con su familia, es decir, este

último dato hace la distinción de la cultura turca en comparación con otras.

A pesar de los anteriores tipos de estudio, la depresión en la etapa perinatal se concibe socialmente como "algo normal", esto es, como un estado por el que toda mujer tiene que pasar durante y después del embarazo y, por lo tanto, no es cuestionable, preocupante y mucho menos atendida; esto en términos de salud es delicado, puesto que esta percepción de "normalidad" lleva a no tener que preocuparse por las consecuencias sociales y de salud que puedan causar dicha depresión y, mucho menos, a proponer opciones preventivas.

Si lo anterior se analiza detalladamente, se puede pensar que si se entiende la depresión como un estado de ánimo "natural", no se perciben y atienden las consecuencias que de ella se puedan desprender, como la relación aprehensiva de la madre al hijo, la ansiedad o angustia que presenta la mujer y que afecte sus relaciones sociales, así como las afecciones en el desarrollo emocional y cognitivo del hijo (Cooper, 1998). Lo anterior se traduce en un interés nulo por buscar ayuda especializada, lo cual se convierte en un problema serio de salud pública. Por consiguiente, es importante seguir explorando factores de riesgo sociodemográficos y culturales, ya que a través de éstos se podrían identificar características de mujeres que den indicios de una posible depresión durante la etapa perinatal.

Esta "normalidad" sobre la presencia de la depresión también se puede llegar a traducir en generalizaciones de estilos y formas de vida de las madres con depresión; esto es, que todas sienten y manifiestan su estado de depresión de la misma manera, a pesar de que se ha comprobado que la forma de exteriorizar los síntomas de depresión tiene que ver con la historia personal y con el contexto sociocultural.

En su trabajo, Oates et al. (2004), a través de entrevistas en profundidad, indagan en un grupo de mujeres las percepciones que tienen sobre la depresión. Entre los discursos relevantes se encontró que, para ellas, el estado de tristeza durante

el parto es comparable con el estado de depresión posparto, pero no todas las mujeres asimilan a ambos como enfermedades que pueden ser curables con la intervención de los servicios de salud, pues el contenido que le dan al estado de depresión tiene que ver precisamente con sus experiencias socioculturales. También se encontró que en un solo centro de salud de Suecia las mujeres embarazadas no daban del todo por hecho la relación entre el embarazo y un desenlace depresivo, y ninguna de las “nuevas” madres asoció la depresión posparto como parte del embarazo; así mismo, en un solo centro de Inglaterra mencionaron la dificultad de concebir la depresión en el embarazo. En consecuencia, la manera de vivir y, por ende, las manifestaciones y las percepciones del estado de depresión son diferentes, y las mujeres pueden vivir con la depresión totalmente ajena a su proceso, o por el contrario normalizarlo como parte integral.

En ambos casos las consecuencias podrían ser perjudiciales, tanto para la madre como para el infante, ya que si se ignora o niega la presencia de la depresión durante o después del embarazo a pesar de su existencia, se niegan a la vez las consecuencias posteriores en la relación madre-infante, y en cada uno de ellos. Por otra parte, cuando se llega a “normalizar” la depresión como parte de la etapa perinatal, se puede llegar a dejar de pensar en la depresión como un trastorno del estado de ánimo, ya que —como se mencionó— existe cierta indiferencia de la presencia de la depresión y, por ende, de posibles implicaciones.

En ambas circunstancias, se podrían mencionar algunas implicaciones que pueden llegar a darse al normalizar la depresión:

1. La negación de la depresión como una enfermedad grave.
2. La inexistencia de una ruptura en la relación madre-infante.
3. No permitir un “sano” desarrollo en el infante.
4. En el caso de la madre, seguir en estado de depresión.
5. Que las posibilidades de búsqueda de “ayuda” y atención sean mínimas.

Otro enfoque que va paralelo a lo anterior tiene que ver con cuestiones de percepciones y de falta de conocimiento, y es el hecho de que se minimizan o simplemente no se consideran las circunstancias socioculturales como posibles factores de riesgo y promotores de la depresión. Por ejemplo, Bernazzani et al. (2004) encontraron que aquellas mujeres que presentaron depresión durante el embarazo y posparto compartían el siguiente perfil psicosocial: 28% de ellas mantenían control en la relación marital, 22% en lo social y 19% en la paternidad; ninguna de ellas registró antecedentes criminales, sólo el 10% tenía un soporte educativo, de salud y estabilidad económica familiar. También la relación inestable con la pareja, así como la existencia de sentimientos negativos durante el embarazo, fue un indicador que pronosticó el inicio de una posible depresión en el periodo perinatal.

En otro estudio realizado en algunas ciudades de Europa donde se aplicó la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, encontraron que el 6,9% de las mujeres embarazadas presentó depresión, y el 8,0% en los seis meses posnatal. En esta última etapa la presencia de depresión fue significativa, al comparar distintas culturas, la prevalencia varió de 2,1 a 31,6%.

Como posibles explicaciones de las diferencias de la presencia de depresión posparto entre los países de los estudios analizados, se mencionan las siguientes:

1. Hubo evidencia de que los tipos de depresión y de enfermedades psiquiátricas varían de acuerdo con la cultura y el país.
2. La prevalencia de episodios previos a la depresión, ya que es un predictor para identificar la depresión perinatal.
3. Las diferencias en las características socio-demográficas, particularmente la clase social baja.
4. La última hipótesis se refiere a factores relacionados con las variables psicosociales como disturbios emocionales, soporte social de la mujer que contribuye a los altos rangos de depresión perinatal (Gorman et al., 2004).

La depresión asimilada como obviedad

La discusión sobre la obviedad por parte de algunas mujeres, que conlleva negar la presencia de la depresión como una condición desfavorable durante la etapa perinatal y, por ende, en la relación materno-infantil, hace que se reflexione sobre la falta de reconocimiento por parte de ellas acerca de las consecuencias desfavorables, tanto psicológicas como sociales, que la presencia del estado de ánimo trae durante el embarazo y el posparto.

Lo anterior es preocupante como tal, pues para ellas es común estar en esa condición anímica y, por lo tanto, se podría pensar que no existe ninguna posibilidad de búsqueda de ayuda, lo que se podría clasificar como una manera de *negar la depresión*, es decir, *está presente pero no pasa nada, es normal*.

Con base en lo anterior se podría plantear este cuestionamiento: ¿qué pasaría si de entrada existiera una *negación de la depresión*? Esto lleva a especular que no habría la posibilidad, por parte de las mujeres, de pensar en cuestionarse sobre los posibles factores que dan pauta a la depresión; ahora bien, se está hablando de factores psicológicos y sociales, porque parece que el estado biológico como tal es el que da la total explicación de la presencia de la depresión. De igual modo, da la impresión de que el simple hecho de que una mujer esté embarazada, es decir, que se encuentre en un *estado biológico “definido”* en el que está presente una serie de cambios hormonales y fisiológicos, es suficiente motivo explicativo de la existencia de la depresión; por lo tanto, todo se resume en pensar que cualquier mujer embarazada *tendría* que pasar por el estado de depresión en cualquier momento de la etapa perinatal. En este sentido el estado de ánimo emocional está justificado, pues la depresión es considerada “parte” del embarazo y del posparto, etapas en las que no habría lugar para otras posibles explicaciones.

Si se parte de lo anterior, entonces se puede afirmar que el contenido del contexto sociocultural

es desconocido como posible factor de riesgo por quien lo padece, pasa a ser algo ajeno ante la presencia de la depresión, y los factores psicosociales y culturales, como las dinámicas familiares, de pareja, laborales, entre otras, no son consideradas posibles causantes de depresión. Pero ya se vio lo contrario en los estudios mencionados previamente.

Si la anterior reflexión se enfocara en un contexto más general, se puede decir que el estado de depresión perinatal no tiene la categoría de ser considerada problema de salud pública y, por consiguiente, la existencia de la violencia intrafamiliar, inestabilidad o baja economía, poca calidad en la relación de pareja, embarazos no planeados, etc., no se palpan como condiciones delicadas en lo referente a señales o indicadores para una posible depresión. Así mismo, las características sociodemográficas, esto es, la edad, escolaridad u ocupación, entre otros, no son considerados posibles causantes y, en consecuencia, las posibilidades de búsqueda de ayuda son casi nulas. Evidentemente, queda algo para pensar y preocuparse: las consecuencias de la *normalidad de la depresión*.

Por otro lado, la responsabilidad de considerar seriamente el estado de depresión perinatal como un problema real le corresponde al personal de salud. En ese sentido, se puede afirmar que el cuerpo médico tiene obligación de identificar ciertas características en las usuarias que acuden al servicio de control prenatal o posparto, las cuales indiquen posible presencia de depresión, con el fin de canalizarlas al servicio de apoyo psicológico. Pero ¿cómo identificar lo anterior? Una de las respuestas vendría de la propuesta que a continuación se propone.

Para comenzar, es importante mencionar que existen algunos trabajos en los que se ha indagado sobre la calidad y el acceso de servicios de salud referentes al tema, cuyos resultados son desfavorables. Por ejemplo, Chisholm et al. (2004), en su trabajo intitulado *Una investigación sobre los servicios de salud para la depresión posnatal. Resultados preliminares de un estudio transcultural*, averiguaron cuantitativamente el uso y el

acceso de los servicios de salud de mujeres con depresión posnatal. En el estudio se encontró que existen diferencias marcadas en el acceso y en el uso de los servicios de salud entre los centros de salud, incluyendo el contacto y el cuidado posnatal de enfermería en la atención primaria. Los rangos en el uso de los servicios, generalmente, son bajos; comúnmente, la barrera de acceso a los servicios tiene que ver con la calidad y con los responsables de los servicios de salud que se proporcionan.

Esto nos lleva a pensar sobre cómo se debería entender el problema de la depresión en la etapa perinatal y cuáles serían las posibles soluciones que se tendrían que plantear para una seria y eficaz atención de salud, considerando el papel clave que desempeñan las características socioculturales en todo eso, pues se sabe que el costo es muy alto y el personal de salud adquiere un gran responsabilidad.

Por lo anterior, Asten et al. (2004) proponen la necesidad de considerar métodos de valoración en los que se tomen en cuenta los relatos de las necesidades y características particulares de las mujeres en la etapa perinatal, lo que se tendría que ir probando y modificando, de acuerdo con el contexto sociocultural. En tal sentido, se requiere profundizar sobre la historia perinatal, durante y después del embarazo de la mujer, con el fin de conocer puntos vivenciales como posibles factores de riesgo y, de esta manera, tener un panorama más amplio sobre la presencia de la depresión.

Dicha propuesta podría ser una estrategia interesante, pues no se limita a obtener datos sociodemográficos generales, que es lo que comúnmente se obtiene de los pacientes para identificar a la población que asiste a los servicios de salud, sino que precisamente lo que se plantea es que tales datos permitan conocer más allá de la simple identificación, es decir, darle una “nueva” lectura a la información, rompiendo con explicaciones cuantitativas, explorar la parte cualitativa, que permita obtener información práctica y, de esta manera, señales para una conducta preventiva, tanto para los sujetos como para el personal de salud.

En los trabajos anteriormente mencionados se hace referencia al conjunto de condiciones psicosociales que influyen en la presencia de la depresión, entre los cuales el contexto sociocultural es determinante y, por lo tanto, tendría que considerarse. Pero ¿cuál es la importancia de traer nuevamente a discusión y buscar distintas formas de analizar el tema de la relación entre la depresión y los factores sociales, para que no se lean las variables socioculturales como tales, sino que se les dé una interpretación con mayor profundidad?. En el siguiente apartado, se intenta proponer una estrategia metodológica que se desea permita dar otro tipo de lectura a la relación entre la depresión y el campo sociocultural.

Una estrategia metodológica alternativa para análisis

Para desarrollar la estrategia metodológica que se propone en este artículo, se partió de la idea que anteriormente se trabajó con respecto a la percepción social que se tiene sobre la presencia de la depresión como algo “normal” o como un estado de ánimo que toda mujer “debe” pasar en etapa perinatal. Esto ocasiona que no se detecte ni se diagnostique y, por ende, no se busque y no se dé una atención especializada en el campo de la salud mental.

Pero ¿cómo llevar a cabo lo anterior? El punto de partida es la investigación, pues a través de ella se pueden obtener datos cuantitativos y cualitativos que permitan conocer características socioculturales concretas, que ayuden al personal de salud a identificar de manera rápida y eficaz a aquellas mujeres en etapa perinatal con posible estado de ánimo depresivo. Entonces, se podría pensar que se tendrían que considerar diferentes aspectos sociodemográficos y socioculturales para darle una cercanía objetiva al enfoque preventivo.

Como se sabe, entre los aspectos sociodemográficos se encuentran edad, ocupación, escolaridad, estado civil, religión. La propuesta de análisis con-

siste en disgregar cada una de las variables antes mencionadas; por ejemplo, si se toma la variable escolaridad, no es suficiente mencionar si la mujer tiene educación básica, pues este concepto abarca varios grados escolares (seis de primaria y tres secundaria). La intención es identificar cuál es el grado más frecuente, en el bloque de educación básica en el grupo de mujeres en estudio, para que con dicho resultado se pueda realizar un análisis más específico y, de esta manera, tener argumentos concretos sobre las características sociodemográficas como posibles factores de riesgo en la presencia de la depresión.

Lo anterior habría que leerlo cuidadosamente, porque no se trata de interpretar generalidades, es decir, si mayoritariamente las mujeres tienen hasta el quinto año de primaria, sería un riesgo ético asegurar que todas las mujeres en etapa perinatal con dicha escolaridad son depresivas. Lo conveniente sería considerar el conjunto de variables cuantitativas y cualitativas, en el mismo sentido en que se expuso el ejemplo de educación básica.

Con respecto a la parte cualitativa, se propone que por medio de entrevistas audiografiadas se explore el contenido de la calidad de la relación materno-infantil desde sus diferentes expresiones. Para rescatar lo anterior, se diseñó un cuestionario titulado *Depresión y maternaje*², que sirve como guión para realizar las entrevistas y, a la vez, como cuestionario, pues la ventaja que se tiene es que está compuesto de preguntas abiertas, que permiten anotar todas las expresiones orales de las mujeres. En tal sentido, se rescatan temas como la relación de pareja durante y después del parto; la maternidad; la relación con su hijo(a), así como la autopercepción. En cada uno de los temas los ejes de abordaje tienen como esencia los significados, creencias y sentires de las mujeres.

Dicha propuesta permite, por un lado, darle contenido al concepto de depresión más allá de la etiología psicoanalítica, es decir, que las propias

mujeres que la padecen sean las que definan e interpreten desde su contexto sociocultural la depresión. Lo anterior permitirá que los prestadores de servicios de salud puedan identificar perfiles o características culturales como indicios de la presencia de la depresión o como factores de riesgo.

Por otro lado, la intención de proponer la relación materno-infantil, como tema clave, se debe precisamente a que en esta etapa se vislumbran las emociones que el estado de ánimo conlleva. Por lo tanto, si en cierto momento la mujer llega a sentir algún síntoma por la presencia de depresión, como irritación, por ejemplo, no alejarse por ningún momento de su hijo(a), entre otras, lo interesante es rescatar los motivos que según ellas consideren causantes de su estado de ánimo y, por ende, la calidad de relación que van construyendo con su hijo(a), esto es, explorar la situación y relación familiar.

Possiblemente, lo anterior permitirá tener una visión más objetiva de la presencia de la depresión desde una perspectiva sociocultural. La insistencia de considerar la parte sociocultural de las usuarias con depresión es precisamente hacerla parte de un todo; es necesario realizar investigaciones con un enfoque interdisciplinario, por lo cual no resulta conveniente separar las disciplinas, es decir, que en los estudios de depresión no se divida la parte biofisiológica (biológica, endocrina y obstétrica) de la perspectiva psiquiátrica o psicoanalítica (Halbreich, 2005) y de la parte sociocultural.

Conclusiones

Se puede decir que la depresión perinatal tiene que considerarse un problema serio de salud pública, que hay que seguir investigando desde otras perspectivas, pero con diferentes metodologías para poder proporcionar datos inmediatos sobre

2. Dicha metodología ya se está aplicando en el protocolo "La depresión. Factores de riesgo socioculturales y su relación con la práctica de maternaje" en el INPer.

una posible presencia de depresión, considerando el aspecto sociocultural.

Si bien ya se vio que la presencia de la depresión tiene como parte de sus inicios el contexto sociocultural, y que éste es un factor que debe tomarse en cuenta para dar explicaciones y soluciones ante la presencia de la depresión en la etapa perinatal, es importante profundizar sobre los datos cuantitativos, y no rescatarlos como tal, sin darles la importancia que tienen como parte de la condición sociodemográfica de las mujeres en etapa perinatal.

Por otro lado, la interpretación cualitativa sobre el contexto familiar y social desde las mujeres en estudio, en el cual se desarrolla la relación materno-infantil, puede ser un mecanismo clave para identificar características socioculturales de la presencia de la depresión.

Lo anterior tiene como intenciones, en primer término, identificar de manera inmediata y concreta las características socioculturales como posibles factores de riesgo en la presencia de la depresión en mujeres en etapa perinatal. En segundo lugar, que el personal de salud considere los posibles factores de riesgo para que de esta manera, al identificar un posible ambiente sociocultural vulnerable y propicio para la presencia de la depresión, canalice a las mujeres a los servicios de salud mental. En tercera y última instancia, que se busquen estrategias para diseñar medidas preventivas ante este serio problema de salud pública.

Referencias

Asten, P., Marks, M., Oates, M. et al (2004). Aims, measures, study sites and participant sample of the transcultural study of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry-Supplement*, 46 (184), 3-9.

Aysen, Gönül D., Deveci, Firdevs & İlkin (2002). Postnatal depression in Turkey: Epidemiolo-

gical and cultural aspects. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 125-129

Ballard & Roy (1996). Postnatal depression in fathers. *International Review of Psychiatry*, 8, 65-71.

Bernazzani, S., Conroy, S., Marks, M., Siddle, K., Guedeney, N. et al. (2004). Contextual assessment of the maternity experience: development of an instrument for cross-cultural research. *British Journal of Psychiatry-Supplement*, 184 (46), 25-30

Bifulco, A., Figueiredo, B., Guedeney, N., Gorman, L., Hayes, S., Muzik, M., Glatigny-Dallay, E. et al. (2004). Maternal attachment style and depression associated with childbirth: Preliminary results from a European and US cross-cultural study. *British Journal of Psychiatry-Supplement*, 184 (46), 31-37.

Chisholm, D., Conroy, S., Glangeaud-Freudenthal, N., Oates, M., Asten, P., Barry, S. et al. (2004). Health services research into postnatal depression: Results from a Preliminary cross-cultural study. *British Journal of Psychiatry-Supplement*, 184 (46), 45-52.

Cooper, P. & Murray, L. (1998). Postnatal depression. *British Medical Journal*, 316 (7148), 1884-1886.

Córdova, A. (1995). *Distribución del tipo de afecto infantil en un grupo mexicano*. Tesis doctoral. México D.F.: Universidad Iberoamericana.

Córdova, A. & Lartigue, T. (2004). Evaluación de dos casos de madre con VIH, mediante la entrevista de apego. *Perinatología y Reproducción Humana*, 18, 119-131.

DSM- IV-TR (2003) Tomo II, Masson.

Gorman, L., O'Hara, M., Figueiredo, B., Hayes, S., Jacquemain Frederique, K. M. et al. (2004). Adaptation of the structured clinical interview for DSM-IV disorders for assessing de-

- pression in women during pregnancy and post-partum across countries and cultures". *British Journal of Psychiatry-Supplement*, 184 (46), 17-23.
- Gunnig, M., Conroy, S., Valoriani, V., Figueiredo, B., Kammerer et al. (2004). Measurement of mother-infant interactions and the home environment in a European setting: Preliminary results from a cross-cultural study. *British Journal of Psychiatry-Supplement*, 184 (46), 38-44.
- Halbreich, U. (2005). The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions - The need for interdisciplinary integration. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 193, 1312-1322.
- Hay, D., Pawlby, S., Sharp, D., Asten, P. et al. (2001). Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 871-890.
- Kumar, R. & Robson, K. (1984). A Prospective study of emotional disorders in child-bearing women. *British Journal of Psychiatry Supplement*, 144, 35-47.
- Lartigue, T., Maldonado-Durán, M., Feinholz, D. & Ávila-Rosas, H. (2001). Aproximación multicéntrica, multidisciplinaria y transcultural de algunos aspectos de la salud mental en la primera infancia. *Perinatología y Reproducción Humana*, 15 (1), 1-10.
- Lee D., Yip A., Chan S., Tsui M., Wong & Chung, Tony (2003). Postdelivery screening for postpartum depression. *Psychosomatic Medicine*, 65, 357-3561.
- Lovestone, S. & Kumar, R. (1993). Postnatal psychiatric illness: The impact to partners". *British Journal of Psychiatry Supplement*, 163, 210-216.
- Maldonado-Durán M., Helmig, L. & Moody, C. (2001). Signos de alarma en la detección temprana de problemas emocionales y conductuales del bebé. *Perinatología y Reproducción Humana*, 15(1), 21- 30.
- Marks, M., Wieck, A., Checkley, S. & Kumar, Ch. (1992). Contribution of psychological and social factors to psychotic and non-psychotic relapse after childbirth in women with previous histories affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 24, 253-263.
- Murray, L. & Cooper, P. (2003). Intergenerational transmission of affective and cognitive processes associated with depression: infancy and the pre-school years. En Ian Goodyer. *Unipolar depression: A lifespan perspective* (pp. 17-46). Oxford: Oxford University Press
- Oates, M., Cox, J., Neema, S., Asten, P., Glangeaud-Freudenthal, N., Figueiredo, B. et al. (2004). Postnatal depression across countries and cultures: A qualitative study. *British Journal of Psychiatry Supplement*, 184 (46), 10-16.
- Stuchbery, M. & Barnett (1998). Postnatal depression and social supports in Vietnamese, Arabic and Anglo-Celtic Mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 483-490
- Vikram, P., Rodrigues, M. & De Souza N. (2002). Gender Poverty and Postnatal Depression: A Study of Mothers in Goa, India. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 43-7
- Vives, J. & Lartigue, T. (1994). *Aapego y vínculo materno-infantil* (1^a ed.). Guadalajara, México.