

# Depresión Postparto: Aspectos Antropológicos y Transculturales

Enrique Jadresic M.

Facultad de Medicina, Universidad de Chile

## Resumen

Los principales factores etiológicos de la depresión postparto (DPP) parecen ser psicosociales. Algunos autores plantean que en occidente la DPP sería el resultado del abandono de procesos culturales de ritualización de este período, aun cuando los escasos trabajos disponibles no revelan mayores diferencias en las tasas de DPP detectada en diversos países. El enfoque transcultural permite evaluar el rol etiológico de los factores sociales y culturales y analizar su influencia en la psicopatología materna y del neonato, pero se requieren más investigaciones comparativas que combinen el uso de descripciones etnográficas flexibles con la aplicación sistemática de procedimientos estandarizados de evaluación.

Palabras claves: Depresión, Postparto, Antropología, Estudio transcultural.

## Abstract

In postpartum depression (PPD) the main etiologic factors seem to be in the psychosocial domain. Some authors state that in Occident PPD is the result of the loss of ritual cultural processes during this period, even though the few available studies do not reveal major differences in rates of PPD across countries. The transcultural approach allows the assessment of the etiologic role of social and cultural factors and the study of their influence on the mother and neonate psychopathology. Nevertheless, more comparative studies which combine flexible ethnographic observations with the application of systematic standardized procedures are needed.

Key words: Depression, Postpartum, Anthropology, Transcultural study.

## Introducción

En la actualidad, los profesionales de la salud de países desarrollados le conceden cada vez mayor importancia a los trastornos emocionales que se presentan durante el período grávido/puerperal, tanto por su contribución a la morbilidad psiquiátrica femenina en general como por las repercusiones que la patología pre y postnatal tiene en las madres y sus familias, especialmente en el niño en desarrollo. Comparten la preocupación por el tema profesionales de la salud mental, especialistas en gineco-obstetricia y expertos en el área materno infantil. En psiquiatría, el mayor interés por los trastornos mentales del embarazo y el puerperio se ha traducido en la aparición de una nueva subespecialidad, la psiquiatría perina-

tal, de mayor desarrollo en regiones del hemisferio norte como Inglaterra, Estados Unidos y Escandinavia.

En países como Chile, con un menor grado de desarrollo, sólo una vez logrados avances sustanciales en áreas como la desnutrición, las enfermedades infectocontagiosas y la mortalidad materna e infantil, se comienza a prestar atención a los aspectos psicológicos del embarazo y el puerperio.

La experiencia clínica y la literatura científica, particularmente anglosajona, indican que el perfil sintomatológico y la incidencia aproximada de los trastornos mentales puerperales se distribuyen de la siguiente manera (Kumar, 1990; O'Hara & Zekoski, 1988):

*Disforias postparto (postpartum blues)*. Su incidencia es de al menos un 50%. Son trastornos

emocionales leves, transitorios, que típicamente aparecen al cuarto o quinto día postparto, durando sólo algunas horas y, a lo más, un día o dos. Se caracterizan por síntomas tales como labilidad emotiva o llanto, insomnio y fatiga. Menos frecuente es una leve y pasajera depresión del estado anímico que no alcanza a configurar un cuadro depresivo. En rigor, no corresponden a un trastorno mental porque no satisfacen los criterios convencionales de enfermedad mental, pero se incluyen aquí porque los cambios anímicos leves del postparto pueden ser influidos por factores sociales y ambientales.

*Psicosis postparto.* Su incidencia es de 0,1%. Se trata de un grupo clínicamente heterogéneo, en el que se incluyen trastornos afectivos (depresivos y maníacos), esquizofrenias, cuadros esquizoafectivos, psicosis reactivas y psicosis orgánicas. Aparecen generalmente en las primeras dos semanas después del parto, luego de un período prodromático de síntomas inespecíficos como insomnio, inquietud, irritabilidad y llanto. Dada la severidad del cuadro clínico, por lo general las pacientes son hospitalizadas y, aunque su evolución suele ser tormentosa, habitualmente mejoran completamente después de algunos meses.

*Depresión postparto (DPP).* Tiene una incidencia de alrededor del 10%. Consiste en un trastorno depresivo no psicótico, cuyas manifestaciones iniciales aparecen durante las primeras semanas después del parto, pero alcanza su intensidad máxima entre los dos y tres meses. Según la mayoría de los autores (Cox, Connor, Henderson, McGuire & Kendell, 1983; Kumar, 1982), los síntomas son básicamente los mismos que los de las depresiones que se presentan en otras épocas de la vida. Con frecuencia, se trata de cuadros depresivos de intensidad leve o moderada, como los que se suelen ver en la práctica clínica general y que, según el sistema clasificatorio que se utilice, se denominan *neurosis depresivas*, *depresiones menores* o *distimias*. Aparte de la disminución del ánimo, el aumento de la labilidad emocional y las alteraciones propias de cualquier depresión, destacan los contenidos depresivos que refieren las pacientes, muchas veces relacionados con el recién nacido. A menudo las mujeres expresan sentimientos de insuficiencia ("no me considero capaz de cuidar a mi hijo") o se reprochan no quererlo lo suficiente. Puede aparecer rechazo hacia el neonato o ideas obsesivas relacionadas con temor a dañarlo, que éste pueda no ser de ellas o que presente algún tipo de deformación.

A diferencia de lo que ocurriría con las disforias y las psicosis, en cuya génesis los facto-

res biológicos serían los más importantes, en la actualidad la mayoría de los autores piensa que en la DPP los principales factores etiológicos serían de tipo psicosocial (Kumar, 1990).

Desde el punto de vista de la salud pública, la DPP es, por su frecuencia, el trastorno puerperal más importante. Además de afectar seriamente el bienestar materno, la enfermedad puede deteriorar la relación de la madre con su hijo y poner en riesgo la estabilidad familiar. Un número cada vez mayor de estudios confirma que hay vínculos entre la DPP y el desarrollo de problemas en los hijos, tanto conductuales y de relación como cognitivos (véanse las revisiones de Kumar & Hipwell, 1994 y Murray, 1992). La DPP disminuye el nivel de funcionamiento materno en el hogar y en el trabajo, con consecuencias económicas cada vez mayores, debido a la creciente participación de la mujer en el mundo laboral.

Mientras las disciplinas biológicas se centran en buscar las similitudes, las ciencias sociales se preocupan, predominantemente, de las variaciones individuales y culturales. El presente artículo pretende dar a conocer el estado actual de la investigación sobre la forma cómo las sociedades estructuran el puerperio y el papel que desempeñan los factores culturales en la DPP. Asimismo, se destaca la necesidad de llevar a cabo estudios comparativos entre países, usando tanto metodologías descriptivas flexibles como procedimientos estandarizados más estrictos.

#### El Rol de la Antropología Médica

Desde la antigüedad, las experiencias vitales más importantes han despertado el interés de los antropólogos. Esto se debe a que algunos de los hitos del ciclo vital, como la pubertad, el período grávido/puerperal, la enfermedad y la muerte, son típicamente dramatizados socialmente, a través, por ejemplo, de ritos de paso (*rites de passage*) y ceremonias de curación, lo cual constituye un acicate para la descripción etnográfica. Adicionalmente, es en las experiencias vitales primordiales donde se evidencia mejor la naturaleza interactiva de los procesos biológicos y culturales.

Se ha señalado que la demostración que los sistemas biológicos y culturales son interdependientes es una de las contribuciones más importantes de la antropología a la comprensión del comportamiento humano (Kruckman, 1992). El desarrollo de la antropología médica y su emer-

gencia como subespecialidad de la antropología tiene que ver, probablemente, con el interés en estos temas. El estudio de cómo los fenómenos de la salud son influidos por los factores sociales y culturales supone la idea que también el conocimiento acerca de lo que concierne a la salud puede contribuir a la comprensión de los sistemas socioculturales. La salud y la enfermedad se relacionan no sólo con factores biológicos sino, también, con el entorno cultural y la organización social que gobierna ese entorno (Grebe, 1992; Hardy, 1992). Visualizar los sistemas biológicos y culturales como interactivos tiene la ventaja de integrar dos modelos explicativos, el primero mecanicista y el segundo simbólico, en uno solo más abarcativo. Aunque se puede postular –e incluso a veces medir– la presencia de procesos biológicos subyacentes, se sabe que el modo como se viven o se experimentan esos procesos está filtrado y mediado por factores culturales (Luppi, 1992).

#### Conceptualizaciones Acerca de la Enfermedad Depresiva Postparto

Como lo ha señalado Lolas (1992), uno de los avances más significativos de la investigación biopsicosocial en los últimos decenios ha sido haber legitimado la distinción entre estar enfermo, sentirse enfermo y ser considerado enfermo (en inglés *disease*, *illness* y *sickness*, respectivamente). En español no se dispone de términos adecuados para diferenciar estos estados: la enfermedad definida por el experto, por el paciente y por la sociedad.

Estar enfermo, tener una enfermedad (*disease*), tiene que ver con una definición profesional. Según el enfoque médico-psiquiátrico clásico, la respuesta normal del período puerperal se caracteriza por la ausencia de enfermedad, es decir, lo normal en el puerperio sería no presentar ningún trastorno. Padecer de una enfermedad puerperal, por el contrario, es presentar una constelación sintomática determinada que habitualmente se acompaña de un menoscabo en el nivel de funcionamiento individual. Muchos investigadores han determinado la incidencia y prevalencia del síndrome depresivo postparto encontrando, en efecto, que la mayoría de las mujeres presenta un estado de *normalidad* después del parto. Naturalmente, aquellos investigadores que se han concentrado ya no en síndromes sino en síntomas depresivos han encontrado un menor número de

mujeres *normales* que los autores que han utilizado criterios diagnósticos estrictos.

Sentirse enfermo (*illness*) corresponde a una sensación personal, a la enfermedad experimentada por el individuo. Cada mujer vive la gravidez, el parto y el puerperio a su manera. En ocasiones vivencia el postparto con una sensación subjetiva de malestar o sufrimiento, padecimiento que no necesariamente se acompaña del mal funcionamiento biológico o psicofisiológico que exige una definición médica más estricta de enfermedad. En todo caso, la psiquiatría perinatal, como el resto de la psiquiatría, reconoce la importancia del elemento subjetivo, como asimismo la carencia de descriptores biológicos, y por lo mismo se habla de *postpartum mental illness* y no de *postpartum mental disease*.

Una tercera dimensión es la de ser considerado enfermo (*sickness*) por el entorno social en el que se vive. Esta es una definición social, influida por la tradición y el sistema cultural, con sus diversos atributos, grados de tolerancia y expectativas. Desde esta perspectiva, se entiende a la normalidad como promedio. Este enfoque es empleado con frecuencia por los científicos sociales y se basa en la curva de distribución normal. Considera a los que se acercan al promedio como normales y a los que se alejan de él como anormales. De acuerdo con esta definición, las púerperas *normales* no necesariamente son asintomáticas y las *enfermas* no obligatoriamente presentan los síntomas que supone la medicina.

Como ha señalado Lolas (1992), la hegemonía de una única, exclusiva y excluyente definición de enfermedad es contraria al conocimiento alcanzado en las últimas décadas y resulta menos operante que describir individuos en términos de estas tres dimensiones básicas.

#### Ritos y Soporte Social durante el Puerperio

Aunque los modelos explicativos biológicos y psicológicos sitúan el origen del trastorno depresivo postparto en dominios diferentes, son similares en cuanto a que ambos localizan el origen al interior del individuo. La necesidad de estudiar los factores externos, sociales y culturales es evidente.

El proceso grávido/puerperal es, desde el punto de vista fisiológico, una experiencia universal. Se trate de una mujer que se embaraza y tiene a su hijo en Isla de Pascua o en Londres, el evento biológico es similar. No ocurre lo mismo con el

modo como esta experiencia es conceptualizada y vivida por la mujer, lo cual ciertamente depende de factores individuales, psicológicos y biográficos, pero también es influido por factores sociales y culturales. En otras palabras, variables como el significado que la sociedad le otorga al rol parental, el modo cómo se organiza frente al proceso reproductivo o el tipo de estructura familiar imperante pueden influir en cómo se vive la experiencia de la maternidad. Del mismo modo, la constelación de variables sociales y culturales que rodea a la mujer podría aumentar o disminuir la probabilidad de presentar una DPP.

Tal como se señalara, si bien prima actualmente la idea que los principales factores etiológicos de la DPP serían de tipo psicosocial, se le ha prestado poca atención al rol que desempeña el factor cultural en esta enfermedad. Algunos autores, entre ellos algunos antropólogos, han hecho hincapié en que factores como la estructura y organización familiar y social y el nivel de expectativas puestas en la nueva madre pueden jugar un rol significativo (Stern & Kruckman, 1983). La desigual elaboración cultural de las diferencias entre hombre y mujer y de los cambios biológicos por los que ambos atraviesan durante el ciclo vital pueden influir en la predisposición a presentar DPP.

Hay estudios transculturales que muestran que distintas sociedades estructuran de modo diferente el período del puerperio (Cosminsky, 1977). Mientras algunas sociedades explicitan socialmente y ritualizan el puerperio, otras casi lo ignoran o no reconocen el cambio de roles a que conduce esta etapa transicional. Stern y Kruckman (1983) plantean que los factores socioculturales ejercerían un rol patoplástico importante en la DPP y que, aun más, podrían disminuir la probabilidad o favorecer el desarrollo de esta enfermedad. Esto sería válido, sobre todo, para las formas no psicóticas de DPP.

En la mayoría de las sociedades el parto y el puerperio inmediato son considerados un período de mayor vulnerabilidad en la vida de la mujer. Con frecuencia representan un período en que incluso la estructura familiar se pone en riesgo. Para enfrentar este peligro y la *amenaza* que significa, el cuerpo social pone en práctica un conjunto y a la vez sucesión de comportamientos rituales *coherentes* que permiten manejar fisiológica y socialmente los problemas propios del puerperio.

Como sucede con otros períodos de la vida, la ritualización del puerperio pareciera favorecer la mejor adaptación de la mujer al período de transi-

ción que constituye el postparto. Según algunos autores (Cox, 1986; Stern & Kruckman, 1983), cuando esto ocurre —lo que acontecería especialmente en las culturas menos occidentalizadas— se comunicarían menos casos de DPP (depresiones postparto propiamente tales y no disforias o psicosis puerperales). Evidentemente, también pudiera ser que en esas sociedades se haya reportado un menor número de casos simplemente porque no se han buscado en forma tan acuciosa.

Stern y Kruckman (1983) postulan una relación entre las estrategias adoptadas transculturalmente para enfrentar el puerperio —las que movilizan ayuda en general— y la salud de la madre en el período puerperal. Proponen que el supuesto mayor riesgo de sufrir de DPP en el mundo occidental se relaciona con los siguientes factores:

1. Insuficiente estructuración social del período del puerperio.
2. Ausencia de reconocimiento social que el puerperio constituye un período de transición para la madre.
3. Escasa ayuda práctica a la madre en este período.

Por el contrario, patrones culturales definidos, reconocimiento explícito del nuevo estatus social y ayuda práctica en cuanto a satisfacer las expectativas respecto a que la madre debe saber cuidar a su hijo prevendrían o amortiguarían experiencias emocionales negativas durante el puerperio.

A partir de lo observado transculturalmente, Stern y Kruckman (1983) postulan que habría características del puerperio que cumplirían importantes funciones psicológicas y sociales. La ausencia de estas características —descritas a continuación— favorecería una pobre adaptación postnatal.

### Características del Puerperio

#### *Estructura*

Jiménez y Newton (1979) estudiaron 195 sociedades, encontrando que en todas había un período de interrupción de las actividades habituales después del parto (en la mitad las mujeres habían retornado al trabajo después de dos semanas). Lo esencial es que en general el puerperio es conceptualizado como un período finito, distinto a otros períodos de la vida, en el que la madre está en fase de recuperación o convalecencia

y es merecedora y receptora de apoyo; su repertorio de actividades se restringe y sus necesidades son satisfechas habitualmente por parientes cercanas de sexo femenino. Por ejemplo, Pillsbury (1978), en China, encontró que durante el primer mes postparto se prodiga a las madres mucha atención, mucho más que al neonato, lo que contrasta con la tendencia observada en occidente, de centrar más bien la atención en el recién nacido. Entre las propias indígenas mapuches la parturienta/puérrpera también es objeto de numerosas atenciones: se le soban los pies con masajes que *le den calor*; se le proporciona un caldo bien caliente para que no enferme de *piira mollfiñ*, *sangre subida* o *sobreparto*; se le dan también masajes sobre la barriga con hojas de triwe o laurel chileno (*laurelia sempervirens*) o se le da a beber una decocción de la raíz del triki-triki o calle-calle (*libertia chilensis*), la que cumpliría una función revitalizadora de la matriz femenina (Mora, 1992).

#### Vulnerabilidad/Polución

Con frecuencia se considera al puerperio como una época de mayor vulnerabilidad o riesgo de contaminación de la mujer. A las puérperas del Punjab se las protege de otras mujeres que pueden estar *contaminadas*, por estar menstruando o por haber tenido un aborto, e incluso de familiares que hayan fallecido recientemente (Gideon, 1962).

#### Descanso y Aislamiento

En muchas sociedades se promueve el reposo y aislamiento de las mujeres, probablemente para favorecer una lactancia exitosa y una crianza adecuada. En algunos lugares de Africa se les destinan rucas o chozas especiales para someterlas a *engorde* (Kelly, 1967). En un estudio de 56 mujeres mexicanas que dieron a luz en los Estados Unidos se observó que aquellas que se acogían a un período de cuarentena declaraban una reacción más positiva frente al embarazo y sufrían menos de DPP (Stern & Kruckman, 1983). El postnatal que beneficia a las madres que trabajan puede estar cumpliendo la función de otorgar reposo pero quizá también satisfaga la necesidad de aislamiento para que la mujer desarrolle un vínculo adecuado con su hijo.

#### Ayuda Práctica

La ayuda práctica directa es otorgada principalmente por las madres, hermanas, hijas o abue-

las. En algunas sociedades la embarazada acude a "mejorarse" a casa de sus padres para asegurarse el cuidado que requiere.

#### Reconocimiento Social

En muchas sociedades hay rituales o ceremonias que le dan a la madre la bienvenida luego de estar reclusa, una vez purificada y descansada. O bien, a través de regalos, se *legitima* socialmente el estado de transición representado por el puerperio.

#### Estudios sobre la Depresión Postparto en Distintas Culturas

Kruckman (1992) sostiene que la literatura antropológica sorprendentemente revela muy escasa evidencia en países no occidentalizados en favor de la presencia de lo que en occidente se denomina DPP. En efecto, algunas observaciones etnográficas de carácter anecdótico, provenientes de Nigeria (Kelly, 1967), Sudáfrica (Chalmers, 1988) y la India (Gautam, Nijhawan & Gehlot, 1982), brindan algún apoyo a la conclusión que las depresiones no psicóticas postparto serían poco frecuentes en dichas sociedades. Sin embargo, en otra muestra de madres consultantes en la India (Shah, Wig & Akhtar, 1971) se diagnosticó que durante el postparto la cuarta parte de ellas había desarrollado trastornos neuróticos, lo cual hace pensar que, con bastante probabilidad, pudo haberse tratado de DPP. Por lo tanto, aunque constituye una hipótesis interesante, se necesita investigar bastante más antes de concederle crédito real a la hipótesis que la DPP pudiera ser, en occidente, el resultado de que se hayan abandonado aquellos procesos culturales que reconocen el nuevo estatus materno e incorporan a la madre y su hijo a la sociedad después de verificarse ciertos rituales establecidos (Pillsbury, 1978; Seel, 1986). Aunque la pérdida de protagonismo de la madre que da a luz en occidente y luego del "alta" se va al anonimato de su casa –sin un reconocimiento social suficiente– aparece como un plausible mecanismo inductor de depresión, existe el peligro de la generalización a partir de casos particulares. Por otra parte, los estudios hasta ahora disponibles no han combinado la observación etnográfica en terreno con evaluaciones diagnósticas formales. Más aun, los criterios para definir una depresión pueden variar mucho de un contexto cultural a otro, de tal modo que el pro-

blema no se resuelve simplemente aplicando un concepto occidental de depresión a otras culturas.

Se dispone de muy poca investigación sistemática sobre la DPP en países en desarrollo. El estudio pionero de Cox (1983), realizado en una tribu de Uganda ( $N = 183$ ), demostró que una de cada diez madres africanas se deprime postparto, lo cual es muy similar a lo observado en naciones desarrolladas. Al usar el mismo método en mujeres escocesas, Cox encontró que el 13% de ellas ( $N = 89$ ) se deprime postparto, es decir, las tasas de incidencia de DPP son muy similares en estas dos culturas muy distintas entre sí. Se detectó que la mayor diferencia sintomática entre las mujeres africanas y escocesas era que las mujeres africanas referían muchos menos sentimientos de culpa y menor tendencia al autorreproche que las europeas, fenómeno, por lo demás, observado en mujeres africanas en otros períodos de la vida (Odejide, 1986).

A su vez, Dennerstein, Leherr y Riphagen (1989) y Thorpe, Dragonas y Golding (1992) también han efectuado estudios comparativos, encontrando los primeros tasas similares de DPP en mujeres australianas, italianas y holandesas; y los segundos, tasas similares en mujeres griegas e inglesas. Los dos únicos estudios latinoamericanos son chilenos (Alvarado et al., 1992; Jadresic, Jara, Miranda, Arrau & Araya, 1992) y ambos, recurriendo a metodologías semejantes a las de investigadores extranjeros, revelan cifras de incidencia similares, 8,8% ( $N = 125$ ) y 9,2% ( $N = 108$ ), respectivamente, coincidentes con las tasas de incidencia encontradas en otros países.

En Inglaterra, Watson y Evans (1986) compararon tres grupos de madres de orígenes étnicos diferentes: las primeras eran inmigrantes bengalíes que no hablaban inglés ( $n = 28$ ), las segundas correspondían a un grupo heterogéneo de inmigrantes que sí dominaba este idioma ( $n = 24$ ) y el tercer grupo estaba constituido por londinenses autóctonas ( $n = 49$ ). Todas habían dado a luz recientemente. Para medir la presencia o ausencia de depresión se usaron el Cuestionario autoadministrado de Salud de Goldberg (1972) —en su versión inglesa y bengalí—, un instrumento de evaluación heteroadministrado y una escala de autoevaluación materna de depresión. Los tres instrumentos fueron aplicados a las ocho semanas y a los ocho y catorce meses después del parto. Los autores han llamado la atención sobre algunas posibles limitaciones del Cuestionario de Salud de Goldberg, entre las que se incluye el hecho que algunas preguntas, por ejemplo, *¿ha sentido que no vale la pena vivir?*, no tienen sentido para

las madres bengalíes, a las cuales les resulta inconcebible dicha posibilidad. Pese a que los autores sostienen haber encontrado aproximadamente la misma proporción de depresión en los tres grupos de mujeres, hubo un alto grado de desacuerdo entre los tres instrumentos. Por ejemplo, los valores de Kappa (refleja el grado de acuerdo entre los instrumentos) para el nivel de acuerdo entre los entrevistadores y las mujeres en relación a la presencia de depresión varió entre 0,23 y 0,38 en la primera evaluación y entre 0,36 y 0,54 en la segunda. Estos niveles de acuerdo relativamente bajos hacen difícil determinar en qué grado las diferencias culturales pueden haber afectado la expresión o la prevalencia de depresión en estas madres.

Finalmente, también en Inglaterra, Upadhyaya, Creed y Upadhyaya (1989) recurrieron a un instrumento de tamizaje psiquiátrico (Harding et al., 1980) diseñado específicamente para ser utilizado en naciones en desarrollo, el que aplicaron a un grupo de 149 madres que acudían con sus hijos a controles de niño sano. Una mitad era de raza blanca y la otra mitad correspondía a asiáticas inmigrantes de India o Pakistán. Al comparar ambos grupos, no encontraron diferencias en las tasas de DPP ni tampoco en la frecuencia con que presentaban síntomas somáticos y psicológicos. No obstante, al estudiar a las que eran portadoras de patología psiquiátrica y habían consultado médico, se vio que las mujeres asiáticas consultaban exclusivamente cuando presentaban síntomas somáticos y ninguna por depresión, mientras que era más probable que las de raza blanca consultaran por síntomas depresivos.

## Discusión

Resulta un tanto sorprendente constatar que los escasos estudios transculturales disponibles en la actualidad no revelen diferencias mayores en las tasas de DPP encontradas en distintos países. Uno habría esperado diferencias más que similitudes en las tasas de incidencia, por lo que sin duda estos importantes estudios deben ser replicados y efectuados también en otros contextos. Algunas de las limitaciones de muchos de los estudios comparativos realizados hasta la fecha son centrarse exclusivamente en la descripción etnográfica, sin recurrir a procedimientos estandarizados que permitan efectuar comparaciones válidas o, si se utilizan, apoyarse excesivamente en los cuestionarios de autorreporte para hacer el diagnóstico de depresión. Otras son evaluar

prevalencia más que incidencia, la incertidumbre acerca de cuál es el período de tiempo más adecuado para que una depresión pueda ser considerada *postparto* y la falta de comparaciones detalladas de la sintomatología y de lo que se conceptualiza como *enfermedad*. Por último, otra limitación es la carencia de métodos sensibles y confiables que permitan efectuar análisis comparativos de posibles factores etiológicos como, asimismo, evaluar la naturaleza, curso y pronóstico final de la depresión materna.

La mayor parte de la evidencia disponible actualmente apunta a que en la DPP los principales factores etiológicos se situarían en el dominio de lo psicológico y lo social (Kumar, 1990). Entre los concomitantes asociados más frecuentemente a este trastorno se encuentran el conflicto con la pareja y el deficiente apoyo de ésta durante el postparto, los eventos o crisis vitales, el antecedente de depresión en el pasado, la actitud negativa hacia el embarazo y la presencia de síntomas de ansiedad o depresión durante la gestación. Particular mención merece la desavenencia de la pareja, ya que se ha visto que constituye un poderoso predictor de DPP, patología que a su vez puede favorecer los problemas de pareja.

Con respecto a la variable nivel socioeconómico, dos estudios recientes, uno nacional (Jadresic & Araya, 1995) y otro extranjero (Augusto, Kumar, Calheiros, Matos & Figueiredo, 1996), muestran una prevalencia mayor de la enfermedad en los niveles socioeconómicos más bajos. En Santiago, por ejemplo, se encontró que las madres cuyas familias disponían de niveles de ingresos menores tenían una probabilidad tres veces mayor de sufrir DPP que las madres de familias con mejores ingresos. De la misma manera, la probabilidad de encontrar una puerpera deprimida en un consultorio público era el doble de la que se encuentra en una clínica privada (Jadresic & Araya, 1995).

Estos resultados, aunque consistentes con el modelo de factores de vulnerabilidad psicosocial en la depresión propuesto por Brown y Harris (1978), deben ser tomados con cautela ya que la asociación es con prevalencia y no incidencia de depresión.

En lo que respecta al soporte social, gran parte de la literatura avala la asociación entre la carencia de este tipo de apoyo y una mayor probabilidad de sufrir una DPP (O'Hara & Zekoski, 1988). No obstante, los dos estudios nacionales que se han abocado al tema (Alvarado et al., 1994; Jadresic, Jara & Araya, 1993) no encontraron una asociación entre esta variable y la depresión

puerperal. La razón pudiera ser que en ambos se usó el mismo instrumento, el cual en la mayoría de sus ítemes explora en forma cuantitativa la red social de la persona. Tal como fuera señalado por O'Hara, Rehm y Campbell (1983), pudiera ser que las puerperas depresivas no tienen cambios cuantitativos en su red de apoyo (incluso encontraron un aumento en el número de componentes) sino variaciones en la percepción de la misma y en la satisfacción con el apoyo que ésta les provee. En efecto, estos autores encontraron que, mientras las puerperas deprimidas referían que sus esposos les daban poco apoyo después del parto, tanto en aspectos prácticos como emocionales, estas mismas mujeres no declararon lo mismo durante el embarazo, período en el que la percepción del grado de ayuda que recibían de sus esposos no difería en nada de lo declarado por las mujeres que después no se deprimieron en el postparto. En el mismo sentido, los padres y otras personas cercanas a las mujeres también eran percibidos por ellas como menos colaboradores en el puerperio y no así durante el embarazo.

Royston y Armstrong (1989) han hecho notar las grandes diferencias que existen en la actualidad en las tasas de mortalidad materna e infantil entre las naciones desarrolladas y las en vías de desarrollo. En las naciones en las que la lucha básica de las madres y sus hijos es por su sobrevivencia, la depresión postnatal no psicótica no constituye un problema de salud relevante, siendo más importante la preocupación por bajar los índices de mortalidad. Sin embargo, incluso en esos países se pueden obtener grandes beneficios, a un costo relativamente bajo, si se procura mejorar el bienestar psicológico materno después del parto. Dos ejemplos servirán para ilustrar este punto. Por una parte, entre las mujeres en tratamiento por cáncer mamario, las que están deprimidas tienen tasas de sobrevida menores que las no deprimidas (Greer, Morris & Pettingale, 1979). Por otra parte, se ha visto que en mujeres que dan a luz en los hospitales, el apoyo psicológico reduce en forma muy significativa la duración del parto y la frecuencia de complicaciones obstétricas (Sosa, Kennell, Klaus, Robertson & Urrutia, 1980).

Si bien, en comparación a las psicosis puerperales, la DPP puede aparecer como una enfermedad de importancia relativamente menor, no debe olvidarse que el daño personal y familiar que ésta puede ocasionar puede ser más severo y con frecuencia más duradero, ya que muchas veces se trata de cuadros clínicos insidiosos y en

ocasiones crónicas. Más aun, dado que en occidente la incidencia de la DPP es 100 veces mayor que la de los cuadros psicóticos puerperales, el trastorno amerita ser estudiado seriamente en los países donde todavía la adversidad material y social es la norma para la mayoría de las mujeres que tienen hijos, sobre todo que la evidencia muestra que la mayoría de las depresiones postparto no es identificada por los trabajadores de la salud del nivel primario (Briscoe, 1986; Jadresic et al., 1992; Sharp, 1992) y que las mismas mujeres no consultan. Cuando lo hacen, frecuentemente se les prescribe benzodiazepinas o dosis subterapéuticas de antidepressivos (Kumar & Robson, 1984; Watson, Elliot, Rugg & Brough, 1984).

Finalmente, cabe preguntarse: ¿qué factores comunes pudieran haber en distintas culturas que permitan detectar a aquellas mujeres con alto riesgo de deprimirse en el postparto?, ¿qué estrategias pudieran ser efectivas para idealmente prevenir estos cuadros? Y, a la luz de los efectos que la enfermedad tiene en los hijos (Murray, 1992; Kumar & Hipwell, 1994), ¿pueden ser los potenciales efectos adversos de la depresión materna atenuados o exacerbados por modos distintos de criar a los hijos? Sin duda, es necesario efectuar estudios confiables y comparables sobre la ocurrencia y el curso de la DPP en diferentes culturas para poder contestar estas interrogantes.

### Referencias

- Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, J., Neves, E., Olea, E., Perucca, E. & Vera, A. (1992). Cuadros depresivos en el postparto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. *Revista de Psiquiatría*, 9 (3-4), 1168-1176.
- Alvarado, R., Vera, A., Rojas, M., Olea, E., Monardes, J., Neves, E. & Perucca, E. (1994). Eventos vitales, soporte social y depresión en el postparto. *Revista de Psiquiatría*, 11 (3), 121-126.
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E. & Figueiredo, E. (1996). Postnatal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26, 135-141.
- Briscoe, M. (1986). Identification of health problems in postpartum women by health visitors. *British Medical Journal*, 292, 1245-1247.
- Brown, G. W. & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. New York: The Free Press.
- Chalmers, B. (1988). The Pedit woman's experiences of childbirth and early parenthood. *Curationis*, 11, 12-19.
- Cosminsky, S. (1977). Childbirth and midwifery on a Guatemalan finca. *Medical Anthropology*, 1, 69-104.
- Cox, J. L. (1983). Postnatal depression: A comparison of Scottish and African women. *Social Psychiatry*, 18, 25-28.
- Cox, J. L. (1986). *Transcultural psychiatry*. London: Crooms Helm.
- Cox, J. L., Connor, Y. M., Henderson, I., McGuire, R. J. & Kendell R. E. (1983). Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth by self-report questionnaire. *Journal of Affective Disorders*, 5, 1-7.
- Dennerstein, L., Leherr, P. & Riphagen, F. (1989). Postpartum depression-risk factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 10, 53-67.
- Gautam, S., Nijhawan, M. & Gehlot, P. S. (1982). Postpartum psychiatric syndromes - An analysis of 100 consecutive cases. *Indian Journal of Psychiatry*, 24, 383-386.
- Gideon, H. (1962). A baby is born in the Punjab. *American Anthropologist*, 64, 1220-1234.
- Goldberg, (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford: Oxford University Press.
- Grebe, M. E. (1992). Relevancia sociocultural y médica de la terapéutica y profilaxis simbólica en las culturas tradicionales de Chile. En F. Lolas, R. Florenzano, G. Gyarmati & C. Trejo (Eds.), *Ciencias sociales y medicina, perspectivas latinoamericanas* (pp. 155-164). Santiago: Editorial Universitaria.
- Greer, S., Morris, T., Pettingale, K. W. (1979). Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *Lancet*, 2, 785-787.
- Harding, T. W., De Arango, M. B. W., Baltazar, J., Climent, C. E., Ibtahim, H. H. A., Ignacio, L. L., Murthy, R. S. & Wig, N. N. (1980). Mental disorders in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, 10, 231-241.
- Hardy E. (1992). Ciencias sociales y medicina: una experiencia personal. En F. Lolas, R. Florenzano, G. Gyarmati & C. Trejo (Eds.), *Ciencias sociales y medicina, perspectivas latinoamericanas* (pp. 15-20). Santiago: Editorial Universitaria.
- Jadresic, E. & Araya, R. (1995). Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Revista Médica de Chile*, 123, 694-699.
- Jadresic, E., Jara, C. & Araya, R. (1993). Depresión en el embarazo y el puerperio: estudio de factores de riesgo. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 39 (1), 63-74.
- Jadresic, E., Jara, C., Miranda, M., Arrau, B. & Araya, R. (1992). Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 30, 99-106.
- Jiménez, M. H. & Newton, N. (1979). Activity and work during pregnancy and the post partum period: A cross cultural study of 202 societies. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 135, 171-176.
- Kelly, J. V. (1967). The influences of native customs on obstetrics in Nigeria. *Obstetrics and Gynaecology*, 30, 608-612.
- Kruckman, L. (1992). Rituals and support: An anthropological view of postpartum depression. En J. A. Hamilton & P. N. Harberger (Eds.), *Postpartum psychiatric illness, a picture puzzle* (pp. 137-148). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Kumar, R. (1982). Neurotic disorders in childbearing women. En I. F. Brockington & R. Kumar (Eds.), *Motherhood and mental illness* (pp. 71-118). London: Academic Press.
- Kumar, R. (1990). Childbirth and mental illness. *Triangle*, 29, 73-81.
- Kumar, R. & Hipwell, A. (1994). Implications for the infant of maternal puerperal psychiatric disorders. En M.



- Rutter, L. Hersov & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (3ª Ed., pp. 759-775). Oxford: Blackwell.
- Kumar, R. & Robson, K. M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47.
- Lolas, F. (1992). *Proposiciones para una teoría de la medicina*. Santiago: Editorial Universitaria.
- Luppi, I. (1992). Condicionantes sociobiológicos de la salud del niño en el primer año de vida: una aproximación mediante modelos logit. En F. Lolas, R. Florenzano, G. Gyarmati & C. Trejo (Eds.), *Ciencias sociales y medicina, perspectivas latinoamericanas* (pp. 30-37). Santiago: Editorial Universitaria.
- Mora, Z. (1992). *Técnicas arcaicas del éxtasis: seducir, engendrar y parir "los hijos del cielo"*. Temuco: Editorial Kushe.
- Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 543-561.
- Odejide, A. O. (1986). Standard instruments used in the assessment of depression in Africa. En N. Sartorius & T. A. Ban (Eds.), *Assessment of depression* (pp. 55-60). Berlin: Springer-Verlag.
- O'Hara, M. W., Rehm, L. P. & Campbell, S. B. (1983). Postpartum depression: A role for social network and life stress variables. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 336-341.
- O'Hara, M. W. & Zekoski, E. M. (1988). Postpartum depression: A comprehensive review. En R. Kumar & I. F. Brockington (Eds.), *Motherhood and mental illness* (Vol. 2., pp. 17-63). London: Wright.
- Pillsbury, B. L. K. (1978). "Doing the month": Confinement and convalescence of Chinese women after childbirth. *Social Science and Medicine*, 12, 11-22.
- Royston, E. & Armstrong, S. (Eds.) (1989). *Preventing maternal deaths*. Genève: World Health Organization.
- Seel, R. M. (1986). Birth rite. *Health Visitor*, 59, 182-184.
- Shah, D. K., Wig, N. N. & Akhtar, S. (1971). Status of postpartum mental illness in psychiatric nosology. *Indian Journal of Psychiatry*, 13, 14-20.
- Sharp, D. (1992). *A prospective longitudinal study of child-birth related emotional disorders in primary care*. Tesis doctoral, University of London, Londres, Inglaterra.
- Sosa, R., Kennell, J., Klaus, M., Robertson, S. & Urrutia, J. (1980). The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labour and mother infant interaction. *New England Journal of Medicine*, 303, 597-600.
- Stern, G. & Kruckman, L. (1983). Multi-disciplinary perspectives on postpartum depression: An anthropological critique. *Social Science and Medicine*, 17, 1027-1041.
- Thorpe, K. J., Dragonas, T. & Golding, J. (1992). The effects of psychosocial factors on the mother's emotional wellbeing during early parenthood: A cross-cultural study of Britain and Greece. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 10, 205-216.
- Upadhyaya, A., Creed, F. & Upadhyaya, M. (1989). Psychiatric morbidity among mothers attending a well baby-clinic: A cross-cultural comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 148-151.
- Watson, J. P., Elliot, S. A., Rugg, J. A. & Brough, D. I. (1984). Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry*, 144, 453-462.
- Watson, E. & Evans, S. J. W. (1986). An example of cross-cultural measurement of psychological symptoms in post-partum mothers. *Social Science and Medicine*, 23, 869-874.

#### Nota del Autor

La correspondencia relacionada con este artículo debe dirigirse a Enrique Jadresic, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Campus Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Avda. La Paz 1003, Santiago, Chile. E-mail: ejadresi@abello.dic.uchile.cl