



OBJSN
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidad Federal Fluminense

uff

Artículos Originales

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Rastreo de los síntomas depresivos y ansiosos de mujeres en el post-parto: estudio descriptivo

Priscilla Faria Pereira¹, Talita Martins Carvalho¹, Glauce Cristine Ferreira Soares¹, Dulce Maria Rosa Gualda¹

¹ Universidad de São Paulo

RESUMEN

Objetivo: Analizar la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos vivenciados por mujeres durante los cuatro primeros meses de post-parto. **Método:** Estudio descriptivo, con abordaje cuantitativa. Se realizó la recolección de datos con 86 mujeres en la Zona Oeste de São Paulo. Se aplicaron tres instrumentos: un cuestionario; *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) y un Inventario de Ansiedad Trazo-Estado (IDATE). **Resultados:** 14 mujeres (16,30%) presentaron puntuación mayor o igual a 12 en la EPDS, considerado indicativo de depresión post-parto. No hubo variación significativa en la presencia y/o intensidad de los síntomas en los diferentes meses de post-parto. La presencia de síntomas durante el embarazo, estado civil, paridad y trazo de ansiedad mostraron relevancia estadística para la depresión post-parto. **Conclusión:** Los hallazgos resaltan la importancia de tener profesionales sensibilizados y políticas públicas que valoricen la continuidad del cuidado, ya que esa condición puede dar indicios durante el embarazo y surgir en varios momentos del puerperio.

Descriptor: Depresión Post-parto; Ansiedad; Período Post-parto.

INTRODUCCIÓN

La depresión puede ser considerada un problema de salud pública mundial. Es una de las principales causas de incapacidad entre las mujeres, siendo el período embarazo-puerperal la fase con mayor prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos^(1,2). Durante el embarazo y el post-parto, las mujeres enfrentan profundos cambios físicos, emocionales, familiares y de papel social, que también se relacionan a una vulnerabilidad aumentada para desarrollar trastornos mentales^(1,3).

La disforia puerperal, *maternity blues* o tristeza puerperal, acomete cerca de 50% a 80% de las puérperas y consiste en la forma más leve de trastorno psiquiátrico que puede acometer a las mujeres en el período de post-parto. El trastorno mental más grave que puede ocurrir en el puerperio es la psicosis puerperal, su prevalencia varía entre 0,1% a 0,2%, generalmente es de inicio rápido y los síntomas se manifiestan hasta dos semanas después del parto⁽⁴⁾.

Un trastorno de humor característico del puerperio y considerado un cuadro intermedio entre la disforia puerperal y la psicosis puerperal es la depresión post-parto (DPP). Acomete cerca de 10 a 20% de las puérperas y tiene inicio, generalmente, en las primeras cuatro semanas del post-parto extendiéndose hasta un año, pero alcanza su intensidad máxima en los seis primeros meses^(4,5).

A pesar de la amplia inconsistencia sobre las tasas de prevalencia de esos síntomas tanto en el contexto brasileño como en el internacional, existe un consenso de que indicios de depresión y ansiedad relacionados al post-parto no están recibiendo el merecido reconocimiento. La DDP todavía es un desafío, siendo subnotificada y subdiagnosticada por no ser reconocida por los servicios de salud. Los profesionales presentan falta de conocimiento y falta de preparación para actuar en esta condición^(2,5).

En Brasil, la DDP aún necesita ocupar un local de mayor destaque en la agenda de las políticas públicas de salud, hecho que tiene implicaciones en el proceso de vulnerabilidad de las puérperas, haciéndolas susceptibles, desde el punto de vista de la salud. Existen pocas informaciones sobre la temática que puedan subsidiar a la identificación precoz de las situaciones de DDP y garantizarles apoyo y tratamiento adecuados a esas mujeres^(3,5).

En un estudio realizado en una unidad básica de salud, fueron analizadas 712 mujeres. De estas, 36,5% presentaron trastorno depresivo, resultado significativo cuando comparado a otros países⁽⁶⁾. Entonces, la alta prevalencia de depresión encontrada durante el ciclo embarazo-puerperio refuerza su significado como problema de salud pública, exigiendo estrategias de prevención y tratamiento. Un acompañamiento cuidadoso por medio de una acción integrada que tenga en cuenta las variables asociadas a la depresión puede prevenir problemas personales y familiares que se derivan de la DPP⁽⁴⁾.

Aunque no se conoce claramente la etiología de la DPP, se sabe que algunos factores pueden contribuir para su precipitación: baja condición socioeconómica; no aceptación del embarazo; mayor número de embarazos, de partos y de hijos vivos; menor tiempo de relacionamiento con el compañero; histórico de problemas obstétricos; mayor tiempo para tocar en el bebé después del nacimiento; violencia doméstica; poco soporte por parte del compañero; sobrecarga de tareas y experiencia conflictiva de la maternidad⁽³⁾.

En relación a los impactos de síntomas depresivos y ansiosos en el post-parto, podemos destacar dos importantes aspectos: la experiencia de la mujer que vivencia la maternidad con esos síntomas y la influencia de ese estado en la interacción madre-bebé y en la relación de la mujer con personas de su red de soporte social.

Un estudio de revisión apunta que la depresión puede tener efectos negativos, tanto de largo como de corto plazo, en la relación y en la interacción madre-bebé, síntomas estos que se presentan como trastorno de ansiedad e interacción invasiva o aislada con sus hijos⁽⁷⁾. Sin embargo, a pesar de la substancial cantidad de pesquisas demostrando los efectos negativos de la depresión en la interacción y en la relación madre-bebé, poco se conoce sobre la adaptación de esas mujeres a la maternidad.

Una investigación reciente⁽⁸⁾, de metodología descriptiva y abordaje cualitativo, tuvo como objetivo conocer la experiencia de las mujeres brasileñas durante la DDP y demostró que, en respuesta a los síntomas depresivos, las mujeres describieron adaptaciones de comportamientos para los diferentes tipos de maternidad. No obstante, ese estudio no evaluó si hay cambios en la presencia e intensidad de síntomas depresivos y ansiosos.

Existe una laguna en lo que respecta a las pesquisas que examinan el período post-parto y las adaptaciones al proceso da maternidad y que su foco sea la identificación de los síntomas depresivos y los cambios emocionales. Por eso, esta investigación tuvo como objetivo analizar la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos vivenciados por mujeres durante los cuatro primeros meses de post-parto, con la hipótesis de que contribuirá para construir conocimiento sobre el tema, posibilitando identificar la necesidad de cuidados específicos para el comportamiento experimentado por las puérperas.

MÉTODOS

Se trata-se de un estudio descriptivo, con abordaje cuantitativo, realizado en el período de febrero a mayo de 2014 en un Centro de Salud Escuela na Zona Oeste de São Paulo. La recolección

de los datos ocurrió en el sector da Salud del niño y en la vacunación, en ocasión de consulta de puericultura agendada o por libre demanda.

Para constituir la muestra, se incluyeron a 86 mujeres mayores de 18 años de edad, que estaban después de las dos primeras semanas del período post-parto, por ser un período de alta incidencia de disforia puerperal. Como criterios de exclusión, se tuvo que ellas hubieran sido diagnosticada con trastorno mental grave /o no tuvieran la capacidad de leer y comprender los instrumentos de la colecta de datos.

Se realizó la recolección en el 1º, 2º y en el 4º mes de post-parto. Esos tres momentos fueron definidos considerando las tres primeras consultas de puericultura, preconizadas por el calendario mínimo de consultas para el cuidado del niño del Ministerio de la Salud⁽⁹⁾. Se realizaron visitas semanales al centro de salud para identificar a las mujeres en diferentes tiempos del puerperio, formando tres grupos de mujeres durante el período de febrero de 2014 hasta mayo de 2014.

En este estudio, se hizo necesario definir los intervalos en días para cada mes analizado. Por lo que el grupo de las puérperas dentro del 1º mes abarcó del 14º día (después del período de mayor incidencia del *Maternity Blues*) al 59º día; en el 2º mes, abarcó del 60º al 89º días; y el 4º mes abarcó del 120º día al 149º día del puerperio. Antes de la aplicación de los cuestionarios (realizada en 30 minutos), las participantes recibieron una explicación para rellenarlos.

Se aplicaron 100 cuestionarios en el Centro de Salud Escuela. Entre ellos, 14 fueron excluidos de la muestra. Tres cuestionarios fueron excluidos por ultrapasar, en días, los respectivos intervalos de meses preconizados; cuatro por no presentar el período mínimo del puerperio preconizado (14 días); seis por estar rellenos incompletamente; y uno porque la entrevistada era madre adoptiva.

Pereira PF, Carvalho TM, Soares GCF, Gualda DMR. Screening of depressive and anxiety symptoms in postpartum patients: a descriptive study. Online braz j nurs [internet] 2015 Sept [cited year month day]; 14 (3):294-304. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5124>

De acuerdo con los criterios de inclusión y los intervalos de puerperio preconizados, la muestra totalizó 86 cuestionarios, con una media de 390 atendimientos médicos en salud del niño por mes al año en 2014 en el Centro de Salud Escuela. Se aplicaron tres instrumentos. El primero fue un formulario conteniendo datos de caracterización (edad, estado civil, escolaridad), relativos al embarazo (planeado, de riesgo, presencia de síntomas depresivos y ansiosos), obstétricos y del parto (tipo de parto, número de embarazos y paridad), del bebé (lactancia y condiciones de salud) y sobre la red de soporte social en el post-parto (presencia de apoyo, tipo de apoyo, caracterización del apoyo, convivencia con el padre del bebé y calidad del relacionamiento con el padre del bebé).

Para verificar la presencia de síntomas depresivos en el post-parto, se utilizó la escala *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). La EPDS consiste en una escala auto-aplicable, compuesta por diez ítems que incluyen cuestiones sobre el estado de humor de la mujer experimentados en los últimos siete días. Es un instrumento que ha sido ampliamente utilizado para evaluar DDP por ser de fácil aplicación, posibilitar el rápido reconocimiento de los síntomas de la DPP y comparar los resultados de pesquisas⁽¹⁰⁾. Para cada ítem hay cuatro opciones cotizadas, de 0, 1, 2 e 3, cada una pudiendo indicar la intensidad de los síntomas. Se utilizó como punto de corte escore mayor o igual a 12 puntos, descrito en la literatura como siendo indicativo de DDP⁽¹¹⁻¹²⁾. La EPDS fue diseñada para complementar la evaluación clínica, no para sustituirla; en este estudio ella es utilizada para clasificación e indica la probabilidad de depresión, pero no define el diagnóstico ni la gravedad de la enfermedad.

Un tercer cuestionario fue aplicado con la finalidad de identificar los síntomas ansiosos en el post-parto - el Inventario de Ansiedad Trazo-Estado (IDATE), que es uno de los instrumentos

más utilizados en diversas culturas, para medir la ansiedad en adultos^(13,14). El IDATE está compuesto por dos diferentes escalas del tipo Likert, cada una con 20 ítems con cuatro graduaciones, cuyos valores pueden oscilar entre 20 a 80 puntos. Una de ellas está relacionada al estado de ansiedad (IDATE-E) y la puntuación conferida mensura cuanto la mujer estaba ansiosa al momento de llenar el cuestionario. La otra escala está relacionada al trazo de ansiedad (IDATE-T), diferenciando claramente la condición temporaria de estado de ansiedad y la calidad más general y de largo término de trazo de ansiedad.

El inventario no preconiza una nota de corte. Se sabe, no obstante, que la puntuación mínima es 20 puntos; y la máxima, 80 puntos en ambos inventarios. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la intensidad de ansiedad^(13,14); criterios también adoptados en este estudio.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Pesquisa de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo con el parecer número 489.971, el 10/12/2013, y por el Comité de Ética del Centro de Salud Escuela donde ocurrió la recolección de datos.

Para el tratamiento de los datos, fue utilizado el programa SPSS versión 17. Para el análisis de las variables continuas, la estadística descriptiva. Se calculó la frecuencia absoluta y la frecuencia categórica para interpretar las variables categóricas. Enseguida, esas variables fueron relacionadas con la DDP (obtenida por medio de puntuación EPDS \geq 12) usando el test chi-cuadrado para las variables categóricas y el test de Wilcoxon-Mann-Whitney para las continuas. Fue utilizada la significancia de $p \leq 0.05$.

El modelo de regresión logística sirvió para relacionar los cambios de las variables con la DDP en los diferentes períodos estudiados. Las variables continuas analizadas fueron Puntuación en el IDATE-T, puntuación en el IDATE-E y paridad. Las variables numéricas, presencia de

síntomas depresivos o ansiosos durante el embarazo, estado civil, escolaridad, embarazo de alto riesgo, planeamiento del embarazo, lactancia, presencia de apoyo, caracterización del apoyo, convivencia y calidad del relacionamiento con el padre del bebé.

RESULTADOS

Los resultados demostraron los datos referentes a la caracterización de la muestra. Del total de 86 participantes, predominaron las mujeres blancas (49%), casadas (47%), con renta entre uno y tres salarios (41,86%) y con educación superior completa (36%). El número de múltiparas superó el de las primíparas, totalizando 53,49%. En relación al cuestionario aplicado, predominó el embarazo planeado (52%) y el de riesgo habitual (80%). Cuanto a los cuidados con el bebé, la mayoría (85%) afirmó sentirse apoyada, y de ellas, 66% atribuyeron este soporte principalmente al padre del bebé. Existe una proporción de mujeres que viven con el padre del bebé en la misma casa (86%) y que caracterizó la relación con el padre del bebé como muy buena (63%).

Los cuestionarios se separaron en los respectivos grupos: el grupo del 1° mes totalizó 30 (35%) cuestionarios, el grupo del 2° mes totalizó 30 (35%) y el grupo del 4° mes totalizó 26 (30%) cuestionarios.

A seguir son presentados los principales resultados de acuerdo con el análisis de los datos, considerando a las mujeres que presentaron puntuación EPDS \geq 12 relacionadas a las otras variables del estudio.

Tabla 1 - Mujeres en el post-parto que puntuaron \geq 12 EPDS. São Paulo, 2014.

Período Post-Parto	EPDS \geq 12	N	%
1° mes	No	24	80.00%
	Sí	6	20.00%
2° mes	No	27	90.00%
	Sí	3	10.00%
4° mes	No	21	80.80%
	Sí	5	19.20%
Total	No	72	83.70%
	Sí	14	16.30%

N=86

Fuente: *autoria propia*

Conforme la tabla 1, de los 86 cuestionarios colectados, 14 (16,13%) puntuaron igual o arriba de 12 en la EPDS. La relación entre alta puntuación en la EPDS y mes de post-parto demostró

Tabla 2 - Relación de mujeres en el Post-Parto que puntuaron EPDS \geq 12 con Puntuación en el IDATE-T e IDATE-E. São Paulo, 2014.

	EDPS \geq 12	1° mes		2° mes		4° mes		Valor P*
		Media (DP)	Mediana	Media (DP)	Mediana	Media (DP)	Mediana	
IDATE-T	No	37.08 (8.10)	35.5	35.26 (8.12)	33	35.24 (8.34)	34	IDATE Interacción 0.770
	Sí	53.67 (7.61)	51	58 (11.36)	63	56.8 (7.46)	61	
IDATE-E	No	35.21 (8.39)	32.5	34.44 (7.39)	33	31.95 (11.51)	30	0.140
	Si	47.67 (7.34)	50	53.33 (12.74)	47	55.4 (6.95)	54	

N=86

* El valor p IDATE corresponde a la relación entre la escala IDATE (T- E) y la EPDS \geq 12. La interacción es la relação entre la puntuación en el IDATE y los diferentes períodos del post-parto.

Fuente: *autoria propia*

Tabla 3 - Relación de mujeres en el Post-Parto que puntuaron EPDS \geq 12 con mujeres que relataron síntomas depresivos o ansiosos en el embarazo. São Paulo, 2014.

EDPS \geq 12	Síntomas gestação	1º mes		2º mes		4º mes		Valor-p Sint. Gest.	Interacción
		N	%	N	%	N	%		
No	No	18	94.7%	22	95.7%	15	93.8%	< 0.001	0.949
	Sí	6	54.5%	5	71.4%	6	60.0%		
Sí	No	1	5.3%	1	4.3%	1	6.3%		
	Sí	5	45.5%	2	28.6%	4	40.0%		

N=86

Fuente: autoría propia

que había más mujeres del grupo del 1º mes cuando comparado a los grupos del 2º y del 4º mes. Fueron seis (20%) mujeres en el 1º mes de post-parto. En el grupo del 2º mes, tres (10%) mujeres puntuaron EPDS \geq 12; y en grupo de 4º mes, cinco (19,20%). No obstante, esa diferencia no obtuvo significancia estadística.

La tabla 2 demuestra que las mujeres con EPDS \geq 12 también presentaron puntuación más elevada en el Inventario Trazo de Ansiedad (IDATE-T). Entre esas mujeres, en el grupo del 1º mes hubo una media de 53.67 y mediana de 51 puntos en el IDATE-T. En el grupo del 2º mes, media 58 y mediana de 63 puntos; en el grupo del 4º mes, media de 56.80 y mediana de 61 puntos. La relación entre la puntuación en el IDATE-T elevada con puntuación en el EPDS \geq 12 se mostró estadísticamente relevante (P=0.019). No hubo diferencia de significancia estadística entre la puntuación en el IDATE-T y los diferentes períodos de post-parto (p=0.770).

A su vez, el Inventario de Ansiedad Estado (IDATE-E) de las mujeres con EPDS \geq 12 también se mostró elevado, pero los valores no obtuvieron relevancia estadística (P=0.113). La relación

entre la puntuación en el IDATE-E y los diferentes períodos del post-parto también demostró ser irrelevante (p=0.140).

La presencia de síntomas ansiosos o depresivos durante el embarazo, y su relación con la puntuación de la EPDS \geq 12, se mostró estadísticamente relevante (p<0,001). Los datos revelan que el grupo de las mujeres que presentaron señales y síntomas en el embarazo y puntuaron la EPDS \geq 12, fueron cinco (45.5%) mujeres del primer mes, dos (28.6%) del 2º mes y cuatro (40%) del 4º mes, demostrando la importancia y la correlación de la señales y los síntomas en el embarazo y el surgimiento de síntomas depresivos en el post-parto.

El número de partos, o paridad, mostró relevancia estadística a la puntuación en la EPDS \geq 12 (p=0.002). La mediana fue de dos partos para las mujeres que presentaron EPDS \geq 12 en todos los grupos de este estudio. A media de partos de esas mujeres fue de 2.17, 2.0 y 1.60 en los grupos del primer, segundo y tercer mes, respectivamente. La relación entre paridad y la puntuación de la EPDS \geq 12 no mostró diferencia estadísticamente relevante entre los períodos de post-parto (p=0.067).

Tabla 4 - Relación de la Paridad de mujeres en el Post-Parto con EPDS \geq 12. São Paulo, 2014.

Paridad	EDPS \geq 12	1º mes		2º mes		4º mes		Valor-p Paridad	Interacción
		Media (DP)	Mediana	Media (DP)	Mediana	Media (DP)	Mediana		
No		1.5 (0.66)	1	1.33 (0.48)	1	1.62 (0.74)	1	0.002	0.067
Sí		2.17 (0.75)	2	2 (0.00)	2	1.6 (0.55)	2		

N=86

Fuente: autoría propia

Tabla 5 - Relación del estado civil de mujeres en el post-parto con la puntuación en el EPDS. São Paulo, 2014.

EDPS \geq 12	Estado Civil	1º mes		2º mes		4º mes		Valor-p	
		N	%	N	%	N	%	Est. Civ.	Interacción
No	Soltero/divorciado/viudo	6	100.0%	7	87.5%	8	100.0%	0.030	0.163
	Casado/unión estable	18	75.0%	20	90.9%	13	72.2%		
Sí	Soltero/divorciado/viudo	0	0.0%	1	12.5%	0	0.0%	0.030	0.163
	Casado/unión estable	6	25.0%	2	9.1%	5	27.8%		

N=86

Fuente: *autoría propia*

Cuanto al estado civil, es posible notar la predominancia de mujeres casadas o en unión estable que puntuaron EPDS \geq 12 en la Escala de Edimburgo. Todas las mujeres del grupo del 1º mes que presentaron indicativo para DDP eran casadas o estaban en unión estable. En el grupo del 2º mes, una mujer era soltera/divorciada/viuda y dos tenían como estado civil casada/unión estable. En el grupo del 4º mes, cinco (27,8%) mujeres que se encontraban en una unión estable o casadas puntuaron arriba de 12 en la EPDS. De esta forma, la relación entre estado civil y EPDS \geq 12 mostró ser estadísticamente relevante ($p=0.030$), y la relación entre estado civil y período post-parto no fue estadísticamente significativa ($p=0.163$).

En este estudio, no se encontró una asociación de relevancia estadística entre puntuación EPDS \geq 12 y las siguientes categorías: escolaridad, embarazo de alto riesgo, planeamiento del embarazo, lactancia, presencia de apoyo, caracterización de apoyo, convivencia con el padre del bebé y la calidad de la relación con el Padre del bebé relatado por las mujeres.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio (16,13%) están acordes con la literatura, que prevé la DDP atingiendo una media de 10 a 20% de las mujeres, principalmente dentro de los seis primeros

meses de post-parto^(2,4,5). Las mujeres del grupo del 1º mes de post-parto tuvieron una expresión proporcionalmente mayor en esa incidencia (20%) que el grupo del 2º y 4º mes de post-parto, con 10% y 19,2%, aunque este dato no haya presentado significancia estadística.

Algunos factores (como la presencia de síntomas ansiosos o depresivos durante el embarazo, el estado civil, la paridad y el trazo de ansiedad) fueron asociados a la presencia de puntuación mayor o igual a 12 en la Escala de Edimburgo, considerado como indicativo de DPP.

De manera general, no hubo variación significativa en la presencia y/o intensidad de los síntomas en los diferentes meses de post-parto y ninguna de las variables asociadas a la EPDS \geq 12 tuvo diferencia estadísticamente relevante entre cada período del post-parto.

El instrumento para rastrear las señales y los síntomas ansiosos, el IDATE, permitió observar no solamente la intensidad de ansiedad relatada por las mujeres, sino también verificar si hubo relación entre la presencia de ansiedad y la puntuación elevada para DPP en la escala de Edimburgo.

De esa forma, fue posible verificar que el trazo de ansiedad, obtenido por medio de la escala IDATE-T y que se refiere a la diferencia individual de responder a situaciones observadas como amenazadoras con intensa ansiedad^(13,14), mostró estar asociado a la alta puntuación en la EPDS en este estudio. La relación de EPDS \geq 12 y

el estado de ansiedad, obtenido por medio de la escala IDATE-E y que se refiere al estado transitorio de tensión y preocupación^(13,14), a pesar de demostrar valores altos, no mostró estar asociado de forma estadísticamente relevante.

Aunque las mujeres del 1º mes representaron la mayoría en el grupo de mujeres con EPDS \geq 12, las puérperas de los grupos del 2º y 4º meses tuvieron puntuación mayor en la escala de trazo de ansiedad (IDATE-T) y estaban más ansiosas en el momento que fueron abordadas. Este dato refuerza la importancia de la continuidad del cuidado después del primer mes del post-parto, porque los síntomas depresivos y su alta intensidad pueden ser observados en otros momentos del puerperio.

Tras el análisis de los resultados, las mujeres que presentaron puntuación igual o mayor a 12 en la escala de EPDS tenían en común, además del trazo de ansiedad elevado, la presencia de síntomas depresivos y ansiosos durante el embarazo. La depresión durante el embarazo está relacionada con la presencia de síntomas ansiosos en ese período, y la DDP ocurre, en la mayoría de las veces, como una continuación de las señales iniciadas en el embarazo⁽¹⁾.

La presencia de síntomas depresivos y ansiosos en el embarazo también fue apuntada en otro estudio como factor asociado a la DDP, junto a la vivencia de estrés, historia anterior de depresión, ocurrencia de complicaciones e insuficiencia de soporte en los cuidados post-natales^(15,16).

Es importante resaltar que, tanto en este estudio como en la literatura, la presencia de síntomas en el embarazo está fuertemente relacionada a la DPP^(15,16). Por eso, se levanta la necesidad de investigar profundamente la presencia de esas ocurrencias durante el embarazo, pues además de interferir en la salud de la madre y la del bebé^(1,7,8), puede también viabilizar un atendimento adecuado para las mujeres, posi-

bilitando una mejor calidad en todo el proceso, incluso en el post-parto⁽¹⁶⁾.

En ese caso, es importante considerar que la mujer generalmente estuvo en contacto con el servicio de salud durante todo el prenatal, parto y post-parto y esta demanda no fue vista o encaminada. La fragmentación del cuidado dado a la mujer durante el período reproductivo y la atención biologicista, caracterizada muchas veces por una asistencia volcada solamente para la evaluación de los datos clínicos y de la vitalidad fetal/neonatal, que no contempla escuchar activamente, no es suficiente para atender a las demandas de las mujeres de forma integral^(17,18). La dificultad de continuidad y referencia entre los servicios de salud que atienden el prenatal, parto y post-parto dificultan el acompañamiento y el atendimento precoz de las necesidades emocionales de las mujeres.

Cabral y Oliveira⁽³⁾ resaltan que la mayoría de los estudios relativos a la salud de las mujeres en el post-parto está basada en abordajes biomédicos y análisis que se limitan al fenómeno del puerperio, considerando solamente los aspectos biológicos. Este hecho ha influenciado el discurso y las prácticas de los profesionales, que no consideran la complejidad envuelta en esta etapa de la vida de la mujer, momento ya demostrado como de alta vulnerabilidad por cuestiones que ultrapasan la esfera biológica.

En este estudio, el estado civil casada o en unión estable y la paridad igual a dos hijos demostró asociación con el indicativo de DPP. No obstante, en la literatura hay una ambigüedad en esa asociación, con mayor riesgo para DPP en mujeres solteras o en las primíparas, o también puede no ser encontrada una asociación entre esas variables⁽¹⁵⁾.

Algunos estudios han apuntado para otros factores que pueden influenciar el estado emocional de la mujer en el post-parto, como la vivencia de una experiencia traumática en el

parto, que puede traer trastornos de adaptación en el puerperio⁽¹⁹⁾, y la importancia del soporte social para las mujeres en el período perinatal, pues cuanto mayor la percepción de apoyo social de las mujeres con una red de apoyo fortalecida, menor el chance de desarrollar síntomas depresivos⁽²⁰⁾.

En este sentido, una revisión sistemática sobre los factores asociados a la DDP⁽¹⁶⁾ resalta la multicausalidad y complejidad de ese trastorno y añade que ninguno de los factores aislados o agrupados (socioeconómico/cultural, psicosociales, obstétricos o de soporte social, entre otros) es capaz de explicar la DPP. Incluso, los autores comentan que es necesario tener cuidado al confirmar esos factores como de riesgo para DPP, pues ellos pueden ser confundidos por causa de los efectos cruzados de las categorías, y que se le debe dar preferencia para los estudios longitudinales y los análisis multifactoriales.

CONCLUSIÓN

Este estudio demostró que 14 mujeres (16,13%) presentaron indicativo de DPP, pues tuvieron puntuación igual o arriba de 12 en la EPDS. Algunos factores, como la presencia de síntomas ansiosos o depresivos durante el embarazo, el estado civil, la paridad y el trazo de ansiedad, fueron asociados a la puntuación EPDS \geq 12. No hubo diferencia significativa de la presencia e intensidad de los síntomas en los diferentes períodos del post-parto, ni en los factores asociados a la DDP y a los diferentes períodos estudiados.

A pesar de existir una política pública que sustenta la asistencia a la DDP, inserida en la línea de cuidado ofrecido a la puérpera, es de suma importancia el involucramiento de los profesionales de salud en la atención a las mujeres en ese período. Se puede pensar en acciones de salud,

como el acompañamiento precoz y sistemático, consultas individuales, acogida y valorización de las demandas, para proporcionar una atención integral y disminuir la vulnerabilidad de las mujeres en el post-parto.

Además de eso, es importante evolucionar tanto en el ámbito del profesional como en el del sistema de salud en la cuestión de la continuidad del cuidado para las mujeres en la salud reproductiva. Con eso, se puede ofrecer un soporte adecuado para que dichas mujeres puedan superar las dificultades derivadas de esta etapa de sus vidas.

Como limitación del estudio, dada la cantidad de mujeres atendidas en el local y el tiempo para realizar esta investigación, no fue posible desarrollar un estudio longitudinal que pudiese acompañar el mismo grupo de mujeres a lo largo de los primeros meses de post-parto. Ese tipo de investigación sería interesante para verificar si esos síntomas persisten o disminuyen y cuáles son los factores que interfieren en su presencia y continuidad.

La literatura necesita realizar estudios que tengan como tema la DDP de forma ampliada, principalmente considerando todo el período del puerperio, donde esas señales y síntomas pueden detectarse además de los factores asociados a ese proceso. Así, también se propone que estudios sean realizados para explorar los síntomas ansiosos y depresivos en el post-parto más allá de los seis primeros meses, con el objetivo de comprender mejor la dimensión de ese fenómeno.

La realización de este estudio demostró que las mujeres vivencian síntomas depresivos y ansiosos durante los primeros meses de post-parto, momento en que están en contacto con el servicio por ocasión de la consulta de puericultura, pero no reciben asistencia y no tienen sus necesidades atendidas. Es muy importante pensar en estrategias y acciones de

salud que puedan contemplar esa población, garantiendo la continuidad del cuidado después del nacimiento del bebé y a lo largo de los primeros meses, porque la DDP es una situación que puede traer perjuicios a la mujer, bebé y la familia siendo que es una condición que merece atención y cuidados del servicio.

Por lo tanto, este estudio podrá contribuir con el conocimiento sobre la temática y servir como subsidio para que puedan desarrollarse estrategias y acciones de salud enfocadas en las mujeres en el post-parto, basado en la atención integral, en la continuidad del cuidado y en la promoción de la salud, además de estimular los encaminamientos para los servicios especializados caso sea necesario.

CITAS

1. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev. Psiquiatr. Clin.* [online] 2008 [cited 2015 Aug 07]; 35(4):144-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n4/04.pdf>
2. Gomes LA, Torquato VS, Feitoza AR et al. Identificação dos fatores de risco para a DDP: importância do diagnóstico precoce. *Rev. Rene.* [online] 2010 [cited 2015 Aug 06]; 11(nº. esp.): 117-23. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/471/pdf>
3. Cabral FB, Oliveira DLLC. Vulnerabilidade de puérperas na visão de Equipes de Saúde da Família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2010; 44(2): 368-75.
4. Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev. Psiquiatr. Clin.* 2010; 37(6):121-132.
5. SantosJunir HPO, Gualda DMR, Silveira MFA, Hall W.A. Postpartum depression: the (in) experience of Brazilian primary healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing* 2014; 69(6): 1248-1258.
6. Almeida MS, Nunes M, Camey S, Poyastro A, Pinheiro AP, Schmidt MI. Transtornos mentais em

uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28(2):385-393.

7. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev.* 2010; 33 (1): 1-6.
8. Santos HPO, Sandelowski M, Gualda DMR. Bad thoughts: Brazilian women's responses to mothering while experiencing postnatal depression. *Midwifery.* 2014; 30(6), 788-794.
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.* Brasília: Ministério da saúde, 2012.
10. Cox J, Holden J, Henshaw C. *Perinatal Mental Health. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual.* 2nd ed. London: RCPsych Publications; 2014. pg. 17-26.
11. Ibiapina FLP, Alves JAG, Busgaib RPS et al. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *FEMINA.* 2010; 38 (3):161-5.
12. Guedes ACE, Kami CT, Cavalli LKV. Depressão pós-parto: incidência e fatores de risco associados. *Rev Med.* 2011; 90 (3): 149-54.
13. Fioravanti-Bastos AC, Cheniaux E, Landeira-Fernandez J. Development and validation of a short-term version of the Brazilian state-trait anxiety inventory. *Psicol. Reflex. Crit.* 2011; 24 (3) 485-94.
14. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. *Manual for the state-trait anxiety inventory.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1970.
15. Figueira PG, Diniz LM, Silva Filho HC. Características demográficas e psicossociais associadas a depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. *RevPsiquiatr Rio GD Sul.* 2011; 33 (2): 71-5.
16. Aliane PP, Mamede MV, Furtado EF. Revisão Sistemática sobre Fatores de Risco Associados à Depressão Pós-parto. *Psicol. pesq.* [online] 2011 [cited 2015 Feb 09]. 5 (2): 146-155. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472011000200007&lng=pt&tlng=pt.
17. Piccinini CA, Carvalho FT, Ourique LR, Lopes RS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* Psic.: Teor. e Pesq. 2012; 28(1): 27-33.

18. Arrais AR, Mourão MA, Fragalle B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde Soc.* 2014; 23(1): 251-264.
19. Soares GCF, Andretto DA, Diniz CSG, Narchi NZ. Adjustment disorders in the postpartum resulting from childbirth: a descriptive and exploratory study. *Online Braz J Nurs* [internet]. 2012 [cited 2015 Aug 07]; 11(3):907-922. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3884/pdf>.
20. Konradt CE, Silva RA, Jansen k et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2011;33(2):76-79. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v33n2/1355.pdf>

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 09/02/2015

Revisado: 20/08/2015

Aprobado: 25/08/2015