



CÓMO INFLUYE LA EXPERIENCIA DEL PARTO EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO

Michelle A. Bland

El siguiente texto es un resumen de un completo trabajo de investigación publicado en la página web de la «National Science Foundation's. National Undergraduate Research Clearinghouse» (Bland, 1998) El artículo original se puede encontrar en: www.clearinghouse.mwsc.edu/manuscripts/59.asp?logon=&code=. Queda prohibida la reproducción total o parcial de este trabajo si la autorización expresa de la autora por escrito.

La depresión postparto afecta al 8-26% de las madres primerizas (Stanton y Gallant, 1995). A pesar de esta alta incidencia, aún no se conocen las causas de la depresión postparto, a pesar de que la mayoría de los expertos creen que la depresión postparto «es un problema grave de la salud mental de las mujeres» y que «sus consecuencias influyen de manera considerable en el bienestar familiar y el desarrollo del niño/a» (O'Hara y Swain, 1996, p.37). Por ello, los investigadores han estudiado muchos aspectos de este problema, incluidos los bioquímicos, sociales y económicos; sin embargo, la relación entre la experiencia del nacimiento y la depresión postparto ha sido muy poco estudiada. Hasta ahora, la investigación se ha centrado en los distintos efectos de los partos por cesárea y los partos vaginales, aunque sin incluir ninguna muestra de parto en casa. Los científicos se han encontrado con un mayor índice de depresión postparto en los partos por cesárea que en los vaginales (Edwards, Porter y Stein, 1994). Por otro lado, Shields, Reid, Cheyne y Holmes (1997) han concluido que las mujeres atendidas durante el postparto por comadronas tenían menos posibilidades de desarrollar una depresión que las atendidas por médicos.

A raíz de estos resultados y de la necesidad de entender algo más la depresión postparto, se decidió llevar a cabo este estudio. Los objetivos de esta investigación son averiguar si:

- Existe relación entre el control que una mujer siente que tiene sobre su parto y la depresión postparto.
- La satisfacción de una mujer sobre el proceso del parto está relacionada con una baja incidencia de depresión postparto.
- El tipo de parto (en casa, vaginal hospitalario o cesárea) influye en la

gravedad e incidencia de la depresión postparto.

Las mujeres participantes en el estudio variaban en edad, grupo étnico, estatus socioeconómico e historial maternal. Las muestras hospitalarias se obtuvieron de dos centros de salud del noroeste de Missouri, mientras que la muestra de parto en casa se recogió por todo Estados Unidos. Al final, debido a la falta de datos, encuestas recibidas incompletas o fuera de plazo y mujeres que padecieron la depresión muy pronto o muy tarde, el número total de mujeres que se investigaron entre la 4ª y 8ª semana después del parto fue de 47 de parto vaginal, 13 de cesárea y 33 de parto en casa. Un segundo estudio incluyó a 26 mujeres con parto vaginal, 7 cesáreas y 12 partos en casa. A todas ellas se les trató según los «Principios Éticos de los Psicólogos y el Código de Conducta» de la Asociación Americana de Psicología (1992).

Los niveles de la depresión postparto se midieron según «The Edinburgh Postnatal Depression Scale», del British Journal of Psychiatry, 1987, vol.150, p.786. La satisfacción y el control se midieron a través de una escala de 26 ítems; se demostró su validez, aunque no se ha probado su fiabilidad. Esta escala de medida se utilizaba a partir de una encuesta a las mujeres que se realizaba durante las visitas postparto, aunque también había algunos apartados que la mujer debía contestar antes de esta consulta. A las mujeres que habían parido en casa les hacía la encuesta la comadrona en su casa y luego la devolvía rellena al centro de investigación. En todo momento se mantuvo el anonimato de las participantes, así como la confidencialidad de los datos.

El nivel de depresión postparto de las

participantes en cada uno de los tres grupos se calculó entre 4 y 8 semanas después del parto a partir de un contraste ANOVA de un factor. Se encontró una significativa diferencia entre los grupos (Bland, 1998; los datos estadísticos se encuentran en el estudio original).

Para determinar la naturaleza de las diferencias entre los tipos de partos se utilizó el test HSD de Tukey. A partir de este análisis se concluyó que las participantes que tuvieron un parto en casa tenían menos posibilidades de tener depresión que las participantes que tuvieron un parto vaginal hospitalario. Las participantes que tuvieron una cesárea no diferían significativamente de ambos grupos. Estos resultados coincidían siempre que los datos pertenecieran tanto a mujeres que se encontraran entre las semanas 4 y 8 de postparto, como a las que hacía seis semanas de habían dado a luz. Todos los grupos tuvieron buenos resultados, con una media de nivel de corte de 9/10 y 12/13.

La incidencia de depresión postparto también se analizó en los tres grupos. Del total, el 84'85% de las mujeres que parieron en casa, el 61'70% del grupo de parto vaginal hospitalario y el 61'54% del grupo de cesárea no tuvieron depresión. El 15'15% de las mujeres de la muestra de parto en casa desarrolló la depresión postparto; de este porcentaje, el 6'06% se diagnosticó como grave. Del 38'3% de las mujeres de parto vaginal hospitalario, se consideró grave un 12'77%, y del 38'26% del grupo del parto mediante cesárea, el 23'08% fue grave. Al analizar sólo los datos de las mujeres que se encontraban en la semana sexta de postparto, resultó que el 100% de las mujeres que habían parido en casa, el 57'69% de las mujeres con un parto vaginal hospitalario y el 71'43% de las mujeres del grupo de cesárea, no habían

sufrido depresión alguna. Del 42'31% de la muestra hospitalaria de parto vaginal que mostró signos de depresión, el 11'54% fue diagnosticada de depresión grave, mientras que del 28'58% de la muestra de cesárea, el 14'29% presentaba síntomas de depresión grave.

En cuanto a la sensación de control de las mujeres de los tres grupos durante el parto, se concluyó que las mujeres que tenían un parto en casa mostraban un mayor índice de control de la situación durante el trabajo de parto y el nacimiento en comparación con las mujeres de los otros dos grupos. Quienes tuvieron un parto vaginal hospitalario también mostraron un mayor índice de control que las que dieron a luz mediante cesárea.

En cuanto al nivel de satisfacción, se llegó a la conclusión que las mujeres con un parto en casa se sintieron más satisfechas que las que parieron en el hospital vaginalmente. A este respecto, los datos de los partos por cesárea no son concluyentes.

Hay que decir que los datos referidos al nivel de depresión y los relativos al sentimiento de control durante el proceso del parto presentan una correlación moderada: a medida que la sensación de control personal de la mujer sobre el trabajo de parto y el nacimiento disminuye, el nivel de depresión aumenta. También se da esta correlación entre la satisfacción y la depresión: a menor satisfacción, mayor tendencia a la depresión. Igualmente se da correlación entre los niveles de control y de satisfacción: a mayor sensación de control, mayor satisfacción. Después de realizar una regresión lineal múltiple para intentar entender mejor estos resultados, llegamos a la conclusión de que tanto el control como la satisfacción se correspondían con el 21'8% de la varianza de la depresión postparto. Así, de entre todos los aspectos que pudieran influir en la depresión postparto (biología, divorcio, pobreza, etc.) aproximadamente el 22% [de los casos de depresión postparto] se justificaba a través del nivel de satisfacción y control durante el trabajo



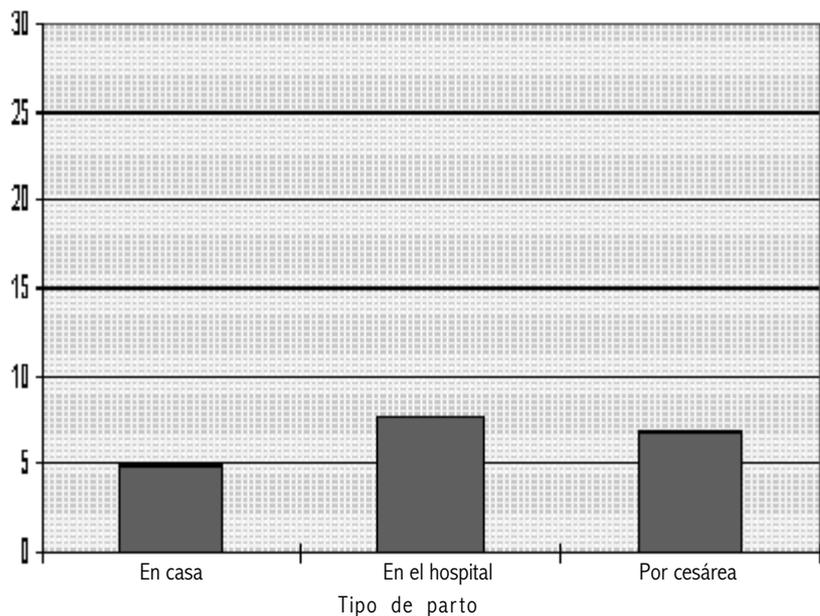
Fotografía: Editorial OB STARE

de parto y nacimiento. Los datos encontrados confirman que las mujeres que dan a luz vaginalmente en el hospital sienten que han controlado menos el proceso y presentan un mayor riesgo de depresión postparto en comparación con las mujeres que han dado a luz en casa. Esta conclusión coincide con la literatura actual respecto de este tema. Cohan, Pimm y Jude (1998) concluyeron que las mujeres a quienes se les había informado en todo

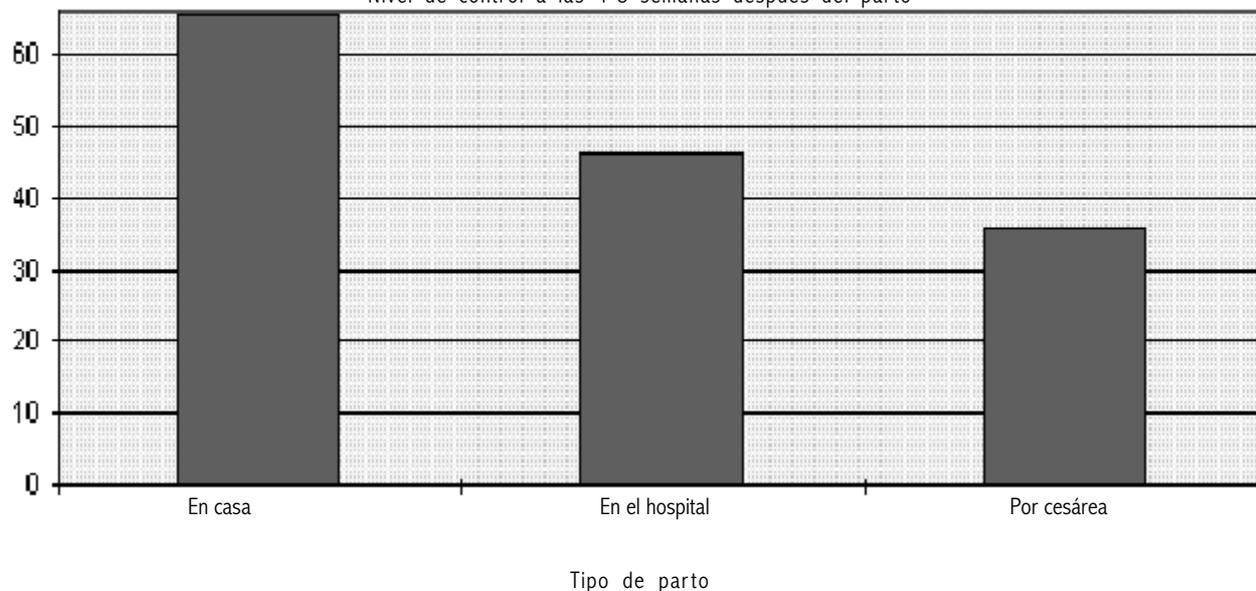
momento y habían participado en la toma de decisiones se habían recuperado más rápidamente y fueron menos propensas a padecer una depresión que las mujeres a las que no se les había dado esta posibilidad. También el nivel de satisfacción de los otros dos grupos se corresponde con los datos actuales existentes al respecto. Sin embargo, los resultados de la muestra del parto mediante cesárea no son concluyentes.

Se trata éste de un estudio piloto a través del cual se pretende alcanzar un conocimiento general sobre la relación existente entre la experiencia del nacimiento y la depresión, independientemente de aspectos como los socioeconómicos, étnicos u otros relacionados con partos anteriores, etc. Los resultados de este estudio son altamente generalizables, aunque el menor tamaño de la muestra referida a partos por cesárea ha supuesto una limitación. La muestra, aunque adecuada, no es lo suficientemente grande como para sacar unas conclusiones completamente fidedignas. Una próxima investigación incluirá,

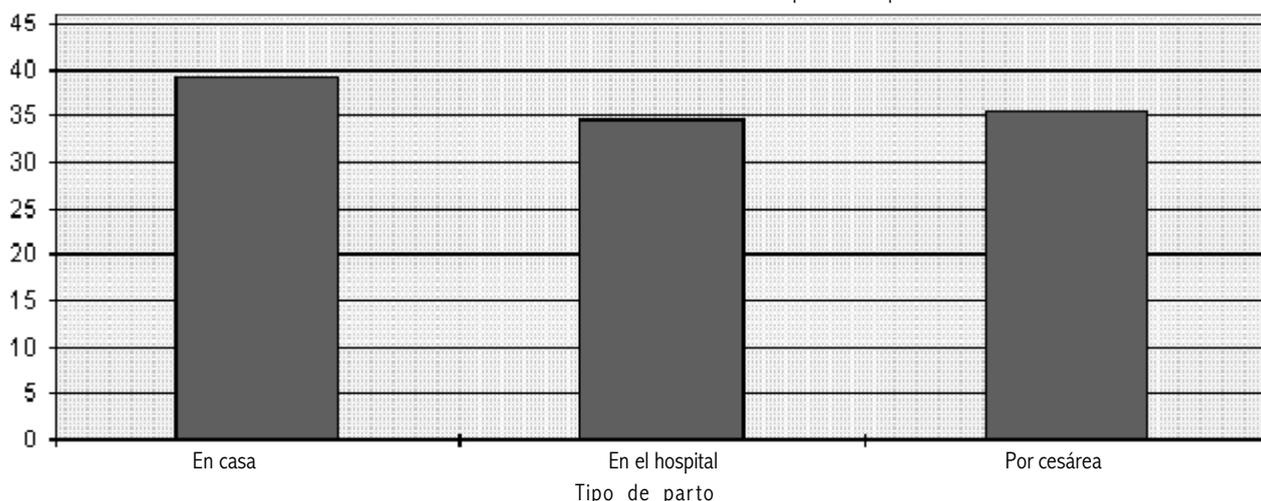
Nivel de depresión a las 4-8 semanas después del parto



Nivel de control a las 4-8 semanas después del parto



Nivel de satisfacción a las 4-8 semanas después del parto



además de una muestra de mayor tamaño de partos por cesárea, un grupo de mujeres que han dado a luz en centros de nacimiento.

A las comadronas y comunidad obstétrica les pido que compartan la información con sus colegas. Actualmente, necesito contactar con comadronas, obstetras y personal sanitario que puedan ayudarme en este nuevo estudio, cuyo propósito es la réplica del anterior y el mayor entendimiento de las mujeres que han parido mediante cesárea. También estoy interesada en añadir una cuarta categoría:

los centros de nacimiento. Si conoces a alguien que esté dispuesto a realizar encuestas en los partos en casa, centros de nacimiento y hospitales, te agradecería la colaboración.

Datos de contacto:

mewho@gateway.net;
nurture@crosswinds.net.

Dirección y nº de teléfono: Michelle Bland,
P.O. Box 101, Amazonia, MO 64421, U.S.A.
Tel. (1) (816) 324 5456

BIBLIOGRAFÍA

- Bland, M. (1998): *The Effects of Birth Experience on Postpartum Depression*. National Science Foundation National Undergraduate Research Clearinghouse. Available: [Michelle Bland ha sido conferenciante para la Asociación de Comadronas de Missouri y publicado en la revista de esta asociación, al igual que en la National Science Foundation Undergraduate Research Clearinghouse. Éste es el primer trabajo de Michelle Bland publicado en español. Está trabajando en la expansión de esta investigación e intentando recoger datos de participantes extranjeras. Es miembro de la Asociación Americana de Aerobic y Fitness, y desde 1993 tiene la certificación nacional como preparadora de fitness. En 1999 se licenció en Psicología. En la actualidad vive en el Noroeste de Missouri con su marido y su hija, nacida en casa. Puedes contactar con ella a través de los datos citados anteriormente.](http://www.clearinghouse.mwsc.edu/manuscripts/59.asp?logon=&code=Cohen, C.; Pimm, J.B. y Jude, J.R. (1998): Coping with Heart Surgery and Bypassing Depression: A Family's Guide to the Medical, Emotional, and Practical Issues. Madison: Psychosocial Press/International Universities Press, Inc. Edwards, D.R.L.; Porter, S.A.M. y Stein, G.S. (1994): A pilot study of postnatal depression following caesarean section using two retrospective self-rating instruments. Journal of Psychosomatic Research, 38, 111-117. O'Hara, M. Y Swain, A. (1996): Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. International Review of Psychiatry, 8, 37-54. Shields, N.; Reid, M.; Cheyne, H. y Holmes, A. (1997): Impact of midwife-managed care in the postnatal period: An exploration of psychosocial outcomes. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 15, 91-108. Stanton, A. Y Gallant, S. (1995): <i>The Psychology of Women's Health</i>. Washington, D.C.: American Psychology Association</p>
</div>
<div data-bbox=)