



Psykhe

ISSN: 0717-0297

psykhe@uc.cl

Pontificia Universidad Católica de Chile
Chile

Miranda, Ángela; Olhaberry, Marcia; Morales-Reyes, Irma
Intervención Grupal en Embarazadas: Respuestas Diferenciales de Acuerdo al Tipo de
Depresión y Patrón de Apego
Psykhe, vol. 26, núm. 1, 2017, pp. 1-17
Pontificia Universidad Católica de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96751112003>

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

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Intervención Grupal en Embarazadas: Respuestas Diferenciales de Acuerdo al Tipo de Depresión y Patrón de Apego

Group Intervention in Pregnant Women: Differential Responses According to Type of Depression and Attachment Patterns

Ángela Miranda, Marcia Olhaberry e Irma Morales-Reyes
Pontificia Universidad Católica de Chile

A partir de la alta prevalencia de trastornos depresivos en embarazadas, se describió y analizó la variabilidad en los resultados ante una intervención psicoeducativa grupal. Para ello se consideraron los tipos de depresión (DEQ) propuestos por Blatt (2004) y su asociación con el patrón de apego materno (ECR-S), analizando la respuesta a la intervención en sintomatología depresiva (BDI) y sensibilidad materna (CARE-Index). Se utilizó un diseño cuasi experimental (grupos experimental y control), longitudinal, descriptivo y comparativo, con una muestra intencional de 112 embarazadas con sintomatología depresiva, atendidas en 5 centros de salud pública de Santiago, Chile. Tras los análisis de varianza, los resultados mostraron que la intervención grupal resultó eficaz, reduciendo la sintomatología depresiva y favoreciendo adecuados niveles de sensibilidad materna. Sin embargo, las participantes con depresión introyectiva no disminuyeron su sintomatología depresiva, pero sí mostraron adecuados niveles de sensibilidad materna. Los resultados relevan la importancia de ofrecer otras modalidades de tratamiento para la depresión durante el embarazo, además de la grupal, considerando aspectos individuales. Se requieren estudios con muestras de mayor tamaño para confirmar estos hallazgos.

Palabras clave: embarazo, depresión, intervención grupal, sensibilidad materna, patrón de apego

Given the high prevalence of depressive disorders in pregnant women, this study described and analyzed the variability observed in the results of a group psychoeducational intervention. In order to do this, the types of depression (DEQ) proposed by Blatt (2004) and their association with maternal attachment pattern (ECR-S) were considered, analyzing the participants' response to the intervention in terms of depressive symptoms (BDI) and maternal sensitivity (CARE-Index). A quasi-experimental (experimental and control groups), longitudinal, descriptive, and comparative design was used to examine a purposive sample of 112 pregnant women with depressive symptomatology, treated in 5 public health centers in Santiago, Chile. After the analysis of variance, the results showed that the group intervention was effective in reducing depressive symptoms and promoting appropriate levels of maternal sensitivity. However, symptoms in participants with introjective depression did not decrease after the intervention, although adequate levels of maternal sensitivity were observed. Results highlight the importance of providing alternatives other than group treatment in cases of depression during pregnancy, taking individual aspects into account. Studies with larger samples are needed to confirm these findings.

Keywords: pregnancy, depression, group intervention, maternal sensitivity, attachment pattern

Depresión Perinatal

La maternidad es una etapa de vulnerabilidad emocional para la madre por los cambios representacionales y las alteraciones hormonales que se producen en ella (Morales et al., 2005). Cerca de un tercio de las embarazadas chilenas tendría síntomas inespecíficos de depresión y un 10% presentaría depresión mayor, aumentando significativamente esta cifra en mujeres de nivel socioeconómico bajo (Chile, Ministerio de Salud [MINSAL], 2013). A nivel internacional la prevalencia de depresión en el embarazo fluctúa entre el 6 y 38%, siendo mayor en países en vías de desarrollo (Field, 2011). A partir de estos antecedentes, la depresión en el embarazo es considerada un tema de salud pública en Chile y en el mundo, describiéndose, además, como un factor de riesgo para el desarrollo de depresión postparto (Matthews-Smith, 2012).

Ángela Miranda, Marcia Olhaberry e Irma Morales-Reyes, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Especiales agradecimientos al proyecto FONDECYT de Postdoctorado N° 3120109, liderado por Marcia Olhaberry, y al Núcleo Milenio Intervención Psicológica y Cambio en Depresión.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a Ángela Miranda, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Avda. Vicuña Mackenna 4860, Macul, Santiago, Chile. E-mail: amirand@uc.cl

La literatura es consistente en mostrar la alta prevalencia de depresión perinatal, remarcando las repercusiones negativas en la madre, en el bebé y en el posterior desarrollo del apego infantil (Olhaberry et al., 2013). Frecuentemente, el contenido temático de la depresión en esta etapa suele estar centrado en el hecho de tener un/a hijo/a¹, pudiendo expresarse a través de rechazo al embarazo, sentimientos de inadecuación o, por el contrario, en preocupación excesiva por el bebé (Stewart, Robertson, Dennis, Grace & Wallington, 2003).

Depresión y Sensibilidad Materna

Entre los aspectos más importantes a considerar en la calidad de la interacción madre-hijo está la sensibilidad materna, entendida como un constructo diádico que alude a un patrón de conducta desplegado por el cuidador principal que tranquiliza al infante e incrementa su confort, atendiendo a sus señales y reduciendo su angustia (Crittenden, 2006). Un adulto sensible sería quien toma conciencia, interpreta y responde de forma apropiada y contingente a las señales del bebé (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). La adecuada sensibilidad materna se asocia directamente con el patrón de apego seguro en el niño, entendido por Bowlby (1988) como un lazo duradero con el cuidador principal, que brinda seguridad a partir de la percepción del adulto como disponible, empático y responsivo.

Sin embargo, la depresión en el embarazo presenta efectos negativos en la calidad de la interacción madre-hijo postparto, dado que muchas veces la sintomatología genera ensimismamiento materno, el que interfiere en la capacidad de percibir e interpretar las señales del bebé, lo que se manifiesta en una baja sensibilidad frente a las necesidades infantiles (Stein et al., 1991). En esta misma línea, Weinberg y Tronik (1996) sugieren que la insensibilidad materna tiene efectos perjudiciales, ya que la reacción inapropiada de la madre a las iniciativas del bebé altera el proceso de regulación emocional mutua. Se observa que los niños de madres retraídas se auto-calman y al largo plazo se retraen para lidiar con su estado, mientras que los niños de madres hostiles e intrusivas se muestran irritables para limitar la intrusión materna (Weinberg & Tronik, 1996).

Estos antecedentes permiten señalar que uno de los factores más afectados por la depresión materna es el apego infantil, por su fuerte asociación con la respuesta sensible de la madre. Los estudios describen un mayor riesgo de desarrollar un estilo de apego inseguro en hijos de madres depresivas (Muzik & Borovska, 2010) y se reportan mayores efectos negativos en el vínculo mientras más severa y crónica es la depresión de la madre (McMahon, Barnett, Kowalenko & Tennant, 2006). Considerando estos hallazgos, algunos estudios plantean que la disminución de la sintomatología depresiva en la madre durante el embarazo favorece una vinculación positiva con el bebé y su adecuado desarrollo (Ossa, Bustos & Fernández, 2012).

Intervenciones Para la Depresión en el Embarazo

En Chile se recomienda iniciar el tratamiento de la depresión durante el embarazo con opciones terapéuticas no farmacológicas, tales como intervenciones psicosociales grupales, individuales y familiares, intervenciones psicoeducativas individuales y familiares y grupos de autoayuda (MINSAL, 2014).

Teniendo en cuenta que el tratamiento de la depresión en el embarazo no solo impacta en el bienestar de la madre, sino además en la relación madre-hijo y en el desarrollo del niño (Poobalan et al., 2007), es importante considerar entre los resultados esperados la disminución de la sintomatología depresiva y también la construcción de un vínculo positivo con el bebé. La mayoría de las intervenciones durante el embarazo se ha enfocado específicamente en reducir la depresión materna para prevenir depresión postparto, sin incluir como foco la calidad del vínculo madre-infante (Milgrom, Schembri, Erickson, Ross & Gemmill, 2011). La literatura muestra que aquellas intervenciones en depresión que buscan favorecer interacciones positivas madre-bebé, en su mayoría, se inician luego del parto, sin considerar que el vínculo se construye desde la gestación (Stern, 1997).

Dentro de las intervenciones exitosas frecuentemente utilizadas en estos ámbitos, se incluyen las grupales, como uno de los recursos que permite disminuir la sintomatología depresiva, favorecer la sensibilidad materna y, con ello, el vínculo con el hijo (Olhaberry et al., 2013). El modelo cognitivo-conductual

¹ Las autoras asumen la importancia de la distinción lingüística de género; sin embargo, para facilitar la lectura del texto, en adelante esta será obviada.

es utilizado con mayor frecuencia, considerando principalmente modalidades grupales que incluyen: entrega de información sobre maternidad, promoción de una adecuada autoestima (Matthey, Kavanagh, Howie, Barnett & Charles, 2004), estrategias de resolución de problemas, promoción de pensamientos saludables y desarrollo de actividades placenteras (Milgrom et al., 2011). Por otro lado, el enfoque psicodinámico que considera intervenciones en depresión materna y vínculo madre-infante busca ligar las experiencias pasadas de la madre y su historia vincular con la relación que desarrollará con su bebé, así como el uso de estrategias para incrementar la sensibilidad y la función reflexiva materna (Santelices et al., 2011; Svanberg, Mennet & Spieker, 2010).

Otra opción de tratamiento desarrollada en Chile para esta población se focaliza en la promoción de apego seguro infantil, a través de sesiones grupales durante el embarazo y sesiones individuales durante el primer año del bebé. Entre las temáticas abordadas, considera la sensibilidad y las representaciones maternas, así como el apego madre-infante (Santelices et al., 2011).

Tipos de Depresión Según Blatt

Al momento de investigar sobre intervenciones para la depresión, Blatt (2004) menciona que uno de los mayores errores ha sido suponer una uniformidad en los pacientes que sufren este trastorno, naciendo a partir de esta idea la necesidad de incluir en los diseños de intervenciones psicoterapéuticas las diferencias más relevantes entre los pacientes, de modo de saber qué tipo de terapia es más efectiva con qué tipo de paciente.

Blatt, D'Aflitti y Quinlan (1976) proponen dos maneras de experientiar la depresión, la depresión anaclítica y la depresión introyectiva. La depresión anaclítica se caracteriza por el factor de dependencia, los sentimientos de desamparo, el temor al abandono y los deseos de ser amados y protegidos. Quienes la padecen serían individuos poco reflexivos acerca de sus propias experiencias y sentimientos, por lo que suelen actuar más que verbalizar sus experiencias afectivas (Blatt, 2004). Tienden a actuar sus sentimientos depresivos buscando estar cerca de un otro, para sentirse sostenidos y calmados (Blatt, 2004). Esta desesperada necesidad les genera una intensa dependencia hacia los demás para lograr una sensación de bienestar, presentando, además, una gran dificultad para expresar enojo, por miedo a perder la gratificación que reciben (Blatt & Zuroff, 1992).

Por otro lado, la depresión introyectiva es definida por el factor de autocrítica y autonomía, observándose sentimientos de inferioridad y culpa por no cumplir los estándares esperados (Blatt et al., 1976). Estos individuos se caracterizarían por exagerar sus estándares de vida y metas de manera muy autoexigente, por lo que estas excesivas demandas de perfección se asociarían a sentimientos de desesperanza y temor al rechazo y al castigo (Blatt, 2004). Asimismo, se sentirían incómodos en relaciones interpersonales grupales por miedo al ridículo, tendiendo a aislarse o a mantenerse reservados y distantes (Blatt, 2006-2007). La ira y la agresión serían aspectos importantes en la depresión introyectiva, las que suelen ser expresadas en actitudes duramente enjuiciadoras hacia sí mismos o hacia otros (Blatt, 2004). Por ello, las relaciones que establecen suelen ser ambivalentes, ya que se basan en los aspectos negativos u hostiles de la relación, y las internalizaciones incrementan los sentimientos de autocrítica y culpa y dificultan la integración de los sentimientos contradictorios (Blatt, 2004).

El tipo de depresión más severo sería el mixto, ya que incluye representaciones anaclíticas e introyectivas. La dependencia intensa llevaría a la sensación de debilidad, mientras que los esfuerzos por compensar los sentimientos de insuficiencia impedirían obtener gratificación, agudizando los síntomas y el malestar (Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald & Zuroff, 1982).

En relación a la evaluación de los tipos de depresión definidos por Blatt en embarazadas, estudios anteriores muestran un menor número de mujeres con estilo introyectivo, comparado con mujeres no embarazadas. Para explicar estos resultados se hipotetiza que durante la gestación disminuye la dureza del autocriticismo para resguardar a los hijos, a diferencia de la presencia del estilo anaclítico, asociado a la dependencia, que no muestra diferencias en relación al embarazo (Dimitrovsky, Levy-Shiff & Schattner-Zanany, 2002).

Estos antecedentes alertan sobre posibles diferencias en los tipos de depresión descritos por Blatt durante el embarazo y la maternidad, que requerirían ser estudiados de manera específica en nuevas muestras.

Tipos de Depresión y Patrón de Apego Adulto

Blatt (2004) menciona que su categorización de depresión anaclítica e introyectiva incorpora la perspectiva de las relaciones primarias definidas por Bowlby, quien señala que las interacciones tempranas entre el niño y sus cuidadores afectan el desarrollo de su personalidad y aumentan la vulnerabilidad a desórdenes psicológicos, si hay fallas en la construcción del primer vínculo. Bowlby (1988) distinguía entre sujetos apegados ansiosamente y aquellos compulsivamente autosuficientes y como ambos eran vulnerables a vivencias de depresión. A partir de estas ideas, es posible establecer una relación entre los tipos de depresión de Blatt y los estilos de apego definidos por Bowlby.

Si bien Bowlby (1980) no describe en detalle diferentes tipos de depresión, sí menciona tipos de personalidades que frente a una pérdida son propensas a desarrollar un trastorno depresivo. Principalmente, habría una tendencia a que sujetos con un patrón de apego ansioso-ambivalente, quienes establecen relaciones de dependencia con un alto temor al rechazo, presenten altas demandas de atención y amor, mezcladas con ansiedad frente al abandono (Bowlby, 1980). Este patrón de dependencia y ansiedad es concordante con las descripciones de la depresión anaclítica (Blatt, 2004). En contraste, aquellos individuos con un patrón de apego evitativo, en respuesta a la temprana pérdida de sus vínculos parentales o al rechazo y negligencia de estos, se vuelven independientes y distantes, mostrando poco aprecio por las relaciones interpersonales (Bowlby, 1980). Esta descripción resulta muy similar a la depresión introyectiva (Blatt, 2004), en la que se identifican conductas disruptivas que derivan de una marcada ambivalencia entre la demanda y el desprecio hostil de las relaciones parentales, que impiden crear representaciones positivas de uno mismo y de los otros (Blatt, 2004). Estos hijos internalizarían ambivalentemente la actitud dura, crítica y enjuiciadora de sus padres, respondiendo así en la adultez para desafiar dichos estándares (Blatt, 2004).

Un estudio reciente muestra una asociación entre estilo de apego adulto y el modo como se presentan los síntomas depresivos, en la que se aprecia que aspectos de la personalidad como los que plantea Blatt medianaría dicha relación (Dagnino, Pérez, Gomez, Krause & Rodríguez, 2014). Los mismos estudios presentan una asociación entre evitación y autocriticismo, pero no entre ansiedad y dependencia (Dagnino et al., 2014).

Respuestas al Tratamiento Según el Tipo de Depresión

Los estudios sobre cambio terapéutico en tratamientos intensivos a largo plazo indican que los pacientes introyectivos y anaclíticos responden de manera distinta a los diferentes tipos de tratamiento (Blatt, 2004). Se ha visto que ambos estilos mejoran principalmente en las dimensiones más llamativas de su personalidad (Blatt, Ford & Berman, 1994): los introyectivos disminuyen su dependencia y los anaclíticos reducen aspectos relacionados a la autocrítica.

Según Blatt (2006-2007), las características de los introyectivos los hacen resistentes a ciertos métodos terapéuticos, ya que interfieren con las relaciones cercanas y generan rupturas, tensiones y otros eventos estresantes interpersonales, generalmente porque sus representaciones negativas de sí mismo y otros significativos los llevan a tener un bajo soporte social. Asimismo, señalan que suelen mantener un malestar cotidiano, con predominancia de afectos negativos, usando la evitación para enfrentar situaciones, lo que reduce, a su vez, los afectos positivos. Se ha visto que estos sujetos suelen ser reactivos a estresores que implican fallas personales, pérdida de control y crítica de los demás (Blatt, 2006-2007). Por otro lado, los hallazgos sugieren que la imposición de una fecha de finalización arbitraria del proceso psicoterapéutico sería particularmente perturbadora para el proceso de aquellos pacientes introyectivos y autocríticos (Blatt & Homann, 1992).

Otros estudios más recientes, que consideran la medición psicofisiológica de los tipos de depresión frente al estrés interpersonal, muestran que aquellos sujetos con depresión introyectiva tendrían una mayor vulnerabilidad emocional al estrés interpersonal (Silva, Jaramillo, Salazar & Krause, 2014, Junio). Esta evidencia permite establecer un punto de partida al momento de explorar las diferencias de procesamiento cognitivo/afectivo en los distintos tipos de depresión y, por tanto, podrían resultar útiles para orientar la selección de tratamiento para ellos (Silva et al., 2014, Junio).

De estos estudios, se podría inferir que muchas de las características de una intervención grupal psicoeducativa, como enfrentarse a situaciones interpersonales de estrés, críticas o exposición frente a otros,

y con un tiempo arbitrario de finalización, no serían beneficiosas para las personas con depresión introyectiva, ya que aumentaría su vulnerabilidad emocional.

A partir de los antecedentes presentados y dado que no hay suficiente evidencia de estos planteamientos en embarazadas con sintomatología depresiva, el presente estudio buscó describir, analizar y comparar la respuesta en sintomatología depresiva y sensibilidad materna frente a una intervención grupal en embarazadas depresivas, según su tipo de depresión y patrón de apego.

A modo de hipótesis, se esperaba que el grupo experimental (GE) mostrara una disminución en la sintomatología depresiva y presentara un mayor nivel de sensibilidad materna, en comparación al grupo control (GC), de modo de poder atribuir esos resultados a la intervención psicoeducativa grupal. Asimismo, se proyectó que se obtendrían resultados diferenciados en sintomatología depresiva y sensibilidad materna, de acuerdo al tipo de depresión que presentaran las participantes. Por otro lado, se buscó también evaluar la asociación entre el tipo de depresión y los patrones de apego observados en las embarazadas.

Método

Diseño

El presente estudio se realizó con un diseño cuasi experimental; descriptivo, comparativo y longitudinal, puesto que evaluó a las participantes durante su embarazo y luego del parto. La variable manipulada fue la participación de las embarazadas en un taller grupal psicoeducativo para la reducción de la depresión y la promoción de un vínculo de apego seguro (Olhaberry et al., 2015). Se utilizaron datos secundarios del Proyecto FONDECYT de Postdoctorado N° 3120109 (de la segunda autora), correspondientes a las mediciones 1 (en el embarazo) y 2 (entre los dos y tres meses del postparto).

Participantes

Se incluyeron en el estudio a mujeres embarazadas chilenas, entre 18 y 44 años de edad, de nivel socioeconómico medio y bajo, con sintomatología depresiva, atendidas en cinco centros de salud pública de Santiago de Chile. Los centros de salud fueron elegidos en comunas de Santiago consideradas de menores ingresos económicos. Entre los centros que cumplían con este requisito, se contactaron cinco centros en los que se contaba con un psiquiatra conocido por alguno de los miembros del equipo de investigadores. A partir de este contacto, se obtuvieron los datos de los directores de los centros y la investigadora principal presentó el proyecto de manera personal a los profesionales encargados de los controles durante el embarazo. Los cinco centros en los que el proyecto fue presentado aceptaron participar, facilitando el número telefónico de las embarazadas dentro del rango de edades gestacionales definidas para el estudio. Se contactó telefónicamente a las embarazadas, citando a una entrevista a las que aceptaron participar.

El muestreo fue intencionado y los criterios de inclusión considerados en el estudio fueron los siguientes: presencia de sintomatología depresiva (puntaje ≥ 5 en el Inventario de Depresión de Beck, mayor de 18 años, presencia de uno o más factores de riesgo para depresión postparto, edad gestacional entre 3 y 7 meses de embarazo compatible con la vida de la madre y el bebé y ausencia de patología física grave y/o psicosis.

La muestra estuvo compuesta por 112 embarazadas divididas en dos grupos, el GE con 45 participantes y el grupo GC con 67 participantes, cumpliendo ambos con los criterios de inclusión mencionados anteriormente. El GE asistió a una intervención grupal durante el embarazo, además de recibir el tratamiento habitual del sistema de salud público (tratamiento psicológico y/o farmacológico). Las participantes del GC solo recibieron la intervención habitual entregada por el centro de salud en el que controlaban su embarazo, la cual incluye evaluaciones con matronas, quienes aplican la Escala de Depresión de Edimburgo en el embarazo, en el control de ingreso o en el segundo control, repitiéndose entre las cuatro y seis semanas posteriores, si el puntaje obtenido está entre 10 y 12 puntos (MINSAL, 2014). Si es así, se deriva al médico general para confirmar el diagnóstico e iniciar un tratamiento en conjunto con psicólogos del centro de salud (MINSAL, 2014). Además, las embarazadas son invitadas a participar en talleres educativos con matronas y/o enfermeras respecto a su autocuidado, preparación para el parto y el cuidado del recién nacido.

En relación a los análisis descriptivos realizados a partir de los antecedentes sociodemográficos de los grupos del estudio, se observa que ambos grupos son homogéneos en el promedio de edad, años de educación formal y número de hijos, así como también en la proporción de mujeres que tenían pareja al momento de la

evaluación en el embarazo y en la proporción de embarazos planificados. De acuerdo a los antecedentes clínicos de la muestra, ambos grupos son homogéneos en el porcentaje que presenta depresión mayor actual, tratamientos psicológicos previos y diagnósticos psiquiátricos en la familia de origen de las participantes, y en los antecedentes de maltrato físico en la infancia. Sin embargo, sí se observan diferencias entre los grupos respecto de la proporción de tratamiento psicológico actual, presentando el GC menor proporción que el GE, y, por otro lado, en la proporción de mujeres con antecedentes de abuso sexual en la infancia, presentando las mujeres del GE una proporción más alta que las del GC.

En la Tabla 1 se detallan los estadísticos descriptivos de las variables mencionadas.

Tabla 1
Características Sociodemográficos y Clínicas de la Muestra, Según GE y GC

Variable	GE (N = 45)		GC (N = 67)		<i>F</i> (1, 110)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Edad en años	27,04	7,21	25,96	5,45	0,826	0,365
Años escolaridad	11,84	2,80	11,60	2,42	0,247	0,620
Número de hijos	0,53	0,82	0,60	0,85	0,155	0,694
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>Z</i>	<i>p</i>
Tiene pareja	34	75,6	54	80,6	0,62	0,268
Embarazo actual planificado	15	33,3	21	31,3	0,11	0,456
Presenta depresión mayor actual	30	66,7	48	71,6	0,55	0,291
Tiene tratamiento psicológico previo	24	53,3	30	44,8	0,89	0,187
Tiene tratamiento psicológico actual	13	28,9	8	11,9	2,21	0,014
Diagnóstico psiquiátrico familia de origen	22	48,9	34	50,7	0,19	0,425
Vivió maltrato físico en la infancia	16	35,6	16	23,9	1,51	0,065
Vivió abuso sexual en la infancia	23	51,1	20	29,9	2,56	0,005

Instrumentos

Depression Experience Questionnaire (DEQ; Blatt et al., 1982). El DEQ es un cuestionario de autorreporte de 66 ítems que clasifica la depresión en cuatro tipos, anacíntica, introyectiva, mixta y no deprimidos, para lo cual se calcula la moda y la mediana según los puntajes obtenidos en la muestra. Contempla dos subescalas como parte de un continuo, Dependencia y Autocrítica, con ítems como los siguientes: “Disfruto de la competencia fuerte”, “Me resulta difícil romper una relación que me hace sentir infeliz”. Respecto de la consistencia interna, los coeficientes alfa de Cronbach reportados por los autores del instrumento son adecuados, específicamente 0,81 para la subescala Dependencia y 0,80 para la subescala Autocrítica.

La versión utilizada en el estudio fue traducida y adaptada para los propósitos específicos del Proyecto FONDECYT ya señalado y del Núcleo Milenio Intervención Psicológica y Cambio en Depresión, en los que se inserta el estudio.

Escala de Experiencias en las Relaciones Cercanas, forma abreviada (ECR-S; Wei, Russell, Mallinckrodt & Vogel, 2007). Es un cuestionario de autorreporte que evalúa el patrón de apego adulto, considerando dos dimensiones, Ansiedad y Evitación, las que permiten definir apego seguro y tres estilos de apego inseguro: preocupado, evitativo y temeroso. Puntajes altos en una o ambas escalas indican apegos inseguros y puntajes bajos en ambas indican apego seguro. Las dimensiones se evalúan a través de 12 ítems que consideran una escala Likert de 1 a 7 puntos, siendo 1 *totalmente en desacuerdo* y 7 *totalmente de acuerdo*. La subescalas de ansiedad y evitación cuentan con ítems como los siguientes: “Necesito que las personas cercanas a mí me reafirmen constantemente que me quieren”, “Intento evitar establecer demasiada intimidad con las personas cercanas”. La versión utilizada en el estudio fue traducida y adaptada para los propósitos

específicos del Proyecto FONDECYT y el Núcleo Milenio Intervención Psicológica y Cambio en Depresión ya señalados. Los coeficientes alfa de Cronbach para la subescala Ansiedad varían entre 0,77 y 0,86 y para la subescala Evitación, entre 0,78 y 0,88 en la versión utilizada, según los autores del instrumento (Wei et al., 2007). En el presente estudio se obtuvieron valores alfa de Cronbach de 0,69 en la subescala Ansiedad y de 0,70 en la subescala Evitación.

Inventario Para la Depresión de Beck (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961).

Es un cuestionario de autorreporte que consta de 21 ítems y evalúa la sintomatología depresiva actual. El puntaje total teórico varía entre 0 y 63 y se definen cuatro categorías de depresión: *mínima o no deprimida* (0-9 puntos), *leve* (10-18), *moderada* (19-29) y *severa* (30-63). Cada ítem ofrece cuatro opciones de respuesta con puntajes entre 0 y 3, debiendo el sujeto seleccionar el que mejor representa la forma en que se ha sentido durante la última semana. Los ítems ofrecen enunciados como los siguientes: “*No me siento triste*” (0 punto), “*Me siento triste*” (1 punto), “*Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo*” (2 puntos), “*Ya no puedo soportar esta pena*” (3 puntos). En la versión chilena, actualmente en proceso de validación, se reporta un coeficiente alfa de Cronbach de 0,86 en población clínica (Morales-Reyes, Valdés, Pérez, Medellín & Dagnino, 2015). En el presente estudio se obtuvieron valores alfa de Cronbach de 0,87 y 0,86 en las evaluaciones pre y post intervención, respectivamente.

Índice Experimental de Relación Niño-Adulto (CARE-Index; Crittenden, 2006). Evalúa la sensibilidad materna. Considera 3 a 5 minutos de grabación en video de la interacción de juego entre el adulto y el niño. El sistema de codificación define tres descriptores para el adulto: sensible, controlador y no responsivo, y cuatro para el infante: cooperativo, difícil, compulsivo y pasivo. Considera una escala de sensibilidad diádica de 0 a 14 puntos, indicando 0-4 *riesgo*, 5-6 *inepto*, 7-10 *adecuado* y 11-14 *sensible*. Puntajes menores a 7 indican necesidad de intervención. La validez del instrumento se apoya en estudios previos de la autora sobre las relaciones entre el CARE-Index y otros aspectos relevantes del desarrollo infantil (Crittenden & Bonvillian, 1984).

Las codificaciones de los videos utilizados en este estudio fueron realizadas por psicólogas capacitadas por la autora del instrumento, obteniendo una confiabilidad entre ellas de 0,70 en el entrenamiento y 0,71 en la codificación definitiva. Los videos fueron enviados a las codificadoras en DVD y posteriormente devueltos. Las codificaciones de los videos de interacción madre-bebé fueron ciegas en relación a la pertenencia a los grupos de las participantes.

Ficha de antecedentes: características sociodemográficas, historial de salud mental y abuso en la infancia. Este instrumento contiene preguntas breves orientadas a obtener información sociodemográfica: nivel educacional, número de hijos, planificación del embarazo y presencia o ausencia de pareja. También incluye preguntas sobre el historial de tratamientos psicológicos o psiquiátricos: su duración, el diagnóstico y el tipo de tratamiento. Por otro lado, se indagan experiencias de abuso sexual o maltrato en la infancia, por medio de ítems específicos presentes en el cuestionario de autorreporte, Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA-Q; Smith, Lam, Bifulco & Checkley, 2002). Estos ítems consideran violencia repetitiva durante la infancia o adolescencia y al menos un episodio de abuso sexual antes de los 17 años, ejercido por un adulto.

Entrevista diagnóstica estructurada breve (MINI; Sheehan et al., 1997). Explora 17 trastornos mentales, definidos en el DSM-IV-R, de manera focalizada, centrándose en la sintomatología actual. Se utilizó para el estudio solo el módulo correspondiente a trastornos del ánimo, buscando obtener un diagnóstico clínico de la depresión y la identificación de presencia y niveles de riesgo suicida (leve, moderado o alto). Los ítems incluían preguntas como las siguientes: “*¿En las últimas dos semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?*”, “*¿En las últimas dos semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas, o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?*”.

Procedimiento

El estudio cuenta con certificación de los comités de ética institucionales de la Pontificia Universidad Católica de Chile y de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica.

Las mediciones fueron realizadas entre los años 2012 y 2013 por psicólogas que participaron exclusivamente en la investigación y evaluaron de manera individual a las participantes con los instrumentos mencionados.

Aquellas embarazadas que aceptaron telefónicamente participar en el estudio fueron citadas a una entrevista inicial, en la que se les aplicó el BDI y se consideró la presencia de uno o más factores de riesgo de un listado de nueve, previamente evaluados por profesionales de los centros de salud en los que realizaban sus controles (ingreso tardío al control prenatal, baja escolaridad, madre adolescente, rechazo al embarazo, insuficiente apoyo social, síntomas depresivos, uso o abuso de sustancias, violencia de género u otro). Aquellas embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión fueron invitadas a participar en el estudio y, quienes aceptaron voluntariamente participar, firmaron una carta de consentimiento informado, de acuerdo a las exigencias éticas vigentes en Chile.

Inicialmente se completó la ficha de antecedentes, luego se aplicaron las escalas BDI, el DEQ y la ECR-S. Cabe destacar que, las mujeres de ambos grupos que presentaban depresión clínica tuvieron acceso a tratamiento psicológico y/o psiquiátrico durante la intervención.

En cuanto al rechazo a participar en el programa, un 42,3% de las embarazadas contactadas que cumplían con los criterios de inclusión rechazó participar, lo que resulta congruente con las dificultades en la adherencia a tratamientos en este grupo, descrita por otros autores (Ugarriza, 2004; Whitton, Warner & Appleby, 1996).

La intervención que las embarazadas del GE recibieron formó parte del Programa “Me siento bien, mi bebé también” dirigido a diádas madre-bebé, desarrollada en el contexto del Proyecto FONDECYT de Postdoctorado ya mencionado. Consistió en un taller psicoeducativo grupal de cinco sesiones detalladas en un manual, de una hora y media de duración cada una, de frecuencia semanal y realizadas en una sala grupal del mismo centro de salud en el que las participantes asistían a controles de embarazo. Cada grupo contaba con un máximo de 10 participantes y un mínimo de cinco, dirigidos por dos psicólogas, quienes recibieron una capacitación y supervisión semanal.

La sesión 1 abordaba contenidos informativos sobre la depresión: síntomas, asociación entre pensamientos, emociones y conductas y promoción de actividades placenteras. La sesión 2 trataba el desarrollo de habilidades en relación a la resolución de problemas: definición de un problema y estrategias para su resolución. La sesión 3 abordaba el concepto de *ambivalencia* en las emociones y los pensamientos durante el embarazo. La sesión 4 contemplaba la propia historia vincular con los padres y la construcción del vínculo con el bebé. La sesión 5 consideraba las representaciones mentales sobre el bebé y el propio rol materno, integrando lo imaginado, lo deseado y la realidad.

Se consideró incluidas en el estudio a todas aquellas participantes que asistieron al menos a tres sesiones del taller. Quienes no asistieron a una o dos sesiones recibieron los materiales correspondientes a la sesión en la que no asistieron y un resumen verbal de los contenidos entregados por una de las monitoras.

Por razones éticas, mientras los talleres se estuvieron realizando en cada centro, todas las embarazadas contactadas fueron invitadas a participar e ingresaron al GE. Una vez finalizados los talleres, las embarazadas contactadas que cumplían con los criterios de inclusión fueron invitadas a participar en el GC del estudio. Aquellas que aceptaron voluntariamente, firmaron la carta de consentimiento informado y, al igual que las participantes del GE, fueron evaluadas en el embarazo y luego entre los dos y tres meses de edad del bebé. Ambos grupos recibieron los controles habituales del centro de salud público ya mencionados y derivación a tratamiento psicológico y/o psiquiátrico en los casos que lo requerían.

Las participantes de los GE y GC fueron evaluadas durante el embarazo y luego entre dos y tres meses de nacidos los bebés, donde se aplicó el BDI para evaluar la sintomatología depresiva y el CARE-Index para medir la sensibilidad materna.

Análisis de Datos

Se caracterizó a las participantes del GE y GC según el tipo de depresión, patrón de apego y sintomatología, utilizando χ^2 . Se calcularon correlaciones lineales de Pearson entre las variables y subescalas. Para evaluar las diferencias entre el GE y el GC respecto de las variables sociodemográficas y clínicas, se utilizó análisis de varianza (ANOVA) simple y pruebas Z. Específicamente, el ANOVA simple se empleó para evaluar las diferencias en la edad, años de educación formal y número de hijos. Las pruebas Z se utilizaron para evaluar diferencias en la proporción de mujeres que: tenía pareja al momento de la evaluación, había planificado el embarazo, presentaba depresión mayor actual, tenía tratamientos psicológicos previos, tenía tratamiento psicológico actual, presentaba diagnósticos psiquiátricos en la familia de origen, presentaba antecedentes de maltrato físico en la infancia y tenía antecedentes de abuso sexual en la infancia.

Para comparar las variables estudiadas en el GE y el GC a través del tiempo, se evaluó el efecto de la intervención grupal sobre la sintomatología depresiva, realizando un ANOVA de medidas repetidas, con el grupo como factor intersujeto y la medición como factor intrasujeto. Para analizar el comportamiento de ambos grupos post intervención en la calidad de la interacción madre-hijo, evaluada a través de la sensibilidad materna, se realizó un ANOVA simple. Para evaluar las diferencias en la sintomatología depresiva tras la intervención, según tipo de depresión, se realizó un ANOVA de medidas repetidas, con el tipo de depresión como factor intersujeto y la medición como factor intrasujeto. En todos los ANOVAs se controlaron las variables asistencia a tratamiento psicológico actual y tratamiento farmacológico actual, para evitar su interferencia en los resultados. En el ANOVA simple se evaluó el supuesto de homogeneidad de varianzas con la prueba de Levene y en los ANOVAs de medidas repetidas, los supuestos de homogeneidad con la prueba de Box y de esfericidad con la prueba de Mauchly.

Resultados

Análisis Descriptivos

De acuerdo a los resultados del BDI en la evaluación en el embarazo, el 22,2% de las participantes del GE presentaba depresión mínima (entre 0 y 9 puntos), el 35,6%, depresión leve (entre 10 y 18 puntos), el 31,1%, depresión moderada (entre 19 y 29 puntos) y el 11,1%, depresión severa (entre 30 y 63 puntos). Por su parte, en el GC el 26,9% presentaba depresión mínima, el 31,3%, depresión leve, el 31,3%, depresión moderada y el 10,4%, depresión severa. La media del GE en el BDI fue de 18,44 puntos, mientras que la del GC fue de 17,24 puntos, lo cual muestra que en la evaluación en el embarazo no había diferencia entre ambos grupos.

Se apreció que tanto el GE como el GC eran homogéneos respecto al tipo de depresión que presentaban, al patrón de apego y al nivel de sintomatología depresiva. Estas variables medidas en la evaluación en el embarazo se describen en la Tabla 2.

Al caracterizar el perfil de los tipos de depresión en cuanto a su sintomatología depresiva en la evaluación en el embarazo, se observa que aquellas participantes con depresión mixta son las que más presentan sintomatología depresiva severa según el BDI, mientras que le siguen aquellas con depresión introyectiva, luego las participantes con depresión tipo anaclítica y, por último, aquellas no deprimidas (según las categorías del DEQ) no presentan sintomatología severa, $\chi^2(9, N = 212) = 25,125, p = 0,003$. Los resultados se presentan con más detalle en la Tabla 3.

Análisis Comparativos

Al comparar la sintomatología depresiva en ambos grupos en el tiempo, controlando las variables asistencia a tratamiento psicológico actual y a tratamiento farmacológico actual, la evaluación de supuestos del ANOVA de medidas repetidas muestra que se cumple la homogeneidad, M de Box = 4,756, $F(3, 391223,056) = 1,551, p = 0,199$.

Tabla 2

Características de la Muestra Respecto a Tipo de Depresión, Patrón de Apego y Síntomas Depresivos: Evaluación en el Embarazo

Variable	GE (N = 45)		GC (N = 67)		$\chi^2(3, N = 112)$	p
	f	%	f	%		
Tipo de depresión (DEQ)						
Anaclítico	10	22,2	15	22,4		
Introyectivo	10	22,2	19	28,4	2,207	0,531
Mixta	11	24,4	20	29,9		
No deprimida	14	31,1	13	19,4		
Patrón de apego (ECR)						
Seguro	10	22,2	15	22,4		
Temeroso	12	26,7	23	34,3	1,036	0,792
Preocupado	14	31,1	16	23,9		
Evitativo	9	20,0	13	19,4		
Sintomatología depresiva (BDI)						
Mínima	10	22,2	18	26,9		
Leve	16	35,6	21	31,3	3,218	0,359
Moderada	14	31,1	21	31,3		
Severa	5	11,1	7	10,4		

Tabla 3

Distribución del Nivel de la Sintomatología Depresiva, Segundo el Tipo de Depresión: Evaluación en el Embarazo

Nivel de sintomatología depresiva (BDI)	Tipo de depresión							
	Anaclítico N = 25		Introyectivo N = 29		No depresión N = 27		Mixta N = 31	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Mínimo	9	36,0	4	13,8	12	44,4	3	9,7
Leve	8	32,0	10	34,5	11	40,7	8	25,8
Moderado	7	28,0	12	41,4	4	14,8	12	38,7
Severo	1	4,0	3	10,3	0	0,0	8	25,8
Total	25	100,0	29	100,0	27	100,0	31	100,0

Nota. Dado que todas las frecuencias esperadas en la categoría *severo* son menores a 5, se evaluó χ^2 , juntando las categorías *moderado* y *severo*, el que siguió siendo significativo.

Se aprecia que ambos grupos disminuyen su sintomatología depresiva: la reducción de síntomas del GE es mayor que la del GC, λ de Wilks = 0,949, $F(1, 105) = 5,636$, $p = 0,019$, $\eta_p^2 = 0,051$, 95% ICs [15,34, 19,70] y [13,62, 17,97] para el GC en la evaluación en el embarazo y postparto, respectivamente, y 95% ICs [15,18, 20,62] y [9,44, 14,86] para el GE en la evaluación en el embarazo y postparto, respectivamente. En la Figura 1 se muestran los niveles de sintomatología depresiva en ambos grupos en la evaluación en el embarazo y postparto.

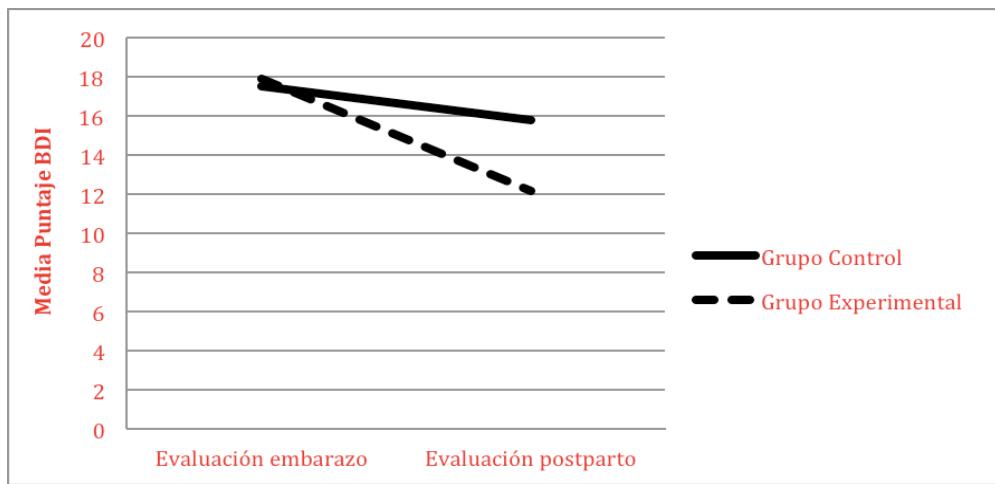


Figura 1. Evolución de la sintomatología depresiva entre la evaluación en el embarazo y la evaluación postparto en el GC y el GE.

Respecto de la calidad de la interacción madre-hijo, evaluada a través de la sensibilidad materna en el postparto en ambos grupos, y controlando las variables de tratamiento psicológico actual y tratamiento farmacológico actual, se observó que la media en sensibilidad materna del GC fue de 4,95 ($DE = 1,23$), mientras que en el GE fue de 5,49 ($DE = 1,27$). Esto da cuenta de una diferencia en el puntaje de sensibilidad materna, cumpliéndose el supuesto de homogeneidad, F de Levene($1, 107$) = 0,540, $p = 0,464$, reflejando un efecto positivo de la intervención, $F(1, 105) = 4,718$, $p = 0,032$, $\eta_p^2 = 0,043$, 95% ICs [4,64, 5,26] y [5,11, 5,87] para el GC y el GE en la evaluación postparto, respectivamente.

Al analizar los tipos de depresión, la evaluación de supuestos del ANOVA de medidas repetidas muestra que no se cumple la homogeneidad, M de Box = 37,997, $F(1, 19085,811) = 1,680$, $p = 0,026$. Se observa que el puntaje de sintomatología depresiva de las participantes del GE con depresión introyectiva no mejora tras la intervención grupal (se mantiene en 14 puntos), mientras que los otros tipos de depresión sí lo hacen. Sin embargo, esta distinción que se observa en las participantes con depresión introyectiva respecto a los otros tipos de depresión no es estadísticamente significativa, λ de Wilks = 0,951, $F(1, 99) = 1,716$, $p = 0,169$. Por lo tanto, se trataría de una diferencia clínica.

Un resultado similar se observa en la variable sensibilidad materna, en la que no se aprecia una relación estadísticamente significativa entre el tipo de depresión que presenta la madre y su respuesta a la intervención grupal, $F(1,99) = 0,719$, $p = 0,543$.

Ambas variables de sintomatología depresiva y sensibilidad materna son descritas en las Tablas 4 y 5, respectivamente.

Análisis Correlacionales

De acuerdo a los resultados de la evaluación en el embarazo, se encontró una asociación entre el tipo de depresión y el patrón de apego que presentaban las participantes, $\chi^2(9, N = 112) = 82,085$, $p < 0,001$. Esto se resume en que mayoritariamente aquellas participantes con apego seguro están en la categoría no deprimida de Blatt (2004), diferenciándose de todas las que tienen patrones no seguros. Por su parte, las que presentan apego temeroso muestran mayormente depresión mixta y anaclítica, respecto de las con apego evitativo, mientras que estas últimas presentan mayoritariamente depresión introyectiva. La única categoría que no coincide completamente con lo planteado por Blatt (2004) es la de apego preocupado, puesto que las embarazadas se distribuyen mayoritariamente entre depresión mixta y depresión anaclítica. Los resultados se muestran con más detalle en la Tabla 6.

Tabla 4

Cambio en la Sintomatología Depresiva Entre la Evaluación en el Embarazo y la Evaluación Postparto, Según los Tipos de Depresión Evaluados en los GC y GE en el Embarazo

Grupo y tipo de depresión		Sintomatología depresiva			
		Evaluación en el embarazo		Evaluación postparto	
		M	DE	M	DE
GC (N = 67)	Anaclítico	11,60	6,39	10,73	7,67
	Introyectivo	21,68	8,82	18,95	9,44
	Mixto	21,11	9,54	19,16	11,27
	No deprimida	11,00	6,25	10,15	6,96
GE (N = 45)	Anaclítico	20,33	11,38	11,11	5,51
	Introyectivo	14,80	6,42	14,10	7,31
	Mixto	27,30	7,88	20,30	9,22
	No deprimida	13,71	6,24	7,43	4,73

Tabla 5

Sensibilidad Materna del GE y el GC, Según el Tipo de Depresión Evaluada en el Embarazo

Tipo de depresión	GE (N = 45)		GC (N = 67)	
	M	DE	M	DE
Anaclítico	5,6	1,4	5,0	1,7
Introyectivo	6,0	1,4	4,8	0,9
Mixto	5,1	1,2	4,7	1,0
No deprimida	5,2	0,9	5,1	1,4

Nota. Rangos CARE-Index: 0-4 Riesgo, 5-6 Inepto, 7-10 Adecuado, 11-14 Sensible

Tabla 6

Distribución Entre Tipo de Depresión y Patrón de Apego: Evaluación en el Embarazo

Patrón de apego	Tipo de depresión									
	Anaclítico		Introyectivo		Mixto		No deprimida		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Seguro ↑ans ↓evit	5	20,0	1	4,0	0	0,0	19	76,0	25	22,3
Temeroso ↑ans ↑evit	9	25,7	8	22,9	17	48,6	1	2,9	35	31,3
Preocupado ↑ans ↓evit	9	30,0	4	13,3	12	40,0	5	16,7	30	26,8
Evitativo ↓ans ↑evit	2	9,1	16	72,7	2	9,1	2	9,1	22	19,6

↑ = alta; ↓ = baja; ans = ansiedad; evit = evitación

Lo anteriormente mencionado se sustenta también al observar las correlaciones entre las subescalas que conforman ambas variables, pues se observa que correlacionan las subescalas del DEQ con las de la ECR,

cumpliendo lo propuesto por Blatt (2004) para otras poblaciones. El descriptor Dependencia del DEQ muestra una correlación directa con la subescala Ansiedad de la ECR, mientras que el descriptor Autocriticismo correlaciona directamente con la subescala Evitación de la ECR, ambas en un grado bajo (Ver Tabla 7). Se destaca que la media en esta muestra es mayor a la encontrada en otras poblaciones no clínicas, tanto en la ECR (Rivera Ottenberger, 2006; Rozvadský Gugová, Heretik & Hajdúk, 2014) como en el DEQ (Boucher, Cyr & Fortin, 2006).

Tabla 7

Matriz de Correlaciones Entre las Subescalas del DEQ y de la ECR: Evaluación en el Embarazo

Subescalas de la ECR	Subescalas del DEQ		
	Dependencia	Autocriticismo	M (DE)
Ansiedad	0,336**	0,137	3,97 (1,08)
Evitación	-0,141	0,193*	3,70 (1,34)
<i>M (DE)</i>	-0,62 (0,87)	0,27 (1,08)	

** p < 0,01 * p < 0,05

Discusión

Los resultados muestran que, a partir de una intervención psicoeducativa grupal en embarazadas con sintomatología depresiva, es posible disminuir sus síntomas y promover la sensibilidad materna en la interacción con el bebé luego del parto, apoyando lo formulado en la primera hipótesis, ya que solo aquellas participantes que asistieron mostraron cambios significativos.

Sin embargo, distinguiendo la respuesta de las embarazadas de acuerdo a las categorías de tipo de depresión propuestas por Blatt (2004), aun cuando no se apreció una diferencia estadística entre los tipos, son relevantes las frecuencias observadas en esta muestra, puesto que la tendencia apunta a que las embarazadas con depresión introyectiva no mejoraron su sintomatología depresiva luego de la intervención grupal, manteniendo el promedio de su puntaje (14 puntos en el BDI, que indica depresión leve), mientras que todos los otros tipos de depresión mejoraron su promedio. Cabe agregar que aquellas participantes con depresión introyectiva del GC también disminuyeron levemente su puntaje en síntomas depresivos, por lo que con ello se apoyaría la hipótesis de que la intervención grupal podría no ser beneficiosa para la sintomatología depresiva de las embarazadas con depresión introyectiva. A pesar de no haberse encontrado resultados estadísticamente significativos en el estudio, que dieran cuenta de una respuesta diferencial a la intervención grupal según los tipos de depresión, existen investigaciones chilenas en muestras de mayor tamaño que incorporan la tipología de Blatt y señalan que el autocriticismo del estilo introyectivo se asocia inversamente con la red social, lo que implica que aquellas personas con características introyectivas presentarían una menor red de apoyo y no percibirían la ayuda que esta les puede brindar (Dagnino et al., 2014, Junio). Esto último es consistente con lo encontrado en el presente estudio, en el que aquellas embarazadas con depresión introyectiva, por sus características autocríticas, no se beneficiarían del apoyo brindado por el grupo para disminuir su depresión.

Por otro lado, de acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación postparto en sensibilidad materna, se aprecia que las participantes que recibieron la intervención grupal, en promedio, obtuvieron mejores puntajes que aquellas que no la recibieron. Si bien para esta variable hay solo una medición, pues no es posible medirla en el embarazo, los resultados sugieren un efecto positivo del taller, independientemente del tipo de depresión. Las madres que participaron en la intervención mostraron puntajes promedio de sensibilidad en el CARE-Index que las ubican en la categoría *inepto*, lo que indica que necesitarían intervenciones adicionales de tipo psicoeducativo, mientras que las madres del GC se encuentran en desventaja, ya que muestran puntajes promedio de sensibilidad que las ubican en la categoría de *riesgo*, lo que implica la necesidad de psicoterapia a la madre y a la diáda, por las mayores consecuencias negativas para el desarrollo y la salud mental del hijo. En este sentido, las diferencias encontradas en la sensibilidad

materna postparto son clínicamente significativas entre los grupos y alertan sobre la gravedad de las diádas que no asistieron al taller grupal. Al analizar los datos de acuerdo a los tipos de depresión, se aprecia que las embarazadas con depresión introyectiva obtienen los mayores puntajes en sensibilidad materna, mostrando que tal vez el beneficio para aquellas con este tipo de depresión no está puesto en reducir su sintomatología, sino en resguardar el vínculo con su hijo, como plantea Dimitrovsky et al. (2002). Esto pudiera implicar que logran visualizar las necesidades de sus bebés y atenderlos de manera más adecuada que las madres con depresión anaclítica o mixta, probablemente debido a la alta autoexigencia en el rol materno de cuidados hacia su hijo, la cual, por otra parte, podría disminuir el goce propio y, por lo tanto, afectar la sintomatología depresiva. Asimismo, es posible que las madres introyectivas, por sus capacidades reflexivas y cognitivas, logren incorporar mejor los contenidos del taller psicoeducativo, por ejemplo, sobre la lectura de señales del bebé, pese a que no les sería tan útil el apoyo grupal del taller para ayudarse a sí mismas. Esta hipótesis se apoya en que en el GC las madres con depresión de tipo introyectiva, junto con aquellas de tipo mixta, están en categoría de *riesgo* en sensibilidad materna, mientras que en el GE las madres con depresión introyectiva, pese a mostrar rangos que aún requieren intervención, son las que muestran mejores niveles de sensibilidad materna, en comparación con sus compañeras con los otros tipos de depresión.

Respecto a la correlación entre los tipos de depresión y los patrones de apego materno, como se esperaba, se observó una relación, aunque pequeña, entre Autocriticismo y Evitación y entre Dependencia y Ansiedad, lo cual concuerda con las correlaciones entre las categorías de depresión y las de apego, tal como planteaba Blatt (2004).

Es necesario destacar la gravedad del grupo estudiado en consideración a sus antecedentes clínicos: los niveles de sintomatología depresiva que en gran parte eran moderado o severo, los altos porcentajes de diagnóstico de depresión mayor y la baja calidad vincular observada en el GC, que se ubicó en los rangos de mayor gravedad. Los casos de sintomatología depresiva severa, los diagnósticos de depresión mayor y los casos de sensibilidad materna de riesgo fueron derivados al programa de salud mental del centro de salud pública correspondiente a cada participante, para asegurar que recibieran tratamiento adecuado. Todo esto muestra la importancia de visibilizar a este grupo tempranamente en el contexto de la atención pública en Chile y probablemente en países en vías de desarrollo de características similares.

Dado que las intervenciones grupales son de uso frecuente en el sistema de salud público nacional (MINSAL, 2013), es necesario el constante desarrollo y evaluación para esta población en riesgo (Cooper, Murray, Wilson & Romaniuk, 2003) y, dentro de ella, poder hacer distinciones al momento de generar intervenciones para la depresión y la calidad vincular. Por ello, considerando que las embarazadas con depresión introyectiva no reducen su sintomatología depresiva con la intervención grupal, pero sí mejoran su capacidad de responder sensiblemente a las señales y necesidades del bebé —favoreciendo con ello el vínculo entre ambos—, es relevante destacar la necesidad de incorporar intervenciones complementarias a las grupales, de tipo individual, durante el período perinatal que contemplen no solo los diagnósticos y los niveles de gravedad de la depresión materna, sino también variables asociadas a los tipos de personalidad definidos por Blatt (2004) y a los patrones de apego. Esto permitiría monitorear la evolución de las diádas y brindar apoyo en cada etapa, considerando las características y necesidades de cada madre. En esta línea, una posibilidad es utilizar las modalidades grupales e individuales con aquellas madres con depresión de tipo introyectiva o apego evitativo, para brindar apoyo psicoeducativo en el contexto grupal que favorezca la sensibilidad materna y las necesidades emocionales del bebé y, a su vez, un apoyo psicoterapéutico individual centrado en el reconocimiento de las propias necesidades emocionales para el alivio sintomático de la depresión. Por otro lado, aquellas embarazadas con depresión anaclítica y mixta podrían beneficiarse solo de intervenciones psicoeducativas grupales para reducir la depresión y mejorar la sensibilidad frente a las necesidades del bebé luego del parto. Sin embargo se requieren mediciones a largo plazo para ver su respuesta y ajustar las intervenciones, ya que podrían requerir apoyo en otras etapas del bebé, más allá del postparto. Por ejemplo, dado el rasgo de dependencia en las madres anaclíticas, podrían presentar dificultades cuando sus hijos comiencen a desarrollar una mayor autonomía y no en los primeros meses, beneficiándose posiblemente con intervenciones breves y modulares durante los primeros años de crianza.

Entre las principales limitaciones de este estudio se encuentra el pequeño tamaño muestral, así como también el que no es representativa de las embarazadas chilenas, por haber sido una muestra intencionada. Esto no permite generalizar los resultados a embarazadas que se atienden en otros centros de salud chilenos, por lo cual los resultados de este estudio deben considerarse con cautela.

La hipótesis de que se obtendrían resultados diferenciados en sintomatología depresiva y sensibilidad materna de acuerdo al tipo de depresión que presentaran las participantes es rechazada estadísticamente, dado que los resultados mostraron que no hay diferencia estadísticamente significativa entre la respuesta a la intervención grupal de los distintos tipos de depresión. Pero este rechazo también debe ser tomado con precaución, ya que la potencia del estudio es baja (0,049) por el pequeño tamaño muestral, con lo que no es posible responder de manera concluyente a la hipótesis formulada en este estudio. Por otro lado, faltó la consideración de otras variables individuales que pudieran afectar la respuesta a un tratamiento, como la cronicidad del trastorno depresivo, la estructura de personalidad o la presencia de un trastorno de personalidad. Además, es posible que los efectos completos de la intervención estudiada no se alcancaran a pesquisar en la segunda medición durante el primer periodo del postparto, pudiendo existir diferencias en las mediciones de seguimiento. Najman, Andersen, Bor, O'Callaghan y Williams (2000) estudian la depresión postparto desde el embarazo y en algunos casos aparecen resultados negativos de la intervención, luego del seguimiento a los cinco años, por lo hubiera sido necesario evaluar los resultados de esta muestra a más largo plazo. Por ello, se sugiere estudiar la evolución de los tipos de depresión en estudios longitudinales que evalúen su cambio antes, durante y después del embarazo, para ir generando intervenciones diferenciadas para cada etapa, según las características de la madre. Por último, sería interesante considerar la sintomatología ansiosa en esta población al momento de planificar un tratamiento, dada la alta prevalencia de esta durante el embarazo (MINSAL, 2014).

Conclusiones

Los resultados muestran preliminarmente la importancia de considerar en las embarazadas los tipos de depresión y su asociación con el patrón de apego adulto, al momento de elegir el tipo de intervención para reducir la depresión y promover la sensibilidad materna. Se destaca que el taller psicoeducativo grupal fue clínicamente significativo para todos los tipos depresivos, excepto para las embarazadas con depresión introyectiva, las que no presentaron mejoría en su sintomatología depresiva. Si bien estos resultados no son estadísticamente significativos al considerar los tipos de depresión en la respuesta a la intervención, dado el pequeño tamaño muestral, los resultados sugieren que las participantes con tipo introyectivo se vieron favorecidas en los niveles de sensibilidad materna. Es por ello que para estas madres con depresión de tipo introyectiva podría ser necesario complementar lo grupal con intervenciones individuales para abordar lo sintomático. En futuros estudios sería interesante considerar las variables individuales en esta población, como las categorías de Blatt y Bowlby, que integran aspectos de la personalidad en la mirada de la depresión, dado que la tendencia indica que estas variables podrían ser relevantes y las diferencias pesquisadas en estudios con muestras de mayor tamaño.

Referencias

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. N. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J. (2006-2007). A fundamental polarity in psychoanalysis: Implications for personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 494-520. doi:10.1080/07351690701310581
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P. & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 383-389. doi:10.1037/0021-843X.85.4.383
- Blatt, S. J. & Ford, R. Q. (1994). *Therapeutic change: An object relations perspective*. New York, NY: Plenum Press. doi:10.1007/978-1-4899-1010-3
- Blatt, S. J. & Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 47-91. doi:10.1016/0272-7358(92)90091-L
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C. & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 113-124. doi:10.1037/0022-006X.50.1.113
- Blatt, S. J. & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562. doi:10.1016/0272-7358(92)90070-O
- Boucher, S., Cyr, M. & Fortin, M. A. (2006). Propriétés psychométriques d'une version canadienne-française du Questionnaire des Expériences Dépressives [Propiedades psicométricas de una versión francesa-canadiense del Cuestionario de Experiencias Depresivas]. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 38, 230-237. doi:10.1037/cjbs2006010
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Volume III: Loss, sadness and depression*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Abingdon, Reino Unido: Routledge.

- Chile, Ministerio de Salud (2013). *Guía clínica AUGE: depresión en personas de 15 años y más* (2^a ed.). Santiago, Chile: Autor, Subsecretaría de Salud Pública.
- Chile, Ministerio de Salud (2014). *Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento*. Santiago, Chile: Autor, Subsecretaría de Salud Pública, División Prevención y Control de Enfermedades.
- Cooper, P. J., Murray, L., Wilson, A. & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 412-419. doi:10.1192/bjp.182.5.412
- Crittenden, P. (2006). *CARE-Index Para Infantes (nacimiento-15 meses): manual de codificación*. Miami, FL: Family Relations Institute.
- Crittenden, P. M. & Bonvillian, J. D. (1984). The relationship between maternal risk status and maternal sensitivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 250-262. doi:10.1111/j.1939-0025.1984.tb01492.x
- Dagnino, P., Pérez, J. C., Gomez, A., Krause, M. & Rodríguez, E. (2014, Junio). *Adult attachment, social network and personality dimensions: Their relation with depression*. Ponencia presentada en la 45th International Meeting of Society for Psychotherapy Research, Copenhague, Dinamarca.
- Dimitrovsky, L., Levy-Shiff, R. & Schattner-Zanany, I. (2002). Dimensions of depression and perfectionism in pregnant and nonpregnant women: Their levels and interrelationships and their relationship to marital satisfaction. *The Journal of Psychology*, 136, 631-646. doi:10.1080/00223980209604824
- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant Behavior & Development*, 34, 1-14. doi:10.1016/j.infbeh.2010.09.008
- Matthews-Smith, G. (2012). *Management of perinatal mood disorders: A national clinical guideline* (SIGN 127). Edinburgh, Escocia: Scottish Intercollegiate Guidelines Network/Healthcare Improvement Scotland. Extraído de <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign127.pdf>
- Matthey, S., Kavanagh, D. J., Howie, P., Barnett, B. & Charles, M. (2004). Prevention of postnatal distress or depression: An evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. *Journal of Affective Disorders*, 79, 113-126. doi:10.1016/S0165-0327(02)00362-2
- McMahon, C. A., Barnett, B., Kowalenko, N. M. & Tennant, C. C. (2006). Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 660-669. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01547.x
- Milgrom, J., Schembri, C., Erickson, J., Ross, J. & Gemmill, A. W. (2011). Towards parenthood: An antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *Journal of Affective Disorders*, 130, 385-394. doi:10.1016/j.jad.2010.10.045
- Morales, C. F., Díaz, E., Espíndola, G., Henales, A., Meza, P., Mota, G. & Pimentel, N. (2005). Concepto de salud psicológica. En Universidad Iberoamericana, *Temas selectos en orientación psicológica: creando alternativas* (pp. 49-62). México DF, México: Manual Moderno.
- Morales-Reyes, I., Valdés, C., Pérez, J. C., Medellín, A. & Dagnino, P. (2015). *Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck para la población chilena*. Manuscrito en preparación.
- Muzik, M. & Borovska, S. (2010). Perinatal depression: Implications for child mental health. *Mental Health in Family Medicine*, 7, 239-247.
- Najman, J. M., Andersen M. J., Bor, W., O'Callaghan, M. J. & Williams, G. M. (2000). Postnatal depression — myth and reality: Maternal depression before and after the birth of a child. *Social Psychiatry + Psychiatric Epidemiology*, 35, 19-27. doi:10.1007/s001270050004
- Olhaberry, M., Escobar, M., Mena, C., Santelices, P., Morales-Reyes, I., Rojas, G. & Martínez, V. (2015). Intervención grupal para reducir la sintomatología depresiva y promover la sensibilidad materna en embarazadas chilenas. *Suma Psicológica*, 22, 93-101. doi:10.1016/j.sumpsi.2015.08.002
- Olhaberry, M., Escobar, M., San Cristóbal, P., Santelices, M. P., Farkas, C., Rojas, G. & Martínez, V. (2013). Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Terapia Psicológica*, 31, 249-261. doi:10.4067/S0718-48082013000200011
- Ossa, X., Bustos, L. & Fernandez, L. (2012). Prenatal attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in Temuco, Chile. *Midwifery*, 28, e689-e696. doi:10.1016/j.midw.2011.08.015
- Poobalan, A. S., Aucott, L. S., Ross, L., Smith, W. C. S., Helms, P. J. & Williams, J. H. G. (2007). Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 378-386. doi:10.1192/bjp.bp.106.032789
- Rivera Ottenberger, D. (2006). *Influencia de los estilos de apego y habilidades pro relacionales en la satisfacción y bienestar emocional en relaciones de pareja* (Tesis de Doctorado, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile). Extraído de http://dspace2.conicyt.cl/bitstream/handle/10533/90611/RIVERA_DIANA_1310D.pdf?sequence=1
- Rozvadský Gugová, G., Heretik, A. & Hajdúk, M. (2014). Psychometric properties of the Slovak version of Experiences in Close Relationships-Revisited (ECR-R) on general adult sample. *Studia Psychologica*, 56, 37-52.
- Santelices, M. P., Guzmán, M., Aracena, M., Farkas, C., Armijo, I., Pérez-Salas, C. P. & Borghini, A. (2011). Promoting secure attachment: Evaluation of the effectiveness of an early intervention pilot programme with mother-infant dyads in Santiago, Chile. *Child: Care, Health and Development*, 37, 203-210. doi:10.1111/j.1365-2214.2010.01161.x
- Sheehan D. V., Lecriubier, Y., Sheehan, K. H., Janavs, J., Weiller, E., Kesker, A. ... Dunbar, G. C. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12, 232-241. doi:10.1016/S0924-9338(97)83297-X
- Silva, J., Jaramillo, K., Salazar, L. y Krause, M. (2014, Junio). *Interpersonal stress and the polarities of experience: Effects on the psychophysiological responses and in the bias associated to the differential reinforcement of a behavioral task*. Ponencia presentada en la 45th International Meeting of Society for Psychotherapy Research, Copenhague, Dinamarca.
- Smith, N., Lam, D., Bifulco, A. & Checkley, S. (2002). Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA.Q): Validation of a screening instrument for childhood adversity in clinical populations. *Social Psychiatry + Psychiatric Epidemiology*, 37, 572-579. doi:10.1007/s00127-002-0589-9
- Stein, A., Gath, D. H., Bucher, J., Bond, A., Day, A. & Cooper, P. J. (1991). The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *The British Journal of Psychiatry*, 158, 46-52. doi:10.1192/bjp.158.1.46
- Stern, D. N. (1997). *La constelación maternal: un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos*. Barcelona, España: Paidós.
- Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S. L. & Wallington, T. (2003). *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. Toronto, Canadá: University Health Network, Women's Health Program. Extraído de http://wwwlive.who.int/entity/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf
- Svanberg, P. O., Mennet, L. & Spieker, S. (2010). Promoting a secure attachment: A primary prevention practice model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15, 363-378. doi:10.1177/1359104510367584

- Ugarriza, D. N. (2004). Group therapy and its barriers for women suffering from postpartum depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18, 39-48. doi:10.1053/j.apnu.2004.01.002
- Wei, M., Russell, D. W., Mallinckrodt, B. & Vogel, D. L. (2007). The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-short form: Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 88, 187-204. doi:10.1080/0223890701268041
- Weinberg, K. & Tronick, E. Z. (1996). Infant affective reactions to the resumption of maternal interaction after the Still-face, *Child Development*, 67, 905-914. doi:10.2307/1131869
- Whitton, A., Warner, R. & Appleby, L. (1996). The pathway to care in post-natal depression: Women's attitudes to post-natal depression and its treatment. *British Journal of General Practice*, 46, 427-428.

Fecha de recepción: Julio de 2015.

Fecha de aceptación: Septiembre de 2016.