

DEPARTAMENT DE PERSONALITAT, AVALUACIÓ I  
TRACTAMENTS PSICOLÒGICS

LA DEPRESIÓN POSTNATAL EN LAS MUJERES:  
ETIOLOGÍA Y CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES.

FLORBELA SOARES TEIXEIRA

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA  
Servei de Publicacions  
2011

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 19 d'octubre de 2011 davant un tribunal format per:

- Dra. M<sup>a</sup> Vicenta Mestre Escrivá
- Dra. M<sup>a</sup> Victoria del Barrio
- Dr. Francisco Javier Méndez Carrillo
- Dr. Jorge Alberto de Barros Brandao Proença
- Dra. M<sup>a</sup> Pilar Barreto Martín

Va ser dirigida per:

Dra. Remedios González Barrón

Dra. M<sup>a</sup> Emilia Areias

©Copyright: Servei de Publicacions  
Florbela Soares Teixeira

---

I.S.B.N.: 978-84-370-8525-8

Edita: Universitat de València

Servei de Publicacions

C/ Arts Gràfiques, 13 baix

46010 València

Spain

Telèfon:(0034)963864115



VNIVERSITAT  VALÈNCIA

Facultat de Psicologia []

**LA DEPRESIÓN POSTNATAL EN LAS MUJERES:**

**ETIOLOGÍA Y CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES**

**Dirección: M. del Remedio González Barrón**

**M. Emilia T.E.G. Areias**

**Autora: Florbela Teixeira**

**VALENCIA, 2011**



## INDICE

Agradecimientos .....	7
Resumen .....	9
Resumo .....	11
Abstract.....	13
Résumé .....	15
I.INTRODUCCIÓN TEÓRICA .....	17
1.1. Trastornos psicopatológicos del puerperio.....	19
1.1.1. Blues .....	20
1.1.2. La depresión postnatal .....	22
1.1.3. Psicosis.....	24
1.2. La depresión postnatal .....	31
1.2.1 Criterios diagnósticos .....	32
1.2.2. Incidencia y prevalência .....	34
1.2.3. Evolución .....	37
1.2.4. Modelos teóricos de la depresión postnatal.....	38
1.2.5. Factores de Riesgo.....	40
1.2.5.1. Factores sociodemográficos.....	43
1.2.5.2. Los factores biológicos .....	46
1.2.5.3. Los factores psicosociales.....	54
1.2.5.4. Personalidad previa .....	59
1.2.5.5. Antecedentes psiquiátricos previos .....	66
1.2.5.6. Características del bebé .....	70
1.2.6. Principales consecuencias de la depresión postnatal .....	72
1.2.6.1. Para las mujeres .....	73
1.2.6.2. Para el bebé.....	75
1.2.6.3. Para la familia y la sociedad en general .....	82
1.2.7. Algunas intervenciones en la depresión postnatal .....	85
1.2.7.1. Intervenciones de naturaleza biológica .....	87
1.2.7.2. Intervenciones psicosociales .....	90
1.3. Reflexiones finales .....	97
I.INTRODUÇÃO TEÓRICA.....	101
1.1. Perturbações psicopatológicas do puerpério.....	103
1.1.1.Blues .....	105
1.1.2. Depressão pós-natal .....	107
1.1.3. Psicose .....	108
1.2. A depressão pós-natal .....	115

1.2.1. Critérios de diagnóstico .....	117
1.2.2. Incidência e Prevalência .....	119
1.2.3. Evolução.....	122
1.2.4. Modelos teóricos da depressão pós-natal .....	123
1.2.5. Factores de risco.....	126
1.2.5.1. Factores demográficos .....	129
1.2.5.2. Factores biológicos .....	131
1.2.5.3. Factores psicossociais.....	140
1.2.5.4. Personalidade prévia .....	145
1.2.5.5. História psiquiátrica anterior.....	153
1.2.5.6. Características do bebé .....	158
1.2.6. Principais conseqüências da depressão pós-natal .....	160
1.2.6.1. Para as mulheres .....	161
1.2.6.2. Para o bebé.....	164
1.2.6.3. Para a família e sociedade em geral.....	171
1.2.7. Algumas intervenções na depressão pós-natal.....	174
1.2.7.1. Intervenções de carácter biológico .....	176
1.2.7.2. Intervenções psicossociais.....	179
1.3. Reflexões finais .....	187
II.MÉTODO .....	191
2.1. Objetivos e hipótesis .....	193
2.2. Variables e instrumentos de evaluación .....	196
2.2.1. Variables sociodemográficas .....	199
2.2.2. Variables obstétricas/ ginecológicas .....	200
2.2.3. Variables psicossociales .....	201
2.2.4. Variables hormonales.....	210
2.3. Diseño experimental y procedimiento .....	211
2.4. Los participantes.....	216
2.4.1. Características de los participantes.....	216
2.4.2. Caracterización de los participantes por grupo .....	220
2.5. Procedimientos estadísticos.....	223
III.RESULTADOS.....	225
3.1. Análisis de incidencia y prevalencia de la depresión en el embarazo y después del parto .....	227
3.2. Estudio de la depresión y ansiedad en función del tiempo (medidas repetidas).....	229
3.2.1. Comparación de los síntomas depresivos en los cuatro momentos evaluados	229
3.2.2. Comparación de los síntomas de ansiedad en los cuatro momentos evaluados .....	231
3.3. Estudio de la influencia de la historia previa de depresión mayor sobre la depresión postnatal y la sintomatología depresiva en el embarazo y después del parto.....	233
3.3.1. Estudio de la influencia de la historia previa de depresión mayor en la depresión postnatal.....	233

3.3.2. Estudio de la influencia de la historia previa de depresión mayor sobre la sintomatología depresiva .....	234
3.4. Estudio de la influencia de las variables hormonales en función de la historia previa de depresión mayor en la ocurrencia de depresión postnatal .....	235
3.5. Estudio de la influencia de los factores demográficos, obstétricos/ginecológicas, psicosociales y hormonales en la ocurrencia de depresión postnatal en la muestra total .....	237
3.5.1. Estudio de la influencia de las variables demográficas en la ocurrencia de depresión postnatal para la muestra total.....	237
3.5.2. Estudio de la influencia de las variables obstétricas en la ocurrencia de depresión postnatal para el total de participantes.....	239
3.5.3. Estudio de la influencia de variables psicosociales en la ocurrencia de depresión postnatal para todos los participantes.....	240
3.5.4. Estudio de la influencia de las variables hormonales en la ocurrencia de depresión postnatal para todos los participantes.....	245
3.6. Identificación de la asociación entre la depresión de la madre y del padre en el embarazo y después del parto .....	246
3.7. Definición de perfiles de riesgo para la depresión en el periodo postnatal .....	249
 IV.CONCLUSIONES .....	 255
 V.DISCUSIÓN .....	 273
 IV. CONCLUSÕES .....	 281
 V. DISCUSSÃO .....	 301
 VI.REFERENCIAS .....	 309
 ANEXOS.....	 353
Anexo 1: Índice de Abreviaturas.....	355
Anexo 2: Índice de Tablas.....	359
Anexo 3: Índice de Figuras.....	365
Anexo 4: Validación del SSNI en portugués.....	369
ANEXO 5: Consentimiento Informado.....	379
ANEXO 6: Questionário de Caracterização Socio-Demográfica .....	383
ANEXO 7: Classificação Social Internacional de Graffar .....	389

ANEXO 8: Entrevista Psiquiátrica Estandarizada para as Desordens Afectivas e Esquizofrenia (SADS-L).....	395
ANEXO 9: Social Support Network Inventory (SSNI) .....	439
ANEXO 10: Escala de Ansiedade e Depressão Clínica (HADS).....	451
ANEXO 11: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).....	457
ANEXO 12: Eysenk Personality Inventory (EPI) .....	463
ANEXO 13: Life Orientation Test Revised (LOT-R).....	469
ANEXO 14: Entrevista e Sistema Classificativo de Paykel.....	473



## Agradecimentos

A elaboração deste trabalho foi um processo extremamente exaustivo em que para poder beneficiar do enorme ganho que o seu desenvolvimento me proporcionou tive que abdicar de muitas outras coisas que jamais aqui poderia evocar. Contudo, se entre estas perdas se encontra algo de extremamente valioso para mim que é o contacto com aqueles de quem mais gosto, também esta perda em si mesma se revelou simultaneamente num ganho pois em todos os momentos de dúvidas e de desânimo todas essas pessoas estiveram presentes fazendo com que este trabalho possa hoje ser considerado um produto do investimento de todos. Produto este que desejo do fundo do meu coração, que seja apenas o novo *input* para o começo de todo um novo ciclo de investimentos neste mundo que para mim se revelou fascinante que foi o da descoberta da depressão pós-natal, e, que daqui para a frente, desejo que se possa transformar num novo universo de muitas outras redescobertas.

A realização deste trabalho deu-me não só a oportunidade de descobrir novas facetas das pessoas com quem habitualmente lido e que me deixaram simplesmente encantada, como também deu azo ao conhecimento e à entrada de novas e maravilhosas pessoas na minha vida.

De entre todas estas pessoas, pela redescoberta que me proporcionaram ou pelo despoletar de novos conhecimentos, gostaria, por ordem alfabética (pois jamais conseguiria escolher um primeiro lugar por sentir injustiça nessa escolha), de nomear algumas delas: Alexandra Borges, Ana Paula Martins, Anabela Bonifácio, Augusto Teixeira, Ernesto Fonseca, Fátima Matos, Joana Oliveira, Maria Emília Areias, Maria Júlia Teixeira, Remedios González Barrón, Rosária Dias, Sérgio Teixeira, Sónia Cerqueira, Zélia Vaz.

Assim, a todos em geral e, às “minhas mães” em especial, que me permitiram a entrada no seu espaço e que comigo partilharam a sua experiência de maternidade,

*Um beijo de eterna e terna gratidão...*



## Resumen

Este estudio descriptivo y prospectivo de naturaleza longitudinal evalúa las variables psicosociales y neurohormonales de la depresión postnatal en las mujeres. Los objetivos específicos que se plantean son los siguientes: estudiar la incidencia de la depresión postnatal y su aparición inicial (primeras seis semanas) o tardía (después de la sexta semana), en mujeres con historial previo de depresión mayor y en mujeres sin historial previo de depresión. También se estudió la influencia de la historia previa de depresión mayor con la ocurrencia de depresión postnatal dependiendo de las variables demográficas, obstétricas/ginecológicas y psicosociales. Otro objetivo fue estudiar la asociación entre la depresión de las madres y sus compañeros durante el embarazo y el puerperio. Otro objetivo existente ha sido identificar los perfiles de riesgo de la depresión postnatal.

Los participantes fueron 200 mujeres embarazadas residentes en Oporto. Los participantes se subdividieron en dos subgrupos: uno con antecedentes de depresión mayor antes del embarazo (n=75), y otro sin ningún trastorno psiquiátrico (n=125). El estudio se realizó en cuatro momentos (en la semana trigésimo séptima de embarazo, en la segunda y sexta semana del postparto, y a los doce meses postparto) donde se evaluaron las diferentes variables señaladas.

El estudio de los resultados, sugere que la incidencia y prevalencia de depresión postnatal es superior en mujeres con historia previa de depresión; también indican que existen variables clínicas (historia previa de depresión), y psicosociales (neuroticismo, optimismo, acontecimientos con impacto negativo objetivo) que están asociadas a síntomas depresivos y a la depresión posterior al parto. También se observó la existencia de co-ocurrencia de depresión postnatal en la pareja. Los perfiles de riesgo identificados indicaron características específicas a las seis semanas (historia previa de depresión de la mujer y depresión del hombre) y a los doce meses (historia previa de depresión de la mujer, depresión del hombre y neuroticismo).



## Resumo

O presente estudo descritivo e prospectivo de carácter longitudinal teve como objectivo geral avaliar os aspectos psicossociais e neuro-humorais da depressão pós-natal na mulher. Os objectivos específicos que o conduziram foram: comparar as mulheres grávidas com história anterior de Depressão Major com as que não tiveram qualquer perturbação psiquiátrica anterior, em relação à incidência da depressão pós-natal, e à sua ocorrência inicial (primeiras seis semanas) ou tardia (depois da sexta semana); estudar a influência da história anterior de depressão Major na ocorrência de depressão pós-natal em função das variáveis hormonais, demográficas, obstétricas/ginecológicas e psicossociais. Outro objectivo foi analisar a co-ocorrência da depressão pós-natal nas mulheres e nos respectivos companheiros; identificar perfis de risco para a ocorrência de depressão pós-natal nas mulheres.

Foi usada uma amostra de 200 mulheres grávidas residentes no grande Porto, da qual resultou a constituição de um grupo de mulheres com história de Depressão Major anterior à gravidez (n=75) e outro grupo de mulheres sem história anterior de depressão (n=125). Neste estudo existiram quatro momentos avaliativos (trigésima sétima semana de gravidez, segunda e sexta semana pós-parto e doze meses pós-parto) onde se recolheram as diferentes variáveis assinaladas.

Da análise dos resultados obtidos, verificamos que a incidência e prevalência de depressão pós-natal é superior nas mulheres com história anterior de depressão; também que existem variáveis clínicas (história anterior de depressão) e psicossociais (neuroticismo, optimismo e acontecimentos com impacto negativo objectivo) que estão associadas a maior sintomatologia depressiva e a maior depressão pós-natal. Também se verifica a existência de co-ocorrência de depressão pós-natal no casal. Relativamente aos perfis de risco verifica-se a existência de factores específicos às 6 semanas (história anterior de depressão da mulher e depressão do homem) e aos 12 meses (história anterior de depressão da mulher, depressão do homem e neuroticismo da mulher) .



## Abstract

The objective of the present descriptive and prospective study was to evaluate the influence of the psychosocial and neurohormonal variables in the postpartum depression in women.

The specific goals which oriented the study were the following: comparing pregnant women with previous history of Major depression, with those who hadn't had any previous psychiatric disturb, in relation to the postnatal depression incidence and its initial occurrence (first six weeks) or later occurrence (after the sixth week); comparing women with previous Major depression history with those who hadn't had any previous psychiatric disorder, in relation to the variation of hormonal parameters, psychosocial, obstetrics/gynecological and demographic variables; analyze the co-occurrence of postnatal depression in women and their partners; to identify risk profiles for the occurrence of postnatal depression.

It has been used a sample of 200 pregnant women, living in Oporto, of which resulted the constitution of a group of women with previous history of Major depression (n=75) and another one with no previous psychiatric disorder (n=125); in this study it has occurred four evaluation moments (thirty seventh week of pregnancy, second and sixth week after delivery and twelve months after delivery), where several types of data were collected.

From the analysis of the results, we can conclude that the incidence and prevalence of postnatal depression is higher in women with previous history of Major depression; and also that there are clinical variables (previous history of depression) and psychosocial variables (neuroticism, optimism and life events with negative impact) associated with greater depressive symptomatology and postnatal depression. There is also co-occurrence of postnatal depression on the couple. For risk profiles it appears that there are specific factors at 6 weeks postpartum (previous history of depression from women and men's depression) and at 12 months (previous history of depression in women, men's depression and women's neuroticism).





## Résumé

Le présent essai, descriptive et prospective de caractère longitudinal a eu comme objective générale l'évaluation des aspects psychosociaux et neurohormonaux de la dépression postnatale des femmes. Les objectives spécifiques qui le ont conduit, ont eu: comparer les femmes avec un historial antérieur de dépression Major avec ceux qui n'ont jamais eu quelque perturbation psychiatrique antérieur, en relation à l'incidence de dépression postnatale, et à son occurrence inicial (premières 6 semaines) ou tardive (après la 6ème. semaine); comparer les femmes avec une histoire antérieur de dépression Major avec ceux qui n'ont jamais eu quelque perturbation psychiatrique antérieur, en relation aux variations des paramètres hormonaux, psicosociaux, obstétriques/gynécologiques et démographiques ; d'analyser la co-occurrence de la dépression postnatale chez les femmes et leurs partenaires; à identifier des profils de risque de survenue de la dépression postnatale.

On a utilisé une échantillon avec 200 femmes residentes au grand Porto, de laquelle a resulté la constitution d'un groupe de femmes avec un historial de dépression Major antérieur à la grossesse (n=75) et un autre groupe de femmes sans quelque perturbation psiquiatrique antérieur (n=125). Dans cet étude il a eu quatre moments d'évaluation (trinte septième semaine de grossesse, deuxième et sixième semaine après l'accouchement et douze mois après l'accouchement), où on été évalué différents types de variables.

De l'analyse des résultats obtenus, nous pouvons conclure que l'incidence et prevalence de la depression postnatale est plus élevé chez les femmes avec un historial antérieur de dépression Major ; on peut aussi conclure qu'il existe des variables cliniques (un historial antérieur de dépression Major) et variables psychosociaux (neuroticism, optimisme et événements de la vie avec un impact négatif objectif) qui sont associés a une incidence plus grand de symptomatologie depressive et à la depression post-natal. Il semble aussi, qu'il ya co-occurrence de la dépression postnatale chez les couples. Pour les profils de risque, il semble qu'il existe des facteurs spécifiques à la 6ème semaine postpartum (historial antérieur de dépression Major chez la femme et dépression de l'homme) et à 12 mois (historial antérieur de dépression Major chez la femme, dépression de l'homme et neuroticism de la femme).



## I.INTRODUCCIÓN TEÓRICA

Este trabajo se centrará en el estudio de la depresión postnatal. En esta temática existe acuerdo en señalar que las madres que la padecen, la describen con profunda vergüenza, ansiedad y sensación de que están fallando en lo que creen que es el papel de una "buena madre" (Knudson-Martin & Silverstein, 2009).

Este capítulo se inicia con una caracterización de los trastornos psicopatológicos asociados con el puerperio. Se describen y comparan los tres trastornos principales: los *blues* postparto, la psicosis postparto y la depresión postnatal. En el segundo apartado, se hace una caracterización específica del tema central de nuestro trabajo: la depresión postnatal. Para ello se analizan los criterios diagnósticos, la prevalencia y el desarrollo de la depresión postnatal. A continuación, se discuten los principales modelos teóricos que estudian las causas de la depresión postnatal y se discuten los principales factores de riesgo asociados a su aparición. En la siguiente sección se examinan las principales consecuencias que se derivan para las mujeres, para el bebé, así como para la familia y la sociedad en general. Para terminar este capítulo de fundamentación teórica, se describen algunas intervenciones que se han hecho de naturaleza biológica y psicosocial para reducir al mínimo las consecuencias de esta enfermedad.



# I. INTRODUCCIÓN TEÓRICA

## 1.1. Trastornos psicopatológicos del puerperio

Brazelton y Cramer (1989) observaron que los nueve meses de embarazo, permiten a los padres adaptarse física o psicológicamente a todo el proceso del embarazo. Sin embargo, varios estudios han demostrado que esta adaptación no siempre es así y algunos trastornos pueden ocurrir. En esta perspectiva, la maternidad ha sido vista como una crisis de desarrollo que tiene asociada un conjunto significativo de cambios a nivel psicológico.

Se han identificado principalmente tres trastornos psicopatológicos vinculados con el nacimiento de un bebé: *blues* postnatal, la depresión postnatal y la psicosis postparto. Sin embargo, no hay una respuesta clara a la pregunta si los síndromes son distintos e independientes, o constituyen diferentes grados de la misma enfermedad.

A menudo las madres refieren sentimientos de aislamiento y soledad debido a la sensación de que nadie entiende lo que están sintiendo. En un meta-análisis realizada por Beck (2001), hubo también un tema recurrente: «la pérdida generalizada». Esta pérdida se relacionó con la falta de control en todos los aspectos de sus vidas, incluyendo las emociones y cogniciones.

A menudo las personas con depresión se sienten culpables y piensan que el tiempo se ocupará de la situación, por lo que no buscan ayuda. Las madres deprimidas a menudo sienten miedo de ser juzgadas por los profesionales y demás personas en general, e incluso temen que el bebé vaya a ser retirado, lo que les lleva a esconder los síntomas y sus sentimientos (Murray, Cooper & Hipwell, 2003). Así, se ha observado que como consecuencia de los trastornos del humor postparto, las madres refieren sentimientos de culpa (Chan, Williamson & McCutcheon, 2009) se consideran malas madres y muestran incapacidad para vincularse con los niños.

Mientras que las mujeres sienten los cambios, no buscan tratamiento para su problema. En este sentido, Marcus, Flynn, Blow & Barry (2003) realizaron un estudio con 3.472 mujeres y concluyeron que el 86.20% de las mujeres con síntomas depresivos no estaban recibiendo ningún tratamiento (medicamentos, psicoterapia o conseling). Más de la mitad de las mujeres que estaban tomando medicación para la depresión dejaron de hacerlo cuando se quedaron embarazadas. En otro estudio Scholle, Haskett, Hanusa, Pincus y Kupfer (2003) también llegaron a conclusiones similares en relación con el diagnóstico / tratamiento de la depresión: menos del 21% de las mujeres con depresión estaban recibiendo tratamiento. Así que el estigma de la depresión puede ser un impedimento para buscar ayuda, sobre todo en un momento que socialmente se espera ser feliz.

Así, muchas madres no están diagnosticadas y no reciben ningún tratamiento, ya que la identificación de formas graves de depresión y psicosis, ya sea durante el embarazo o el parto es mucho más fácil de realizar que el reconocimiento de las formas leves que a menudo escapan al diagnóstico y que no dejan de tener efectos significativos en el bebé, en la madre, el padre, la familia y la sociedad (Born, Zinga & Steiner, 2004).

Dado que los tres principales trastornos psicopatológicos presentan síntomas con duración e intensidad específicas se eligió describir cada uno de ellos por separado, realizandose a continuación.

### **1.1.1. Blues**

Robin (1962) se ha preocupado por este tema y entrevistó a las mujeres en el octavo y noveno día del postparto, para concluir que dos tercios se quejaron de la inestabilidad emocional, y tres cuartas partes de la "depresión a corto plazo". Por lo que, esta alteración fue ya identificada y descrita, como una reacción que interfería en la adaptación de la mujer a esta nueva etapa de su vida. Pero el *blues* ha sido descrito como

síndrome por Yalom, Lind, Oos y Hamburg en 1968, y lo consideraron el mínimo cambio en el estado de ánimo que se produce cerca del período postparto. Henshaw (2003), informó que ya en 1952, se describió la reacción depresiva moderada, que consiste en la fatiga, llanto, y dificultad para pensar con claridad, denominándola "depresión del tercer día". De los cambios del estado de ánimo asociados con el parto, se considera el menos grave. En el DSM-IV-TR (2002) se describe como una forma de depresión leve transitoria que dura 3-7 días después del parto. Se considera el síndrome postparto del estado de ánimo más común. Se asocia con síntomas como el llanto, tristeza, ansiedad y labilidad emocional. Sin embargo, se observó que este trastorno ("*baby blues*"), aunque muy frecuente y que afecta alrededor del 70% de las mujeres durante los primeros diez días después del nacimiento, son transitorios y no causan déficit en el funcionamiento. Estudios prospectivos han demostrado que los síntomas del estado de ánimo y la ansiedad durante el embarazo, así como el "*baby blues*", aumentan el riesgo de un episodio depresivo mayor después del parto» (DSM-IV-TR, 2002, p.422).

Miller (2002) planteó dos posibles hipótesis inherentes a la aparición de los blues postparto. La primera sostiene que los cambios de humor son el resultado de la disminución hormonal abrupta, tales como los niveles absolutos de estrógenos y progesterona. En la segunda hipótesis, postula que los *blues* postparto pueden ser consecuencia de la activación de un sistema biológico inherente a la conducta de apego madre-hijo en los mamíferos, que está regulado por la oxitocina. Ya hay evidencia en este sentido en los mamíferos no primates: madres roedores cuyas células de liberación de oxitocina se extirpan quirúrgicamente muestran un comportamiento menos materno. Se asume que un mecanismo similar aunque más versátil, puede ocurrir en los seres humanos y otros primates.

Al analizar los síntomas asociados con los *baby blues*, se observó que la incidencia de la depresión, el llanto, la ansiedad y la inestabilidad del estado de ánimo aumentan en los primeros cinco días después del nacimiento empezando a declinar a partir del sexto día. La irritabilidad puede continuar durante dos semanas. Se describe como un trastorno con pequeñas alteraciones, perfectamente localizado y limitado en el tiempo, y sin tratamiento

porque los síntomas se resuelven espontáneamente en las dos primeras semanas después del parto (Gale & Harlow, 2003).

Faisal-Cury, Tedesco, Kahhale, Menezes y Zugaib (2004) observaron que el porcentaje de los pacientes que presentan este trastorno es muy superior a la depresión postnatal y que el 62% de las mujeres clasificadas como casos de *blues* mostró resultados negativos para la depresión postnatal. Para Henshaw, Foreman y Cox (2004), las mujeres que muestran un estado severo de *blues* (de acuerdo con el *Blues Questionnaire*) tienen tres veces más probabilidades de llegar a tener depresión postnatal que las mujeres que no tienen este trastorno. Para Blenning y Paladine (2005), los *blues* se consideran un fenómeno fisiológico como resultado de cambios hormonales y agravados por la falta de sueño, las deficiencias nutricionales y el estrés de la maternidad.

Se puede concluir que este trastorno se asocia con un período de tiempo corto y que las consecuencias se consideran casi inexistentes para los diferentes actores involucrados. Aunque, parecen observarse indicadores que informarian de que se trata de madres con mayor probabilidad de manifestar la depresión postnatal. Para su identificación se tendría que hacer un estudio de estos casos. Poder tener esta información permitiría a los profesionales de la salud proponer dos tipos diferentes de intervención: uno para los episodios de *blues* puro, y otro para las madres en riesgo de depresión postnatal. Cuando la segunda posibilidad ocurra se tendría que realizar un seguimiento de estas mujeres desde la etapa más temprana posible.

### **1.1.2. La depresión postnatal**

En este punto, se realizará una breve caracterización general de la depresión postnatal porque en el siguiente capítulo será descrita con más detalle.



La depresión postnatal también ha sido designada como "depresión clínica", "depresión crónica después del parto" o "depresión postparto". Pitt en 1968, tratando de sistematizar el conocimiento de este tipo de depresión la describió como "atípica". Porque la sintomatología que presenta es diferente. En este sentido, se considera que en la depresión postnatal son poco frecuentes los síntomas: ideas de suicidio, desesperación, empeoramiento de los síntomas en la mañana y el insomnio. Mientras que los síntomas que predominan en este trastorno psicopatológico son la ansiedad relacionada con el cuidado del bebé, los temores hipocondríacos, los síntomas somáticos, irritabilidad marcada, sentimientos de culpa como resultado del temor de no cuidar bien del bebé. Sin embargo, se ha señalado que los síntomas tienen gran similitud con los que representan un episodio depresivo mayor, en otra etapa de la vida tanto al nivel emocional, comportamental y físico (Born et al., 2004). Según este autor, el nivel emocional está caracterizado, a menudo, por un aumento de la irritabilidad, llanto, tristeza, cambios de humor incontrolables, sentimientos de sobrecarga y la incapacidad para hacer frente a los acontecimientos y los sentimientos de soledad. Con respecto a la conducta, se ha observado falta de interés en el bebé o, por el contrario, mucha atención, la pérdida de interés en actividades, pérdida de energía y de motivación, el aislamiento y la incapacidad para tomar decisiones. Respecto a los síntomas físicos, están relacionados con agotamiento, fatiga, trastornos del sueño y el apetito, dolores de cabeza y pecho, hiperventilación y palpitaciones.

Con respecto a este trastorno, no hay todavía una tasa de prevalencia que satisfice el consenso general de la comunidad científica. Es probable que sea debido a los diferentes enfoques utilizados en los estudios para evaluar la depresión postnatal. Concretamente se ha utilizado una gran variedad de instrumentos para evaluar la depresión postnatal siendo difícil comparar los resultados. También cuando se utilizan los mismos instrumentos de evaluación, los puntos de corte no están unificados, y la evaluación de la depresión postnatal se ha realizado en diferentes momentos después del parto siendo difícil comparar los resultados. Sin embargo, a pesar de estas marcadas diferencias, se ha observado que la tasa de prevalencia más consensuada se encuentra entre 10% a 15% y

que la ocurrencia tiene que ser después del parto y dura más de dos semanas para que se pueda hacer un diagnóstico (Areias, Augusto, Figueiredo, Calheiros & Figueiredo, 1993).

Sin embargo, con respecto a su especificidad, lo que se destaca es un aspecto muy importante: el momento de ocurrencia es específico y siempre involucra la pareja madre-hijo y en muchas situaciones al resto de la familia (Steiner, 1998; Riecher-Rössler & Hofecker, 2003). También es común la co-ocurrencia de sentimientos de culpa y la sensación de no ser buena madre para cuidar el bebé (Gale & Harlow, 2003). Otro ejemplo es la singularidad que se deriva de todos los ajustes neuroendocrinos y psicológicos (DSM-IV-TR, 2002). Blenning y Paladine (2005) indicaron que el período postparto se refiere al período que comienza una hora después de la eliminación de la placenta hasta seis semanas después. Después de este período, la madre ya no está en un estado fisiológico del embarazo, lo que conducirá a un proceso fisiológico de reorganización que puede conducir a la aparición de la depresión postnatal.

### **1.1.3. Psicosis**

Por último, otro trastorno asociado con el período de postparto, es la psicosis. La psicosis, tiene un carácter completamente diferente de los anteriores trastornos descritos. Es un trastorno con inicio agudo y con rápido desarrollo. Este trastorno se considera el más grave pero también el menos frecuente. Aunque en el estudio de la psicosis no se han identificado los factores psicosociales asociados con el inicio de su manifestación, se han sugerido factores biológicos como los más importantes. Si la depresión postnatal puede tener diferentes grados de gravedad, la psicosis se presenta siempre como la más grave y por lo general con necesidad de recurrir a la hospitalización, ya que las consecuencias que pueden estar asociadas son muy graves. Debido a la intensidad de la sintomatología, las

madres pierden fácilmente el control, lo que puede conducir a situaciones dramáticas (Robertson & Lyons, 2003).

Por lo general se considera la psicosis con predominio de síntomas afectivos, destacando el "delirio" y "estado de confusión." Esta enfermedad fue la primera en ser identificada por estar asociada con el postparto inmediato y por tener consecuencias extremadamente graves, tales como el infanticidio y el suicidio. La prevalencia en la población de este trastorno es de aproximadamente 1 de cada 1.000 madres. Cuando una mujer tiene la psicosis postparto el riesgo de que esto se manifieste de nuevo en un futuro embarazo es de 30% a 50% (DSM-IV-TR, 2002) o de 1 a 3 (Parry, 2004).

La psicosis es una alteración, como se ha señalado, de aparición muy rápida, presentando síntomas en las primeras 48 a 72 horas después del parto, aunque la mayoría de episodios se desarrollan durante las primeras dos semanas (Robertson & Lyons, 2003). Aunque la relación entre el nacimiento y la enfermedad mental se ha reconocido desde hace muchos años su situación nosológica sigue siendo motivo de controversia.

Para Murray et al. (2003) la psicosis postparto se produce independientemente de la adversidad del medio ambiente. Cómo se manifiesta muy cerca del nacimiento del niño y cómo las mujeres que han tenido la psicosis postparto tienen un alto riesgo de recurrencia cuando son madres por segunda vez, se supone así que los factores biológicos pueden tener un papel importante en su etiología.

El factor de riesgo más significativo asociado con la aparición de la psicosis postparto es la existencia de enfermedad psiquiátrica previa. Las mujeres con antecedentes de cambios de humor y con antecedentes familiares de psicosis postparto tienen un mayor riesgo de un episodio psicótico que las que no tienen antecedentes personales o familiares de trastornos psiquiátricos (DSM-IV-TR, 2002; Gale & Harlow, 2003).

Los síntomas principales se refieren a cambios de humor (que oscila rápidamente entre estado de ánimo deprimido o demasiado alto), comportamiento desorganizado, delirios y alucinaciones. Las mujeres con psicosis postparto muestran comportamientos

más desorganizados en el cuidado del bebé, menos conciencia de los efectos de su comportamiento en el niño, menor sentido de auto-eficacia y menos capaces de comprender las necesidades físicas y emocionales de los niños. En Inglaterra, Francia, Australia y Nueva Zelanda, la hospitalización se hace en unidades de hospitalización madre-bebé, donde hay una preocupación de proporcionar la manutención de más cuidadores para el niño, minimizando la discontinuidad de la atención. En estas unidades, la madre es apoyada y alentada a mantener una interacción con el bebé. La madre se siente apoyada, no siente la presión de no ser capaz de asumir por sí sola las necesidades del bebé. Puede hacer un seguimiento de los cuidados que prestan a su hijo y seguir el desarrollo del bebé, a la medida de su propia capacidad y disponibilidad, sin sentirse presionada o juzgada (Murray et al., 2003).

Sin embargo, el pronóstico es generalmente favorable. La recuperación de la mujer es completa con un posterior funcionamiento social bueno. Las mujeres con psicosis se sienten más culpables que las mujeres con depresión postnatal, ya que deben ser hospitalizadas y el contacto con la realidad y la experiencia de cuidar a un bebé son mucho más profundamente afectados. Esto, ocurre cuando se trata de situaciones de hospitalización en que las madres se colocan, en las unidades psiquiátricas generales y dejan de estar cerca de su bebé. En los países donde se encuentran las unidades psiquiátricas madre-bebé se minimiza, aunque siempre existe, la carga de la hospitalización debido al nacimiento (Robertson & Lyons, 2003).

Nager, Johansson y Sundquist (2005) al realizar el estudio del número de madres hospitalizadas por psicosis postparto, señalaron que el número de hospitalizaciones disminuyó significativamente entre 1990 y 1997, período durante el cual en Suecia hubo una reducción en el número de camas en las unidades psiquiátricas. Lo que según dichos autores, es particularmente preocupante en el caso de psicosis postparto, ya que en esta patología hay un alto riesgo, como se ha dicho, de suicidio e infanticidio. Este riesgo también es descrito por Herron, McGuiness, Blackmore, Craddock y Jones (2007) que sustentan que el retraso en el diagnóstico de la psicosis postparto puede ser grave y costoso.

Noorlander, Bergink y Berg (2008) estudiaron las diferencias de apego de las madres a sus bebés y a las enfermeras de los servicios psiquiátricos y observaron que las madres con psicosis postparto tenían un mayor vínculo con su niño y menor con los profesionales de la salud. Estos resultados también se confirmaron al compararlos con las mujeres con depresión postparto. La razón posiblemente sea debido a que el pronóstico de la psicosis postparto es bueno y de total recuperación y a corto plazo. Por ello es importante que puedan tener la posibilidad de hospitalización para asegurar la recuperación completa.

*En resumen* los estudios consultados muestran que, aunque aparentemente existen algunos puntos en común y una cierta similitud entre estos tres trastornos, se consideran que son claramente distintos. Como síntesis, Born et al. (2004) proponen las principales similitudes y diferencias entre estos tres tipos de trastornos (Tabla I.1).

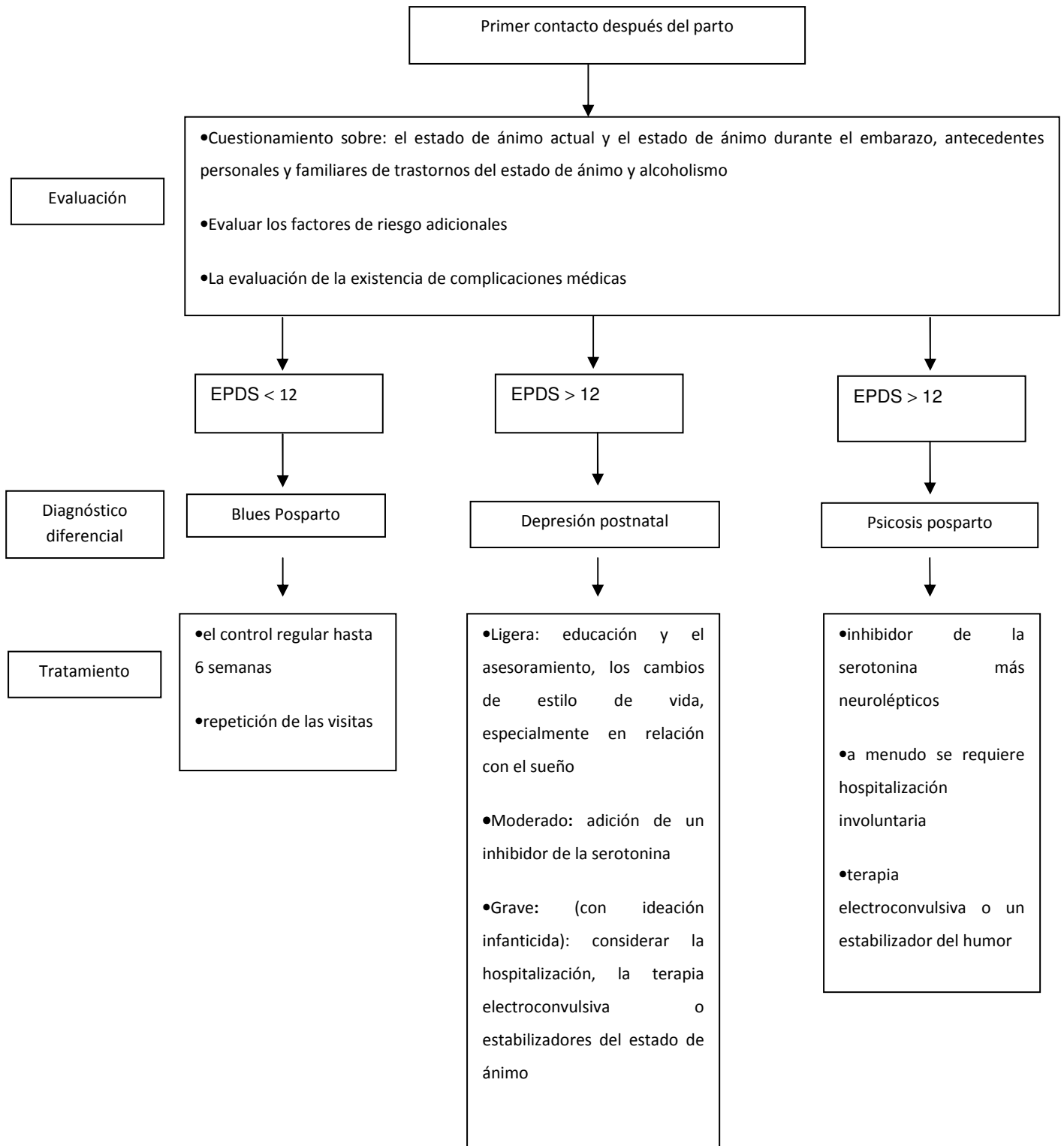
Además de la importancia de describir estos trastornos después del parto, también es esencial identificar formas de actuar y de tratamiento cuando su manifestación clínica se produce. Aunque pueden haber varios métodos de intervención, aquí hablamos de un algoritmo para la identificación y el tratamiento propuesto en el resumen comparativo de estos autores. Más adelante, como ya se mencionó, y porque este trabajo se centrará en la depresión postnatal, se realizará una exposición más detallada de todas sus dimensiones. Sin embargo, parece apropiado realizar una breve comparación entre estos trastornos.

**Tabla I.1.** Características de los trastornos postparto según Born et al. (2004)

<b>Inicio y síntomas de los trastornos postparto</b>		
<u><b>Blues Postparto</b></u>	<u><b>Depresión postparto</b></u>	<u><b>Psicosis postparto</b></u>
<i>Inicio</i>	<i>Inicio</i>	<i>Inicio</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• primeros 5 días</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• por lo general entre 6 y 12 semanas</li> <li>• pueden surgir más adelante en el primero año</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• generalmente en el plazo de 48-72 horas después del parto</li> <li>• el riesgo sigue siendo elevado hasta los 4 meses</li> </ul>
<b><i>Los Síntomas Característicos</i></b>	<b><i>Los Síntomas Característicos</i></b>	<b><i>Los Síntomas Característicos</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• labilidad del estado de ánimo</li> <li>• llorar</li> <li>• tristeza</li> <li>• ansiedad</li> <li>• irritabilidad</li> <li>• euforia</li> <li>• pérdida de concentración</li> <li>• sentimientos de dependencia</li> <li>• trastornos del sueño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• similar a la Depresión mayor</li> <li>• perturbación del sueño, en particular la imposibilidad de volver a dormirse después de alimentar al bebé</li> <li>• demasiado ansiosa o preocupada por cuestiones de cuidar a un bebé y ser madre, sobre todo para amamantar</li> <li>• preocupaciones de no ser "buena madre"</li> <li>• historia de llamadas telefónicas o visitas constantes al sistema de salud por la madre o el bebé sin razones objetivas para la preocupación</li> <li>• pensamientos obsesivos o compulsiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pensamientos de desilusión, a menudo relacionado con el bebé</li> <li>• hipervigilancia</li> <li>• euforia y falta de sueño</li> <li>• hipercinesia psicomotora y acinesia expresiva y emocional</li> <li>• hipersensibilidad a los comentarios neutros</li> <li>• alucinaciones visuales, táctiles, olfativas, auditivas</li> <li>• perplejo, confusión o desorientación</li> <li>• disminución de las capacidades cognitivas</li> <li>• síntomas del delirio</li> <li>• pérdida de apetito</li> <li>• alteración de la conciencia</li> </ul>

A partir del análisis de la Figura I.1, los autores proponen la evaluación inmediatamente después del parto para llevar a cabo una apreciación del estado de ánimo de la madre, sus antecedentes psiquiátricos, examinar los posibles factores de riesgo, así como hacer el seguimiento de complicaciones médicas si se producen. La evaluación de síntomas afectivos y depresivos, se realiza con base en el *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Dependiendo de la puntuación obtenida y la intensidad de la sintomatología, los autores proponen diferentes intervenciones.

Figura I.1. Algoritmo para la identificación y el tratamiento de los trastornos postparto según Born et al. (2004)



Para la intervención en los *blues*, dichos autores, no proponen nada concreto, suponiendo que la remisión de los síntomas se produce en poco tiempo de forma espontánea. Sin embargo, ya que pueden constituir un factor de riesgo para la depresión postnatal, proponen llevar a cabo un seguimiento de las madres hasta las seis semanas, realizando visitas domiciliarias regulares.

Teniendo en cuenta la propuesta de intervención para la depresión postnatal, según su grado de severidad, los autores proponen diferentes estrategias de intervención. Sugieren que en la depresión leve debe llevarse a cabo apoyo psicológico y educativo. En la forma más grave de la depresión postnatal la propuesta de intervención resulta ser similar a la propuesta para la psicosis, con psicoterapia, medicamentos y hospitalización.

En la psicosis postparto, sugieren el uso de la intervención farmacológica y hospitalización, ya que se considera un trastorno con síntomas más severos.

*En síntesis*, siendo estos tres trastornos tres cuadros psicopatológicos distintos es importante proceder a su identificación precoz para proporcionarles el seguimiento más apropiado.



## 1.2. La depresión postnatal

Teniendo en cuenta que nuestro trabajo se centra en el estudio de la depresión postnatal, en este apartado se desarrollarán diversos aspectos relacionados con ella a fin de recopilar la información pertinente para su caracterización.

Este apartado tiene como objetivo analizar los criterios diagnósticos adoptados por la comunidad científica y describir los resultados existentes sobre la prevalencia y su evolución. También se realiza una breve descripción de sus principales modelos explicativos para describir los factores de riesgo. Examinando sus principales consecuencias y, finalmente, presentar algunas de las intervenciones que se han llevado a cabo.

Beck (1996), describió la depresión postnatal como un peligroso ladrón que roba a la mujer el tiempo precioso que podría estar con su bebé y con el que soñó durante el embarazo. Sin embargo, ya Hipócrates describió un conjunto de síntomas específicos asociados con la enfermedad mental que resultaba del hecho de que la mujer tenía un bebé y que lo llamó "fiebre puerperal" (Eberhard-Gran, 2003).

Aunque no se puede decir claramente cual es la etiología de la depresión, se cree que es el resultado de la combinación de factores sociodemográficos, hormonales, psicológicos y genéticos. En el estudio de la depresión postnatal es importante identificar si ocurre con el nacimiento del bebé y si hay otros factores involucrados. Por lo tanto, los enfoques para analizar este problema deben considerar diferentes aspectos para comprender su etiología.

Las medidas de prevención, diagnóstico precoz y el tratamiento pueden aliviar meses de sufrimiento en las mujeres, y reducir al mínimo el daño al bebé y al sistema familiar (Beck, 2001), por lo que es fundamental la preocupación por este problema. Sin embargo, esto no es siempre posible porque la depresión postnatal sigue siendo difícil de diagnosticar. Sealy, Fraser, Simpson, Evans y Hartford (2009) en una muestra de 8.750 sujetos (hombres y mujeres) en Canadá, evaluaron el conocimiento acerca de la depresión

postnatal, sus síntomas y recursos de la comunidad para hacer frente a ella. Encontraron que 90.1% de las personas eran conscientes de la existencia de la depresión postnatal, en comparación con el 62.5% del conocimiento de la existencia de los *blues* postparto. Sin embargo, el conocimiento del término “depresión postnatal” no implica necesariamente el conocimiento de sus síntomas y de las fuentes de apoyo disponibles. Así, los autores concluyen que es necesario desarrollar programas de educación pública para las mujeres sintomáticas y sus familias para que puedan hacer uso de tratamiento y recurrir al apoyo social.

Esto refuerza la necesidad de desarrollar nuevos estudios con el fin de estudiar no sólo la depresión postnatal en sí, sino también el impacto que tiene en la población en general.

### **1.2.1 Criterios diagnósticos**

La depresión postnatal no difiere cualitativamente de la depresión en otros períodos de la vida. Sin embargo, en la práctica clínica se especifica para hacer el diagnóstico con precisión: con inicio en el periodo posparto.

Conscientes de que más de una clasificación puede existir para la determinación de los criterios de diagnóstico, se optó por utilizar el DSM-IV-TR (2002) que permite hacer comparaciones con otros estudios. En la DSM-IV-TR (2002) la depresión mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores que consisten en al menos dos semanas de estado de ánimo deprimido o pérdida de interés, acompañados por lo menos de cuatro síntomas adicionales de la depresión. Estos síntomas adicionales incluyen cambios en el apetito o peso, cambios en el sueño y actividad psicomotora, disminución de la energía, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultad para pensar, concentrarse o

tomar decisiones, o pensamientos recurrentes de muerte con planes de/o intento de suicidio.

Cuando pensamos en la confirmación del diagnóstico de la depresión postnatal y se consulta la DSM-IV-TR (2002), se encuentra especificado los episodios de depresión mayor "Con inicio en el periodo postparto", que sólo se aplica cuando el inicio se produce en las cuatro semanas siguientes al parto; y se supone que los síntomas no difieren de los síntomas de los episodios del estado de ánimo que no son postparto. Aunque en el DSM-IV-TR (2002) se defina que ocurre en las primeras cuatro semanas después del parto, se considera que este período es muy corto (Boyd, Pearson & Blehar, 2002).

Así queda mucho por descubrir de esta enfermedad. Sin embargo, existe la certeza que afecta a un gran porcentaje de madres en cualquier parte del mundo y no se ha documentado la existencia de diferencias raciales o étnicas (Yonkers et al., 2004).

Una dificultad importante en el estudio de la depresión postnatal es que el diagnóstico de este problema no es fácil debido a las dificultades que las madres tienen en asumir el problema y buscar un profesional para diagnosticarla. Brockington (2004b) sostiene que a pesar de que la tristeza postparto ha sido reconocida desde hace mucho tiempo, la aparición del concepto de la depresión postparto fue de gran ayuda no sólo en términos de la categorización del fenómeno, sino también porque permite reducir el estigma asociado con esta perturbación. De esta forma se observó que muchas madres, con diversos trastornos psiquiátricos después del parto, empezaron a reconocerlos y pedir ayuda debido a la información dada. Para Chaudron, Szilagyi, Kitzman, Wadkins y Conwell (2004), la depresión postnatal podría ser detectada por los pediatras, si ellos utilizaran instrumentos estandarizados para hacerlo (por ejemplo, el EPDS). Cabe señalar, que es a menudo el único médico con quien la madre tiene contacto en el primero año de la infancia de su hijo. Después de la detección de síntomas depresivos por este técnico, la madre podría ser enviada para el apoyo de especialistas, donde pudieran ser acompañadas.

Aunque sigue existiendo consenso de que los síntomas de la depresión postnatal son similares a los de la depresión en otros períodos de la vida, Kammerer et al. (2009)

señalan que hay una diferencia significativa en la sintomatología de la depresión durante el embarazo y la depresión postnatal en comparación con otros períodos de la vida: la pérdida de apetito es un síntoma que no se produce en el embarazo y el postparto. Así, la depresión postnatal no se define como una entidad separada de la depresión mayor, sino más bien, como no difiriendo cualitativamente de la depresión durante otros períodos de la vida, hecho que debe ser para Wisner, Moses-Kolko y Sit (2010) una cuestión sujeta a revisión en la DSM-V que está programada para Mayo de 2013.

### **1.2.2. Incidencia y prevalência**

Al hacer una revisión de la literatura para evaluar la incidencia y prevalencia de la depresión postnatal, se concluye que los enfoques que se han hecho para su estudio son diferentes. Areias et al. (1993) se refieren a las investigaciones agrupandolas en dos grandes tipos de enfoques, que difieren no sólo en términos de orígenes históricos, sino también en términos de metodología. Las primeras investigaciones, analizaron los registros de hospitalizaciones psiquiátricas lo que ahora se considera insuficiente, ya que sólo una minoría de situaciones lleva a la hospitalización psiquiátrica. En este momento, se estudian longitudinalmente grupos de mujeres desde el período de embarazo. En la actualidad se planifican y ejecutan estudios que siguen esta metodología con la ventaja de permitir un mayor seguimiento de la evolución de la depresión postnatal. Esta metodología ha sido adoptada en varios países, lo que nos permite concluir que los porcentajes de depresión postnatal pueden ser de entre 8% y 15%, que según los mismos autores indica la universalidad de este fenómeno y su ocurrencia independiente de las variables culturales.

Otros datos para el estudio de prevalencia son los de Cox, Murray y Chapman (1993) que en su estudio concluyen que la tasa de depresión postnatal es tres veces mayor en el primero mes después del nacimiento. En un estudio realizado por Areias (1994), en Portugal, con hombres y mujeres, los resultados indican que: en el período entre el

nacimiento y tres meses, en las mujeres ocurre un aumento de la depresión postnatal (24.50%); en los hombres, la depresión se manifiesta más tarde con un pico entre los cuatro y los doce meses después del nacimiento. Así, parece que las mujeres son más vulnerables a la depresión durante los primeros meses después del nacimiento.

Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Samuelsen y Opjordsmoen (2002) en su estudio utilizaron un grupo control de mujeres no embarazadas y concluyeron que la depresión postnatal no es mayor en las mujeres embarazadas. Sin embargo, aunque el porcentaje de prevalencia de la depresión postnatal podrá no ser mayor que la depresión en las mujeres que no estén embarazadas o después del parto, el porcentaje de ocurrencia de la depresión postnatal es muy importante y se produce un período cuyas consecuencias van más allá de la mujer. También según Brockington (2004a) la tasa de incidencia de la depresión en las madres es poco diferente de la tasa de incidencia de otras mujeres.

En la investigación sobre la depresión postnatal, una nueva e importante dimensión de su estudio es examinar su evolución durante un largo período de tiempo. Y en este sentido, Kalra y Einarson (2006) señalan que la prevalencia de la depresión en el primer trimestre del embarazo es 7.40%, aumentando en el segundo trimestre a 12.80%, manteniéndose prácticamente sin variación en un 12% en el tercer trimestre. En algunas pacientes, la depresión postnatal ya se habría iniciado en el embarazo y aumentado la gravedad en el período postparto.

Aunque los porcentajes obtenidos son diferentes según los autores considerados, nos muestran algo muy importante: la frecuencia es alta, por lo que justifica la inversión de estudios de este trastorno, por una parte, y por otra, para planear estrategias para prevenir y/o repararlo.

Cooper et al. (2007) señalan que hay por lo menos tres líneas de investigación para establecer una relación específica entre el parto y la depresión:

- 1) Epidemiológica: investigación para examinar si la depresión es más común en el período postparto;

- 2) Etiológica: que intenta identificar los factores específicos asociados con el nacimiento y síntomas depresivos;
- 3) Fenomenológica: preguntándose si hay diferencias clínicas importantes en la depresión en este período en particular.

Lo estudio de la incidencia sigue siendo una preocupación actual al nivel mundial, por lo que se refiere por ejemplo, un estudio reciente en China, en parejas primíparas (n=130) en que se observó que 13.8% de las madres estudiadas y el 10.8% de los padres, mostraron depresión entre las 6 y 8 semanas después del parto (Gao, Chan & Mao, 2009).

En una publicación reciente Kozinszky et al. (2011) observaron que la incidencia y prevalencia de depresión postnatal aumento de 15.0% en 1996 al 17.40% en 2006, lo que puede, en opinión de los autores, ser inherentes a los cambios socio-económicos en el país.

Sin embargo, un estudio reciente en Brasil, Lobato, Moraes, Dias y Reichenheim (2011) registraron una tasa de incidencia de 24.30% de la depresión postnatal en los primeros 5 meses después del parto, señalando que esta tasa no fue uniforme a lo largo de estos cinco meses evaluados, y que alcanzó su punto máximo a los 3 meses con en el valor de 37.50%.

Mann, Gilbody y Adamson (2010) llevaron a cabo una revisión bibliográfica de la información disponible sobre la incidencia y prevalencia de la depresión postnatal y la conclusión que señalaran fue que no se puede hacer una generalización de los datos existentes, lo que se convierte en una limitación importante para la planificación de los servicios de salud en este problema.

### 1.2.3. Evolución

Al estudio de la evolución de la depresión postnatal, se señala que este trastorno aunque relacionado con el postparto tiende a permanecer en lugar de ser transitorio. Beeghly et al. (2002) corroboraron esta hipótesis al afirmar que un nivel moderado de depresión materna se mantuvo relativamente estable durante los tres primeros años después del parto. Defienden una hipótesis probable para que esto ocurra: el mantenimiento de los factores de riesgo que se asocian con la depresión. También consideran que los niveles más altos de depresión se encuentran a los dos meses (también se evaluaron los tres, seis y doce meses), lo que sugiere que estos valores pueden reflejar el estrés y los problemas ocasionados en el proceso de adaptación a la maternidad. Por lo tanto, y porque se trata de una situación que afecta no sólo a corto sino también a medio y largo plazo se convierte en un problema de salud pública y por ello es necesario que se desarrollen políticas de prevención e intervención.

Según Dennis (2004b) las mujeres que tienen depresión postnatal tienen el doble de probabilidad de tener episodios futuros de depresión en los cinco años siguientes. Chaudron, Kitzman, Szilagyi, Sidora-Arcoelo y Anson (2005) siguieron a un grupo de 49 mujeres durante el primer año después del parto, señalando que algunas mujeres desarrollan síntomas de depresión sin que previamente hayan demostrado cualquier síntoma, lo que sugiere que deben existir en los servicios de salud visitas periódicas para evaluar la depresión postnatal en este período. El análisis de incidencia mostró que cerca de un cuarto de las mujeres manifiestan síntomas clínicos significativos después de los dos meses del parto.

*En resumen*, llegamos a la conclusión de que la depresión postnatal no desaparece espontáneamente, y que tiende a mostrar su efecto durante un período prolongado de tiempo.

#### 1.2.4. Modelos teóricos de la depresión postnatal

Los diversos modelos teóricos que han desarrollado teorías explicativas acerca de la depresión postnatal han abogado por diferentes etiologías. Se describen aquí brevemente, las principales hipótesis.

El *modelo clínico/médico*, sostiene que la depresión postnatal se produce debido a la predisposición anterior para deprimir (existencia de antecedentes psiquiátricos previos) y, como resultado de cambios hormonales. Presupone la existencia de defectos en la producción, o producción excesiva de ciertas sustancias químicas que controlan las emociones y estados de ánimo. Ya desde 1962 con los estudios de Robin se hace referencia a este modelo.

El *modelo de atribución* de la depresión, plantea la hipótesis de existencia de un estilo de atribución que predispone a algunas personas a la depresión. Este estilo de atribución se caracteriza por la tendencia a hacer atribuciones internas, estables y globales ante la ocurrencia de acontecimientos negativos. Para Cutrona (1983) el estilo de atribución en mujeres embarazadas ha demostrado ser un importante vaticinador de la depresión postnatal y de la recuperación de los síntomas.

La *teoría de estrés social*, conceptualiza el nacimiento del niño como un acontecimiento de estrés social agudo, que altera el patrón de vida de los padres y que requiere un rápido ajuste a nuevos comportamientos. El nivel de estrés es una función del grado de la diferencia necesaria entre el nuevo comportamiento y los anteriores. Esta teoría sostiene que la depresión postnatal es el resultado de factores externos, por lo que las madres adoptivas también experimentan depresión después de la llegada del niño (Atkinson & Rickel, 1984).

En el *modelo psicoanalítico*, la cuestión de las pérdidas y los conflictos tiene un fuerte énfasis en la explicación de la depresión postnatal. Según Nicolson (2001), la experiencia de ser madre es un momento que está asociado con sentimientos contradictorios y estos cuando son mal administrados pueden estar relacionados con la



aparición de la depresión postnatal. Por un lado se está feliz por el hecho de ser madre y tener un hijo, pero por el otro, hay el sentido de múltiples pérdidas: la pérdida de la autonomía y el tiempo, la apariencia, la feminidad y la sexualidad, así como identidad profesional. Para Blum (2007), la depresión postnatal resulta de la existencia de tres tipos de conflictos: conflictos de dependencia, conflictos de ira y conflictos con la madre de la madre (la abuela del bebé).

Las *teorías del apego*, argumentan que cuando los padres tienen un estilo de apego inseguro o ambivalente, desarrollan una percepción de la conducta del bebé como algo negativo lo que puede conducir a la depresión postnatal. Estos estilos de apego, no facilitan comportamientos de buena adaptación y se asocian a los diferentes estilos de apego establecidos con los bebés (Edhborgh, Lundh, Seimyr & Widström, 2003).

Las *teorías transaccionales* (Johnson & Baker, 2004), sugieren que la depresión postnatal se produce debido al aumento del estrés y el estrés es el resultado que cada uno hace entre las demandas del medio ambiente y los recursos personales. Las diferencias de respuesta en la magnitud del estrés y su impacto en la salud dependen de las estrategias de supervivencia de cada uno, lo que puede dar lugar a la existencia de la adaptación o no. Cuando las estrategias de supervivencia no son las más adecuadas se puede, por ejemplo, manifestar la depresión postnatal.

Dada la necesidad de integración, de factores explicativos que se encuentran tanto en el foro médico como en el psicológico, surge el *modelo biopsicosocial*. Donde se argumenta que la depresión se produce como resultado de la combinación de factores de riesgo de carácter social (por ejemplo, el aislamiento social), psicológico (por ejemplo, características de la personalidad) y biológicos (por ejemplo, los parámetros hormonales) como han señalado, por ejemplo, Ross, Sellers, Evans y Romach en 2004.

Para la *teoría cognitivo-conductual*, los resultados de la depresión en la madre resultan de los problemas desencadenados a través de las tareas maternas, tales como problemas para comer o dormir, o problemas en la interacción madre-hijo. Por lo tanto, las intervenciones en este modelo no tienen en cuenta a la depresión en sí misma sino los

comportamientos de la madre y los pensamientos irracionales que afectan al comportamiento (Ammerman et al., 2005). En la intervención se hacen sugerencias concretas a las madres para aprender cómo hacer frente a problemas específicos. Para ello, las madres también son alentadas a examinar sus patrones de pensamientos acerca de sí mismos y sobre los que tienen para con los bebés.

A su vez, en el *modelo de las ciencias sociales* se identifican factores sociales que se encuentran en algunas mujeres y cuya existencia puede provocar una reacción realista a ciertos factores estresantes (García-Esteve et al., 2008) como el apoyo social y el nivel socio-económico.

Así se puede concluir que no hay una forma única de analizar este problema, ni un modelo que sea universalmente aceptado para proporcionar un marco más claro de la comprensión de la depresión postnatal.

### **1.2.5. Factores de Riesgo**

Se han planteado muchas preguntas sobre la depresión postnatal. Una de ellas se relaciona con los factores determinantes asociados a su ocurrencia. Si se tiene en consideración las variables asociadas a su manifestación ya señaladas se llega a la conclusión de que pueden haber diferentes grupos de factores de riesgo como los: demográficos, biológicos, obstétricos/ginecológicos, psicosociales, antecedentes psiquiátricos y los antecedentes familiares.

En la tentativa de identificar y caracterizar factores asociados con la depresión postnatal que puedan ser considerados en la planificación de medidas preventivas y/o de reparación, a menudo se plantean estudios sobre ellos. Beck (2001) realizó un meta-análisis de 84 estudios publicados en los años 90, con el objetivo de analizar la magnitud de la relación de la depresión postnatal con factores de riesgo. Este meta-análisis mostró que

existen trece predictores de la depresión postnatal. De estos, diez presentaron una correlación moderada: la historia psiquiátrica prenatal, la autoestima, el estrés del cuidador del bebé, la ansiedad prenatal, estrés, apoyo social, la relación de pareja, la historia de depresión, el temperamento del niño y la aparición de blues en la madre; en tres predictores la correlación fue débil: estado civil, estatus socioeconómico y el embarazo no planificado/no deseado. Los predictores más fuertes de la depresión postnatal señalados fueron la depresión prenatal, la autoestima, el estrés de cuidar del bebé y la ansiedad prenatal. Todos estos factores pueden debilitar la madre y su desarrollo emocional, así como debilitar al bebé y a su padre, lo que caracteriza al contexto de depresión postnatal. En su meta-análisis, dicho autor, destacó además, la importancia del estado de ánimo de la madre durante las primeras dos semanas como predictor de la depresión postnatal.

Born et al. (2004) señalaron como graves los trastornos emocionales que se producen en el postparto. En un intento por desarrollar una síntesis para identificar posibles factores de riesgo para la ocurrencia de la depresión postnatal diferenciaron entre factores principales y factores adicionales (Tabla I.2). En este análisis, se señalaron los antecedentes psiquiátricos de la madre o de los miembros de la familia como un importante factor de riesgo, así como la planificación del embarazo y la existencia de la privación severa del sueño. Los factores adicionales se relacionaron con los problemas psicosociales. Estos han sido considerados como factores de riesgo en la depresión postnatal.

**Tabla I.2.** Factores de riesgo de los trastornos emocionales graves en el postparto (Born et al., 2004)

<b>Los factores de riesgo de los trastornos emocionales graves en el postparto</b>
<p><u>Factores primarios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• estado de ánimo depresivo y la ansiedad durante el embarazo</li> <li>• antecedentes psiquiátricos</li> <li>• historia psiquiátrica familiar</li> <li>• historia de síndrome premenstrual</li> <li>• historia de abuso sexual</li> <li>• embarazo no planificado</li> <li>• la privación del sueño severo al final del embarazo, el parto y en el postparto inmediato</li> </ul>
<p><u>Factores adicionales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pensamientos obsesivos y compulsivos</li> <li>• aislamiento social del compañero de apoyo</li> <li>• aumento de los acontecimientos estresantes durante el embarazo</li> <li>• complicaciones obstétricas</li> <li>• estrés neonatal</li> </ul>

Bernazzani et al. (2005) observó dos formas de identificar los factores de vulnerabilidad: uno referido al alto riesgo asociado con la vulnerabilidad del medio ambiente tales como la falta de apoyo social, medios socio-económicos desfavorecidos y los acontecimientos estresantes de la vida; y en segundo lugar resalta las vulnerabilidades psicológicas, como por ejemplo, la baja autoestima.

García-Esteve et al. (2008) identificaron como factores de riesgo de la depresión postnatal las características socio-demográficas, los problemas psicopatológicos y obstétricos asociados. También señalaron, el hecho de que las mujeres tienen un papel de cuidador familiar (tener que cuidar a un familiar enfermo), historial previo de síndrome premenstrual, historia previa de depresión, mala relación con su pareja y bajo apoyo social. Al llevar a cabo una regresión logística multivariante obtuvieron un modelo de cuatro factores de riesgo con la misma intensidad: historia previa de depresión, mala relación con su pareja, bajo apoyo social y el papel de cuidador en la familia. Las mujeres que tenían estos factores de riesgo mostraron una probabilidad cuatro veces superior de sufrir depresión postnatal que las mujeres sin estos factores.

Continuando en la línea de la identificación de factores de riesgo para la depresión durante el embarazo y el período postnatal, Leigh y Milgrom (2008) señalaron que los perfiles de riesgo para la depresión en el embarazo y puerperio son diferentes a pesar de que se relacionan entre sí. En el embarazo, la depresión se asocia con los siguientes predictores: baja autoestima, ansiedad durante el embarazo, bajo apoyo social, estilo cognitivo negativo, acontecimientos importantes de la vida, bajo nivel socioeconómico e historia de abuso. En el período postnatal, el factor de riesgo identificado fue la depresión anterior o durante el embarazo, observado también por Kim, Hur, Kim, Oh y Shin (2008), y Edwards, Galletly, Semmler-Booth y Dekker (2008).

Sin embargo, Oppo et al. (2009) consideran que además de los señalados existen otros factores de riesgo que, durante el embarazo o el puerperio, pueden conducir a la depresión postnatal. Concretamente, se han señalado los factores sociodemográficos, biológicos, psicosociales, de personalidad anterior, antecedentes psiquiátricos previos y características del bebé, que se presentan a continuación.

#### **1.2.5.1. Factores sociodemográficos**

Los factores sociodemográficos referidos como más influyentes, son el nivel económico y educativo y número de hijos.

Respecto al **nivel económico y educativo**, Patel, Rodrigues y DeSouza (2002), observaron que las dificultades económicas y las pobres relaciones maritales eran factores de riesgo para la aparición y la cronicidad de la depresión postnatal. También señalaron que las madres con depresión recurren con mayor frecuencia a los servicios de salud por razones que no son justificables para hacerlo. Este hecho, puede ocasionar sobrecarga en los servicios de salud y como consecuencia no obtener respuestas ajustadas porque no se

identifica la verdadera razón para su visita. También Dennis, Jansen y Singer (2004) mediante el estudio de una muestra de 498 mujeres, observaron en la primera semana después del parto una puntuación en el EPDS > 9 (síntomas depresivos). Esta puntuación se asoció con las variables socio-demográficas: capacidad de tratar el factor económico del hogar, acceso al transporte, nacimiento fuera de Canadá e inmigración en los últimos cinco años. Estos autores concluyeron que el hecho de haber llegado a Canadá en su condición de inmigrantes en los últimos cinco años, se asociaba a peores ingresos económicos lo que se asoció a los síntomas depresivos. Consideraron éste un factor innovador en el análisis de los factores psicosociales. Con este factor demográfico también se asoció indirectamente la existencia de redes de apoyo social más pequeñas.

Las mujeres que viven en familias con ingresos más bajos tienen más probabilidades que otras mujeres a estar expuestas a condiciones más estresantes de la vida como el ruido, las comunidades más violentas, y menor acceso a información sobre el embarazo lo que puede conducir a una mayor ansiedad (Yali & Lobel, 2002). Los cambios en los ingresos y la situación de pobreza se asocian con cambios en los síntomas depresivos de las mujeres en los tres primeros años después del parto: cuando aumenta el nivel económico con reducción de la pobreza, los síntomas depresivos tienden a ser menos intensos (Dearing, Taylor & McCartney, 2004).

Faisal-Cury, Tedesco, Kahhale, Menezes y Zugaib (2004) también observaron la influencia de las variables sociales sobre la depresión postnatal, refiriéndose al elevado número de hijos, bajo nivel educativo, el embarazo anterior y bajo nivel socio-económico. Para Grussu, Quatraro y Nasta (2005) las mujeres cuyo embarazo no fue planeado, mostraron más cambios de humor durante el embarazo y puerperio; y las primíparas de nivel socio-económico medio con embarazos no deseados, también mostraron ser un grupo de mayor riesgo en los cambios del estado de ánimo. También Curran, Hazen, Jacobvitz y Sasaki (2006) señalaron que las parejas con problemas matrimoniales antes de que nazca el bebé fueron las que expresaron mayores dificultades y una mayor insatisfacción con el bebé y con su rol parental. La prevalencia de la depresión postnatal es significativamente mayor en las mujeres con mayores dificultades económicas y con niveles

educativos más bajos (Matijasevich et al., 2009; Segre, O'Hara, Arndt & Stuart, 2007; Reck et al., 2008).

Matos, Piélago y Figueroa (2009) en el Perú también obtuvieron resultados que refuerzan la idea de que la falta de planificación del embarazo y el hecho de que la mujer no está casada se asoció con mayor prevalencia de depresión.

Respecto a lo **numero de hijos**, el hecho de que la mujer sea primípara incrementa los niveles de estrés y ansiedad, porque no tienen experiencia previa en el cuidado del bebé (Hung, 2004; Kumar & Robson, 1984). Las mujeres mayores tienen menores tasas de depresión después del parto, probablemente debido a su experiencia de vida mayor, la oportunidad que tuvieron para desarrollar estrategias de supervivencia más adaptables a diversas circunstancias de la vida y una mayor capacidad de activar los recursos de apoyo cuando los necesitaban (Hung, 2004).

En un estudio más reciente que tuvo como objetivo identificar los factores asociados con la depresión postnatal tardía en Japón, tras el seguimiento de 169 mujeres, se concluyó tal como en los estudios anteriores, que el hecho de que las mujeres sean primíparas y tengan poca cooperación del marido son asociadas con una mayor puntuación en lo EPDS (Satoh et al., 2009).

Con el estudio de la depresión postnatal en una comunidad rural (6.627 mujeres), en Irán, hasta los 12 meses después del parto, Kheirabadi et al. (2009) identificaron factores demográficos asociados con el riesgo de depresión postnatal similares a los encontrados en otras partes del mundo: bajo nivel de educación, el embarazo no planificado y el sexo del bebé que no sea el deseado.

Se supone así que sin tener en consideración el país de origen del estudio estos factores parecen relacionarse con la depresión postnatal. Por lo tanto, ser madre por primera vez, tener un menor nivel económico, ser emigrante, ser más joven y primípara son factores sociodemográficos asociados al inicio de la depresión postnatal.

### **1.2.5.2. Los factores biológicos**

Debido al hecho de que los estudios consultados no han puesto de manifiesto diferencias importantes en la manifestación de la depresión postnatal en diferentes culturas, se ha planteado si la existencia de determinantes biológicos podían incidir en su ocurrencia (Huang & Mathers, 2001).

El embarazo y el nacimiento de un niño es un período marcado por cambios, no sólo en el nivel psicológico, sino también en los sistemas fisiológicos y endocrinos que pueden interferir con el estado general de la mujer. En las mujeres, los períodos con mayor depresión ocurren en etapas en que se producen los grandes cambios hormonales, como el período premenstrual, después del parto y la peri menopausia, lo que conduce a la suposición de la existencia de factores hormonales involucrados en la manifestación de depresión en las mujeres (Studd & Panay, 2004).

En este campo se ha estudiado en particular la importancia de los estrógenos, la progesterona y cortisol debido a sus propiedades psicoactivas cuyas influencias se describen a continuación.

El embarazo es un proceso que involucra a numerosos cambios físicos y bioquímicos que pueden tener una relación en los cambios emocionales que ocurren durante este período. No hay pruebas de que existe una relación lineal entre los cambios hormonales y la depresión postnatal. Sin embargo, se cree que los cambios biológicos en el contexto de la vulnerabilidad genética, estrés ambiental o la falta de apoyo social pueden conducir a la depresión postnatal. Bloch et al. (2000), abogan que esta hipótesis se apoya en el hecho de que cuando el estado del parto es simulado por la administración de hormonas y posteriormente estas se retiran abruptamente, existe un mayor riesgo de depresión en mujeres con antecedentes de depresión postnatal que en las mujeres sin antecedentes de depresión. Estos autores trataron de evaluar el efecto de los factores endocrinos en la etiología de la depresión postnatal. Con este fin, simulaban cambios en los niveles de esteroides gonadales, induciendo el hipogonadismo en mujeres eutímicas con y sin



antecedentes de depresión postnatal (ocho mujeres en cada grupo). En paralelo a los cambios hormonales inducidos fueron evaluados por medidas psicométricas los síntomas de cambios de humor. De las ocho mujeres con antecedentes de depresión postnatal cinco (62.50%) mostraron cambios significativos en el estado de ánimo con síntomas de depresión mayor en el período de retirada hormonal y en el grupo control, no hubo ningún cambio. Los autores sugieren que las mujeres con una historia previa de depresión postnatal son más sensibles a los efectos de las fluctuaciones hormonales. Abogan que esta sensibilidad es una característica, ya que las mujeres con antecedentes de depresión estaban asintomáticas hace por lo menos un año y no tenían depresión cuando fueron incluidas en este estudio, y cuando volvieron a mostrar sensibilidad a los cambios hormonales. Por lo tanto, indicaron que la depresión postparto puede estar asociada a una deficiencia homeostática que puede afectar la regulación de los cambios neuronales o una amplificación o modificación de las señales intercelulares de los esteroides.

En las mujeres no embarazadas, los **estrógenos** son secretados en grandes cantidades por los ovarios, aunque en pequeñas cantidades también por la corteza suprarrenal. Pero durante el embarazo, la placenta también segrega grandes cantidades de estas hormonas. La producción diaria de estrógeno por la placenta aumenta cerca de 30 veces los niveles normales, sobre todo al final del embarazo. Desde el séptimo mes, la secreción de estrógeno sigue aumentando.

Abruptas caídas de concentración de estrógeno, las fluctuaciones y la escasez prolongada pueden inducir cambios en el humor, incluyendo la depresión en mujeres sensibles a los estrógenos. El estrógeno aumenta la velocidad de degradación de la mono amino-oxidasa y el transporte de la serotonina intraneuronal, contribuyendo así al aumento de la serotonina disponible en las sinapsis, promoviendo el aumento del humor. Los bajos niveles de estrógeno y por lo tanto de los neurotransmisores del cerebro pueden provocar la depresión. Esto puede ser revertido por los antidepresivos, que causan

aumento de los niveles de neurotransmisores en la sinapsis, y por los inhibidores de la mono amino-oxidasa (que evita el descenso de los neurotransmisores).

Las mujeres con antecedentes de depresión tienen un mayor riesgo de sufrir la desestabilización del estado de ánimo debido a los esteroides gonadales y por lo tanto también un mayor riesgo de depresión postnatal. Adler y Cox en 1983, llevaron a cabo un estudio retrospectivo de las mujeres que habían alimentado a sus hijos sólo a través del pecho (sin suplemento) y encontraron que al menos durante doce semanas habían fluctuaciones hormonales (por ejemplo, el estrógeno) debido a los altos y variables niveles de prolactina. Según los autores, estas mujeres tienen un mayor riesgo de depresión postnatal que las que alimentan al bebé con un suplemento (ya que tienen menores niveles de prolactina, lo que estimula la acción folicular "normalizadora" de los niveles de las hormonas endógenas).

Para O`Hara, Schlechte, Lewis y Varner (1991) el estradiol es un factor asociado con el diagnóstico de la depresión postnatal. A los treinta y seis semanas de embarazo y dos días después del parto, las mujeres que mostraron niveles más bajos de estradiol mostraron mayores niveles de depresión. Con respecto a la progesterona, prolactina y el cortisol no se encontraron diferencias en las mujeres con y sin depresión en el embarazo y en el postparto. Ahokas, Kaukoranta y Aïto (1999) y Ahokas y Aïto (1999, 2000) en el estudio de dos casos de mujeres con depresión postnatal refieren la existencia de bajos niveles de estradiol asociados con la existencia de síntomas psiquiátricos siendo que estas mujeres respondieron bien al tratamiento con estradiol.

Douma, Husband, O`Donnelly, Barwin y Woodend (2005) argumentan que el estrógeno en el hipotálamo influye en los niveles de neurotransmisores que regulan la temperatura y el sueño. Para estos autores, los estrógenos están relacionados con el estado de ánimo negativo y la depresión por lo que:

1. Los niveles de trastornos del estado de ánimo son más altos en la vida reproductiva de las mujeres que en los hombres (en el Oeste 2:1);

2. Los cambios de humor se producen en momentos de transiciones hormonales importantes (pubertad, premenstrual, postparto y la peri menopausia);
3. La estabilidad relativa del humor cuando los niveles de estrógeno son estables en la segunda y tercera semana del ciclo menstrual;
4. Los anticonceptivos orales trifásicos producen una mayor disforia que los anticonceptivos orales monofásicos (aunque todavía hay controversia acerca de esta relación);
5. La utilización del estrógeno para aliviar los cambios de ánimo, psicóticos y no psicóticos, parecen tener éxito clínico.

Sin embargo, Correa (2007), señaló que los estrógenos exógenos pueden apoyar el tratamiento farmacológico de la depresión, aunque no exista evidencia clara para recomendarlos para tratar la depresión postnatal.

Respecto a la **progesterona**, se considera que bloquea la producción de la mono amino-oxidasa (enzima responsable de la degradación de los neurotransmisores responsables de las sensaciones de bienestar, como la serotonina y noradrenalina), lo que significa que hay niveles más altos de serotonina en la sangre y por lo tanto, se producirá un mejor estado de ánimo.

La caída repentina en los niveles de progesterona después del parto también se ha relacionado con los cambios del estado de ánimo después del parto, aunque los datos son contradictorios. Ingram, Greenwood y Woolridge (2003) realizaron un estudio prospectivo de 54 mujeres que estaban amamentando, para estudiar la asociación entre los niveles de hormonas (estrógeno, progesterona, cortisol y tiroxina) y concluyeron que la prolactina prenatal y la progesterona postparto se asocian significativamente con la depresión postnatal a los seis meses después del parto. Sin embargo, argumentan que el estudio de la influencia hormonal no se puede hacer teniendo en cuenta los cambios en los niveles hormonales en el tiempo real pero sólo usando valores hormonales corregidos. Numan y Insel (2003) sugieren que la disminución de los niveles de progesterona promueve la

ansiedad, que a su vez puede desencadenar la depresión en los grupos de mujeres con susceptibilidad. Dichos autores observaron que las mujeres con niveles más bajos de progesterona inmediatamente después del parto mostraron niveles más altos de la depresión a los seis meses posteriores al parto.

Para Studd y Panay (2004) la depresión postnatal es un ejemplo de la depresión causada por las fluctuaciones de las hormonas sexuales, por lo que es también, potencialmente, tratable de forma efectiva con las hormonas. Durante el embarazo, los niveles de estrógeno y progesterona aumentan progresivamente, en parte como resultado de la producción placentaria de estas hormonas. Con la eliminación de la placenta al nacer, los niveles de estrógeno y progesterona caen abruptamente alcanzando niveles de antes del embarazo por el quinto día después del parto. Para Bennett, Einarson, Taddio, Koren y Einarson (2004) los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo ponen a las mujeres en una posición vulnerable. Parry (2004) considera que las hormonas reproductivas pueden tener un efecto directo o indirecto en los sistemas neurotransmisores, neuroendocrino o circadiano, sistemas estos que están implicados en los trastornos del estado de ánimo.

Ross et al. (2004) intentaron construir un modelo biopsicosocial para explicar la depresión postnatal y llegaron a la conclusión de que las variables biológicas (progesterona y cortisol) no ejercen un efecto directo sobre la depresión. Por el contrario, llegaron a la conclusión de que actúan de una manera indirecta al influir en la ansiedad manifestada.

Con respecto a los factores hormonales, también se ha estudiado la influencia del **cortisol** en la depresión postnatal. Y en este sentido Fleming, Steiner y Carter (1997) mostraron que las madres, primíparas, con altas concentraciones de cortisol, fueron más atraídas por el olor del cuerpo de su bebé y se mostraron más capaces de reconocerlo, lo que pone de relieve la importancia de los factores hormonales en la interacción madre-hijo.

Los niveles de cortisol y los niveles de beta-endorfina, aumentan durante el embarazo, alcanzando un máximo hacia el final del embarazo y bajando en el parto como dicen Hendrick, Altshuler y Suri (1998). Así, observaron que el hipercortisolismo que ocurre al final del embarazo produce supresión adrenal después del parto y que cuando este se mantiene, puede contribuir en los cambios del estado de ánimo depresivo después del parto.

Parry et al. (2003) indicaron que los niveles bajos de cortisol por la mañana se asociaban con la depresión postnatal. El cortisol es producido por la glándula suprarrenal, y niveles elevados de cortisol causan lesiones del hipocampo alterando sus funciones. Los pacientes con depresión tienen una hiperactividad del eje hipotalámico-hipófisis-adrenal (HPA), con hipersecreción de cortisol. La depresión se ha relacionado con la hiperactividad del eje HPA y puede afectar directamente el crecimiento fetal. La depresión materna no sólo activa el eje HPA sino también puede causar un aumento en la liberación de corticotropina (CRH) por la placenta, a través de la acción de las catecolaminas y cortisol. La CRH también puede influir en la duración del embarazo y en el momento del nacimiento lo que puede explicar por qué las mujeres con depresión tienen mayores tasas de parto prematuro. Para apoyar esta hipótesis del impacto del eje HPA en el embarazo se ha estudiado la relación entre los cambios de estado de ánimo y cambios en el cortisol plasmático, beta endorfina y CRH. Smith et al. (1990 en Bonari et al., 2004) estudiaron los niveles plasmáticos de estas hormonas en el embarazo, parto y postparto. Los cambios más significativos en el estado de ánimo se han producido en la semana 38 del embarazo cuando el aumento de los niveles hormonales son más altos, alcanzando su máximo antes del nacimiento. El cortisol, la beta endorfina y el CRH sufren un aumento significativo durante el embarazo y están muy correlacionados pudiendo asumir una función del eje HPA y de la CRH. En la depresión mayor existe una hipercortisolemia, que es en gran parte responsable por los síntomas cognitivos de la depresión, como por ejemplo los déficits de atención, concentración y de memoria (Saraiva, Fortunato & Gavina, 2005). Cuando hay hipercortisolemia hay menor cantidad de serotonina y también el número de receptores de serotonina es menor, por lo que la combinación de estos dos efectos conduce a la

disminución de los niveles cerebrales de serotonina, lo cual es típico de la depresión. Cambios en el ritmo circadiano y la calidad del sueño también pueden conducir a cambios en los niveles de cortisol. Las personas con menor calidad del sueño (por ejemplo, expuestas a un mayor ruido en la noche) tienen una disminución del cortisol matinal lo que se asocia con menor estado de ánimo y la fatiga por la mañana. También de acuerdo con Speroff y Fritz (2005), debido a lo hipercortisolismo en el último trimestre del embarazo, se sugiere que una supresión persistente de la secreción hipotalámica de CRH en el período postparto es una característica que se encuentra en las mujeres con depresión postnatal.

Con respecto, Kammerer, Taylor y Glover (2006) sugirieron que los síntomas de la depresión previa y la depresión posterior al parto pueden ser diferentes y estar relacionados con el funcionamiento del HPA. Estos autores utilizan la clasificación de la depresión en dos subtipos: melancólica y atípica, que según su estudio revelaron estar asociados con cambios de signo opuesto al HPA. La depresión prenatal puede ser más melancólica y se asocia con aumento de cortisol durante el embarazo, mientras que la depresión postnatal es atípica y se asocia con bajos niveles de cortisol.

En 2008, Evans, Myers y Monk, al examinar la relación entre los niveles de cortisol salivar en mujeres embarazadas con ansiedad y depresión, encontraron que el cortisol salivar era mayor en mujeres que tenían comorbilidad diagnóstica de ansiedad y depresión, que en el grupo control. También para Sanjuan et al. (2008), cuando hay menor transportador de serotonina la depresión es más alta, en un grupo de mujeres evaluadas a los 2-3 días después del parto y a las 8 y 32 semanas después del parto.

En un estudio realizado con 21 mujeres deprimidas y 30 no deprimidas a las 7.5 semanas después del parto, y 21 mujeres de un grupo control que no estaban embarazadas, a quien se obtuvo saliva a los 30 minutos después de despertar y 3 y 12 horas después de despertar, los datos sugieren la existencia de un patrón diferencial de la producción de cortisol en estos grupos de mujeres. Las mujeres que no estaban deprimidas durante el período postnatal mostraron un patrón de secreción de cortisol durante todo el día, similar a las mujeres que no estaban embarazadas. Al despertar, las mujeres con

depresión postnatal tenían niveles de cortisol significativamente mayores (Taylor, Glover, Marks & Kammerer, 2009).

En la misma línea de razonamiento, el estudio de Juruena et al. (2009), que tuvo como objetivo realizar un análisis fisiológico del funcionamiento del eje HPA en un grupo de pacientes con depresión y su relación con el tratamiento farmacológico para la depresión, mostró que las personas con depresión severa tienen una hiperactividad del eje HPA, lo que lleva a niveles más elevados de cortisol.

Sin embargo, no todos los estudios refuerzan la existencia de una relación entre cortisol y depresión. King et al. (2010) compararon la ansiedad y la depresión en un grupo de mujeres con problemas durante el embarazo con un grupo de mujeres sin ningún problema durante el embarazo, y su asociación con el cortisol salivar, no encontrando diferencias significativas en los niveles de cortisol entre los dos grupos, aunque el grupo con problemas durante el embarazo tenían niveles más altos de ansiedad y depresión.

Aunque el embarazo y el nacimiento de un niño sea marcado por grandes cambios fisiológicos y endócrinos que interfieren con el estado general de la mujer, aún no existe una relación claramente establecida. En un estudio pionero en este campo, Segman et al. (2010) señalaron que la influencia de los factores endocrinos puede estar influenciada por un gen. Los autores indicaron que las mujeres con depresión postnatal tienen una firma genética en las células mononucleares de la sangre. Esta firma genética está correlacionada con la severidad de los síntomas depresivos y puede predecir la evolución de la depresión postnatal a largo plazo.

Por lo tanto, con respecto a la influencia de factores biológicos todavía hay mucho que explorar para poder entender mejor su posible influencia en la manifestación de la depresión postnatal.

### 1.2.5.3. Los factores psicosociales

De los factores psicosociales, han sido particularmente estudiados el apoyo social, los acontecimientos vitales negativos y las relaciones conyugales (García-Esteve et al., 2008; Ho-Yen, Bondevik, Eberhard-Gran & Bjorvatn, 2007).

Respecto al **apoyo** social, en la literatura se pone de manifiesto la existencia de una relación entre el apoyo social bajo y mayores tasas de depresión postnatal (Baptista, Baptista & Torres, 2006; Da-Silva, Moraes-Santos, Carvalho, Martins & Teixeira, 1998; Kim & Buist, 2005; Wang, Chen & Lee, 2005; Mayes & Leckman, 2007; Webster et al., 2000).

Con respecto a la red de apoyo social se señala la importancia de los cambios que la familia ha sufrido en los últimos años. Se realza que las relaciones familiares contemporáneas con la familia son cada vez más pequeñas y/o inexistentes. Esto a menudo implica que el apoyo social puede disminuir, teniendo un menor número de personas para ayudar a cuidar a la madre y al bebé. Las mujeres con mayor apoyo social tuvieron bebés con un mayor índice de Apgar y las mujeres con las redes de apoyo social más amplio tuvieron bebés con mayor peso al nacer (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel & Scrimshaw, 1993). Madres con una red social más amplia en el periodo pre y postnatal parecen ser más sensibles en las interacciones con sus bebés. Goldstein, Diener y Mangelsdorf (1996) argumentan que esto podría deberse al hecho de que las madres sienten que sus necesidades están más satisfechas, y por lo tanto están más disponibles para el bebé.

Brites, Moreira y Baptista (2000) realizaron un estudio para identificar los posibles factores psicosociales relacionados con la depresión postnatal y observaron que el apoyo social y el optimismo son inversamente asociados con la depresión postnatal y que las discusiones matrimoniales se asocian positivamente con la depresión postnatal. Por lo que, las mujeres con menos apoyo social, menos optimismo y niveles más altos de discusión conyugal son más propensas a tener depresión postnatal. Sin embargo, Yali y Lobel (2002) en contra de sus expectativas iniciales, observaron que las mujeres que indicaron mayor



apoyo social y estaban más satisfechas con este apoyo son las mismas que señalaron mayor *distress* al inicio y durante el embarazo. Esto puede indicar que las mujeres con más angustia buscan y reciben más apoyo social. O, por el contrario, puede sugerir que el apoyo social puede ser recibido sin ser solicitado lo que se convierte en sentimientos de invasión desencadenantes de sentimientos de dependencia que pueden llevar a sentimientos negativos.

Lee, Yip, Leung y Chung (2004) comparten la opinión de que hay factores socioculturales asociados a un mayor riesgo de depresión. En el estudio realizado con 781 mujeres chinas, llegaron a la conclusión de que el riesgo de depresión después del parto es menor en las mujeres que se benefician de "*peiyue*" - ritual chino de apoyo de la familia en el postparto. Por otro lado, la existencia de conflictos con la madre, la insatisfacción conyugal y la depresión prenatal son también factores que de manera independiente predicen la ocurrencia de depresión postnatal.

Al analizar la importancia del apoyo social en el postparto Hung (2004) considera que puede estar relacionado con las nuevas exigencias del cuidado de los niños. Concluyó que, en términos de apoyo social, existe una relación directa en función del tiempo de duración del matrimonio. Las mujeres recientemente casadas tienen un mayor apoyo social que las casadas por más tiempo. Las mujeres casadas por más tiempo son vistas por la familia como más competentes en el papel de madre y, como tal, la familia proporciona menos ayuda a estas mujeres. También, la baja percepción de apoyo social global, la baja percepción de apoyo social específico, la percepción de poco control en el parto, sensación de poca preparación para ir al hospital y la insatisfacción con el método de alimentación del bebé, fueron factores asociados con síntomas depresivos (Dennis et al., 2004).

Dennis y Letourneau (2007), trataron de determinar si las mujeres embarazadas discriminaban entre la percepción global de apoyo social y la percepción de apoyo social percibido de las relaciones específicas (compañeros, la propia madre y otras mujeres con niños). En dicho estudio concluyeron que para las mujeres la distinción entre estos dos tipos de percepción es muy evidente y que las mujeres que tenían más síntomas depresivos

son las que tenían las más bajas percepciones sobre estas dos dimensiones de apoyo social. Estos resultados sugieren que la percepción de apoyo social no es sólo la suma de la ayuda disponible, por el contrario, las mujeres discriminaron el tipo de ayuda recibida. Reforzando la idea de la importancia de discriminar el tipo de apoyo social, Satoh et al. (2009) concluyeron que la cooperación de su marido en el período postparto se asociaba con una disminución en las puntuaciones del EPDS, tanto para las madres primerizas como para las madres multíparas.

Más allá del estudio de los factores psicosociales familiares que pueden suponer un riesgo para la depresión postnatal Dagher et al. (2009) estudiaron la relación entre el entorno psicosocial del trabajo y la depresión postnatal de la madre. Llegaron a la interesante conclusión de que la sintomatología depresiva en el postparto fue mayor cuando las mujeres tenían un empleo con más exigencias psicológicas, menos autonomía en las horas de trabajo y menor percepción de control sobre el trabajo y la familia. En nuestra opinión, este estudio resulta interesante para conciliar el análisis de los factores psicosociales en el trabajo y la familia.

Recientemente, para Silva et al. (2010), en un grupo de mujeres de Brasil, los antecedentes psiquiátricos, la falta de apoyo social y la ocurrencia de acontecimientos vitales estresantes también aumentaron la probabilidad de depresión durante el embarazo. También para Røsand, Slinning, Eberhard-Gran, Røysamb y Tambs (2011) la insatisfacción con la relación conyugal se revela como el más fuerte predictor de stress en el embarazo.

Los **acontecimientos vitales** son también un factor importante a considerar ya que muchas situaciones que pueden ocurrir alteraran las vidas de las madres y por lo tanto pueden interferir con su estado de ánimo siendo factores que favorecen la aparición de la depresión postnatal. Rubertsson, Wickberg, Gustavsson y Rådestad (2005), observaron que la existencia de dos o más acontecimientos estresantes en la vida está asociada con la detección de la depresión postnatal. Entre estos acontecimientos de la vida, señalaron el desempleo y la pérdida o la falta de apoyo social. Dichos autores señalaron que durante el

embarazo, acontecimientos psicosociales estresantes de la vida pueden ser considerados factores de riesgo. Estos factores tienen que alertar a los profesionales de la salud para prevenir episodios de depresión o la aparición de nuevos casos. Eberhard-Gran et al. (2002) realizaron un estudio para identificar los factores de riesgo en un grupo de mujeres en el postparto y en un grupo de referencia de mujeres sin hijos. En sus resultados, observaron que un mayor número de acontecimientos vitales negativos se asociaba en ambos grupos, con la depresión.

Alami, Kadri y Berrada, (2006) utilizaron el Paykel Life Events Inventory para evaluar los acontecimientos vitales y su relación con síntomas depresivos evaluados por lo EPDS. Se observó la existencia de una correlación significativa y positiva entre el número de acontecimientos vitales y los síntomas depresivos, reforzando la importancia de considerar las variables psicosociales en el estudio de la depresión postnatal.

Para Mistry, Stevens, Sareen y Vogli (2007) la falta de un apoyo funcional o emocional se asocia con menor salud mental de la madre y con el hecho de que la madre pasa mucho tiempo con el bebé. Las madres que demostraron la existencia de un factor estresante tenían tres veces menos salud mental que las que no tenían ninguno. Así como que, las madres con dos o más factores de estrés tenían doce veces menor salud mental que las que no presentaron ninguno. Khashan et al. (2009) incluso señalaron que la exposición de la madre a graves acontecimientos negativos de la vida antes del embarazo se asociaba con el nacimiento de bebés prematuros. En un estudio realizado en Australia, Brown, Yelland, Sutherland, Baghurst y Robinson (2011) indican que las mujeres en que se identifica la existencia de tres o más acontecimientos vitales negativos son más propensas a tener bebés de bajo peso al nacer.

Esto nos lleva a reflexionar sobre la importancia de este factor no sólo para la salud psicológica de la madre, sino también para la salud física del propio bebé.

Respecto a las **relaciones conyugales** se señala que el aumento de apoyo psicológico de las redes y el aumento del apoyo de su esposo/pareja se constituyen como

factores importantes en el apoyo social a las madres (Dessen & Braz, 2000). El estrés experimentado en la familia, dificultades matrimoniales y depresión de los padres son factores que se reflejan en el desarrollo del niño y en su propia capacidad para aprender a identificar y abordar las fuentes de estrés (Hammen, 2002).

Berle (2004) observó que existía un factor de riesgo en la sociedad actual que es cada vez más frecuente y que es que las madres tienen hijos sin un compañero presente en sus vidas, conduciendo esta situación al menor apoyo social percibido. Ser madre soltera es un factor de riesgo que puede aumentar la probabilidad de un mayor número de alteraciones en el periodo postnatal.

Reid, Power y Cheshire (2009) estudiaron las relaciones interpersonales y observaron que la falta de apoyo de su compañero, de la madre o de "otros" eran predictores significativos de la depresión prenatal. La insatisfacción con el apoyo emocional del compañero ha mostrado ser un predictor, mientras que ser soltero o casado no parece incidir en la depresión postparto. Sin embargo, en otros estudios sobre el apoyo del compañero muestran que las mujeres con compañeros también manifestaron falta de apoyo social. Así, por ejemplo, Bielinski-Blattmann, Lemola, Jaussi, Stadlmayr y Grob (2009), analizaron la percepción de apoyo emocional en relación con la pareja, concluyendo que las madres que están involucradas en una relación donde hay poco apoyo emocional recíproco están en riesgo significativamente superior de tener más síntomas depresivos. Dichos síntomas se vuelven más "estables" cuando se comparan con las madres que viven una relación donde hay un alto apoyo emocional mutuo.

Cambios relacionados con disminución del nivel de desarrollo económico, aplazamiento de la maternidad, menos hijos y cambios en la estabilidad de las relaciones, pueden ser importantes factores de estrés para las mujeres y factores de riesgo para la depresión postnatal. En su análisis sobre la base de regresión logística, Kozinszky et al. (2011) indican como factores predictores de la depresión postparto el hecho de vivir en una zona urbana, baja percepción de apoyo social proporcionado por su compañero, relaciones inestables, disminución de los ingresos y la intención de volver a trabajar con rapidez.

Todos estos factores son de naturaleza psicosocial lo que llevó a los autores a reflexionar sobre la necesidad de intervención y estudio de este problema, considerándolo como un fenómeno complejo en términos de desarrollo social, económico y psicológico.

En resumen, recibir apoyo emocional del compañero con satisfacción mutua es un factor protector para el ajuste psicológico de las madres en el período postparto.

#### **1.2.5.4. Personalidad previa**

En los estudios que se han desarrollado sobre la influencia de la personalidad en la manifestación de la depresión postnatal, se consideran las estrategias de afrontamiento y los rasgos de personalidad (en particular neuroticismo y optimismo). A continuación, se resumen algunos de estos estudios.

Respecto a las **estrategias de afrontamiento**, Huizink, Medina, Mulder, Visser y Buitelaar (2002) estudiando la relación de la depresión postnatal con las estrategias de afrontamiento de las mujeres, observaron que el nivel educativo superior y un locus de control interno están relacionados con el uso de estrategias de afrontamiento centradas en las emociones, así como correlacionadas negativamente con el *distress* durante el embarazo.

Milgrom y Beatrice (2003) realizaron un estudio para comparar el estilo habitual de procesamiento de la información y la respuesta al estrés en las mujeres en el período postnatal mediante el examen de los estilos cognitivos y de defensa. Los resultados fueron obtenidos en dos momentos importantes: a los tres y a los veinticuatro meses después del nacimiento. Los resultados indican que las madres deprimidas usan más defensas neuróticas a los tres meses del postparto que las madres sin depresión; el grupo deprimido

utiliza menos humor y menor control (es decir, la posibilidad de aplazar o prestar menos atención a un impulso o conflicto); las mujeres deprimidas también tenían mayores niveles de somatización. Algunas de estas diferencias persisten a los veinticuatro meses. Lo que, en opinión de los autores puede significar que pueden constituir factores de vulnerabilidad y predisposición a la depresión. Respecto a las actitudes y creencias, los resultados indicaron que las mujeres deprimidas eran consideradas menos racionales y con más pensamientos irracionales. Los resultados obtenidos indican diferencias estadísticamente significativas en las escalas de: auto-depreciación, niveles de necesidades de aprobación, demanda de justicia y necesidad de comodidad. En relación con el locus de control, las mujeres deprimidas son más propensas a creer que "los otros poderosos" tenían el control sobre sus vidas, lo que revela un locus de control externo. Los autores interpretan los resultados basados en el modelo de Beck, sugiriendo que las mujeres con depresión postnatal tienen estilos cognitivos que pueden ser considerados "depresógenos". También sugieren que el estilo de defensa inmaduro está negativamente correlacionado con la sensación subjetiva de felicidad y se asocia con una mayor pasividad, pesimismo y el cuestionamiento de sí mismo. Estos resultados indican vulnerabilidad para hacer frente a las demandas del cuidado del bebé, al no poder manejar sus propios impulsos, teniendo más dificultades en su relación con el bebé. También Faisal-Curry et al. (2004) al estudiar la influencia de los estilos de afrontamiento observaron que las mujeres que utilizan más estrategias de distanciamiento, evitación, autocontrol y confrontación son más propensas a deprimirse.

En la misma secuencia de estudio del estilo cognitivo y su relación con una mayor probabilidad de depresión, Safford, Alloy, Abramson y Crossfield (2007), observaron que los individuos con un estilo cognitivo negativo generan acontecimientos de vida más negativos que las personas con estilo cognitivo positivo, sobre todo en las mujeres. Por lo tanto, ponen de manifiesto la importancia de evaluar los tipos de procesamiento cognitivo en la prevención o el tratamiento como una forma de reducir eficazmente la depresión y la probabilidad de experimentar acontecimientos negativos de la vida como factores desencadenantes de la depresión. La tendencia a internalizar los acontecimientos negativos se relacionó con el hecho de que había un episodio previo de depresión, lo que sugiere un

*efecto de cicatriz*, en las personas con depresión si las comparamos con las que no tenían depresión (Ball, McGuffin & Farmer, 2008).

Respecto a los **rasgos de personalidad**, Dudley, Roy, Kelk y Bernard (2001) y Saisto, Salmela-Aro, Nurmi y Halmesmäki (2001) en ambos estudios de seguimiento de la depresión postnatal llegaron a la conclusión de que los factores predictores se situaban en los rasgos de personalidad, en particular la ansiedad, la vulnerabilidad y el neuroticismo. Hipwell, Reynolds y Crick (2004) indicaron que el neuroticismo predice la gravedad de la sintomatología depresiva a las 8 semanas después del parto. Señalaron que los rasgos neuróticos en las madres pueden causar una excesiva preocupación hacia los acontecimientos adversos y asociarse a una reacción exagerada a los acontecimientos diarios. Dennis y Boyce (2004) observaron (utilizando el Cuestionario de Vulnerabilidad de Personalidad-VPSQ) que las madres ansiosas, con falta de asertividad, con pobres estrategias de afrontamiento y con rasgos obsesivos eran más propensas a desarrollar síntomas depresivos en el puerperio, lo que muestra una relación positiva entre la personalidad y la depresión postnatal.

Para Evans, Herron, Lewis, Araya y Wolke (2005) que evaluaron 12.003 mujeres a las 32 semanas de embarazo y a las 8 semanas postparto y a los 8, 21 y 33 meses postparto, observaron que los síntomas depresivos y sistemas de autoevaluación negativa, en sí mismo, eran factores de riesgo para la ocurrencia de depresión postnatal.

Fresco, Alloy y Reilly-Harrington (2006) al estudiar la asociación entre el estilo de atribución negativo y los acontecimientos de vida en un grupo de 239 estudiantes, observaron que los acontecimientos negativos eran causados por la valoración interna. Los acontecimientos positivos sin embargo eran valorados por fuerzas externas, inestables y específicas. Se observó que cuando se enfrentaban a los acontecimientos vitales negativos manifestaban más depresión y mayor comorbilidad asociada a la ansiedad. Los que presentaron ansiedad y depresión presentaron un estilo de atribución más depresivo que los que no tenían.

Para Josefsson, Larson, Sydsjö y Nylander (2007) no hay duda de que las mujeres con y sin depresión postnatal difieren en su personalidad. En cuanto al temperamento, señalaron que las mujeres con depresión postnatal tienen más preocupaciones, más miedo de la incertidumbre, más timidez, aumento de la fatiga y debilidad, son menos responsables, tienen menos objetivos, menos recursos, menor aceptación de sí mismas y menos control de los impulsos. Con respecto a las mujeres con depresión postnatal, señalaron que son menos capaces de cooperar, menos tolerantes, menos empáticas, más auto-trascendentes y tienen un gran nivel de aceptación espiritual. Por lo tanto, la personalidad puede ser vista como un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de la depresión y en especial en un momento de estrés como el nacimiento de un hijo.

A su vez, Saisto, Salmela-Aro, Nurmi y Halmesmäki (2008) argumentaron que el neuroticismo como rasgo de personalidad se asocia con la depresión postnatal. Mientras, la depresión postnatal en el padre se asocia con la personalidad de su mujer y con la relación matrimonial, existiendo una correlación moderada entre las características de personalidad de la pareja y la depresión postnatal. Por lo tanto, concluyen que, existen diferencias significativas entre las madres deprimidas y no deprimidas en el postparto relacionadas con neuroticismo, introversión, estilo defensivo en la resolución de problemas, la sobreprotección de su madre, baja satisfacción marital y menor salud física. Más recientemente Bussel, Spitz y Demyttenaere (2009), confirmaron que en las mujeres el neuroticismo es un rasgo de personalidad que se asocia positivamente con la depresión y la ansiedad durante el embarazo y el postparto.

En un estudio con mujeres embarazadas con alto riesgo de depresión, que estudiaba la relación entre la actividad social y la “rumiación” como rasgo de personalidad, se observó que en las mujeres con “rumiación” y pobre funcionamiento social presentaron un aumento de depresión (O`Mahen, Flynn & Nolen-Hoeksema, 2010).

También Gelabert et al. (2011) para examinar la relación entre los rasgos de personalidad (evaluados por el VPSQ, Eysenck Personality Questionnaire-R Short Scale) y depresión, llegaron a la conclusión que las mujeres con valores más altos en VPSQ



presentan un mayor riesgo de síntomas depresivos (evaluados por el EPDS) y revelan más depresión mayor (que fue evaluada por entrevista psiquiátrica realizada por un psicólogo clínico). Se destaca que entre los rasgos de personalidad asociados con un factor de mayor riesgo de depresión postnatal se encontraba el neuroticismo.

Una de las preocupaciones de la **psicología positiva** ha sido examinar cómo algunas emociones positivas pueden ser variables que moderan la aparición de estrés negativo. También en el proceso de adaptación al embarazo y puerperio, se ha puesto de manifiesto la importancia del optimismo como variable de protección. Por lo tanto, el optimismo ha sido evaluado como un constructo independiente que desempeña un papel importante en el ajuste del comportamiento durante el embarazo (Grote & Bledsoe, 2007; Park, Moore, Turner & Adler, 1997).

En 1997, Fontaine y Jones llevaron a cabo un estudio que evaluó la influencia de la autoestima y el optimismo (medido por el LOT) en la depresión postnatal. Sus resultados mostraron que la autoestima y el optimismo se asociaban negativamente con la depresión postnatal. Sin embargo, sólo la autoestima ha demostrado tener un valor predictivo de la depresión postnatal, al conferir resistencia al desarrollo de la depresión postnatal.

En la misma línea, Park et al. (1997) realizaron un estudio para evaluar el impacto del pensamiento constructivo y el optimismo sobre el estrés y ajuste psicológico y de comportamiento al principio y al final del embarazo, con una muestra de 221 mujeres. Los resultados del LOT-R indicaron que el optimismo se asoció con menor ansiedad y menor uso de drogas en el embarazo tardío. Sin embargo, Brites et al. (2000) en la evaluación del optimismo y pesimismo con el ELOT (Extended Life Orientación Test), observaron que las mujeres no deprimidas eran más optimistas y menos pesimistas en relación a las mujeres deprimidas. El optimismo confiere resistencia en el desarrollo de síntomas depresivos, asociándose a mecanismos de afrontamiento de confrontación y a la búsqueda de apoyo social. A su vez, el pesimismo se asoció con la aparición de la depresión postnatal.

Para profundizar el estudio sobre la importancia del optimismo, Lobel, Vicente, Kaminer y Meyer (2000) realizaron un estudio de 129 madres con riesgo de embarazo y observaron que las madres menos optimistas tenían bebés con peso significativamente menor que las madres más optimistas. En 2002, Lobel, Yali, Zhu, Vicente y Meyer volvieron a estudiar la relación entre el optimismo y el riesgo de embarazo, confirmando los resultados anteriores. Así, las mujeres optimistas evalúan el embarazo como más controlable, mostrando menos estrés y utilizando menos estrategias de evitación. También según el estudio de Carver y Scheier (2001) el optimismo predice niveles más bajos de síntomas depresivos después del nacimiento de un bebé. Las mujeres con mayores niveles de optimismo presentan menos síntomas depresivos y por lo tanto parece que el optimismo confiere resistencia al desarrollo de síntomas de depresión después del nacimiento. Las mujeres optimistas tienen más probabilidades que las pesimistas para desarrollar pensamientos constructivos y una manera más eficaz de resolver los problemas del día a día. Lo mismo concluyeron Yali y Lobel (2002) con el LOT-R para evaluar el optimismo disposicional en una muestra de 163 mujeres embarazadas llegando a la conclusión que el optimismo estaba asociado con niveles más bajos de *distress*. También se encontraron asociaciones con el uso de estrategias positivas y la no utilización de estrategias de evitación. Por lo que, el optimismo ha demostrado ser un elemento importante en la capacidad para hacer frente a los cambios inherentes a este evento de la vida.

El optimismo puede ser considerado como el protector a la adaptación a los cambios que ocurren en el cumplimiento de la función de ser madre/padre. Asumir la paternidad como una transición de la vida con el bienestar de la madre y de la familia parece estar asociada con el optimismo. Como señalan Harwood, McLean y Durkin (2007) que estudiaron a 71 mujeres primíparas, observaron que la mejor adaptación se ha producido en las mujeres optimistas. Sin embargo, también encontraron que cuando el optimismo es muy alto y no se prevé el establecimiento de cualquier dificultad, puede no ser bueno. En estos casos, no sólo los síntomas depresivos se muestran más pronunciados, pero también se asocian a una menor capacidad de adaptación social. Estos resultados

tienen sentido si se considera que el optimismo no era realista y que esas madres no fueron capaces de anticiparse a cualquier dificultad. Por lo tanto, cuando se enfrentaban a obstáculos se sentían frustradas porque nunca habían imaginado que esto podría suceder. También en esta línea de razonamiento, Churchill y Davis (2010) desarrollaron dos estudios para evaluar no sólo la relación entre el optimismo y la depresión postnatal, sino también con la orientación realista (en que se tienen pensamientos positivos y negativos) para relacionarlo con la adaptación a la maternidad. El primer estudio evaluó el optimismo utilizando el LOT-R y su relación con la orientación a la maternidad. Se observó, como esperaban, que el optimismo se relaciona negativamente con síntomas depresivos y con el neuroticismo. Tratando de profundizar un poco más en el papel del optimismo, desarrollaron un segundo estudio para identificar cómo una orientación realista puede ejercer su efecto. Los resultados mostraron que las madres con un mejor ajuste fueron las que demostraron ser capaces de anticipar las consecuencias negativas sin ser necesariamente pesimistas. Es decir, madres que esperaban lo mejor, pero que se preparaban para lo peor. Concluyeron que el optimismo es importante en la protección de los síntomas depresivos, si son asociados a una orientación realista.

Al analizar la relación entre las emociones positivas y la depresión postnatal natal Moraitou, Galanakis, Stalikas y Garivaldis (2011) concluyeron que en general las mujeres tienden a exhibir emociones positivas más intensas después del nacimiento del niño cuando se comparan con su propio nivel durante el embarazo, mostrando un aumento de las emociones "alegría", "orgullo" y "interés". También las mujeres que han experimentado emociones positivas durante el embarazo y postparto, experimentaron niveles más bajos de depresión postnatal. Así, los autores concluyen que existe una relación negativa entre la intensidad de las emociones positivas y los síntomas depresivos en el puerperio.

*En resumen*, y de acuerdo con Uguz, Akman, Sahingoz, Kaya & Kucur (2009), se puede decir que ciertas características y trastornos de la personalidad son factores asociados al aumento de la prevalencia y severidad de la depresión postnatal.

### **1.2.5.5. Antecedentes psiquiátricos previos**

Algunos investigadores han intentado determinar la existencia de una relación entre la depresión postnatal e historia psiquiátrica previa, por lo que en la literatura, uno de los factores que ha sido identificado por varios autores como el más predictivo de la depresión postnatal es la existencia de una historia previa de depresión (por ejemplo: Ansara, Cohen, Gallop, Kung & Schei, 2005; Bloch, Rotenberg, Koren & Klein, 2005; Boyce & Hickey, 2005; Dennis & Ross, 2006; Downs, DiNallo & Kirner, 2008; Garfield, Kent, Paykel, Creighton & Jacobson, 2004; Gotlib, Whiffen, Wallace & Mount, 1991; Josefsson, 2003; Larsson, Sydsjö & Josefsson, 2004; Mayes & Leckman, 2007; McCoy, Beal, Shipman, Payton & Watson, 2006; Murray et al., 2003; Rowlands & Lee, 2010; Tiffany, 2002).

Desde 1982 que O'Hara, Rehm y Campbell consideran que el mejor predictor de la depresión postnatal, es la existencia de la depresión durante el embarazo. Estudios más recientes indicaron que no sólo hay que considerar la depresión anterior de la madre, sino también la depresión anterior del padre (Radke-Yarrow & Klimes-Dougan, 2002).

Beeghly et al. (2002) realizaron un estudio con mujeres de clase media, madres por primera vez, para evaluar los niveles de síntomas depresivos durante el primer año del postparto. Se observó, que las madres con depresión crónica manifestaban niveles más altos de depresión que las madres sin diagnóstico anterior de depresión. También indicaron que en las mujeres sin antecedentes psiquiátricos previos la depresión postnatal se asociaba con dificultades en la adaptación de la madre y del niño, mientras que en las mujeres con antecedentes de depresión antes del embarazo la depresión postnatal no se debía a problemas de adaptación a la maternidad. A su vez, Cohen et al. (2002) realizaron un estudio con 200 mujeres observando una relación entre la historia anterior de violencia de la madre y la depresión postnatal, lo que implica que el hecho de estar en una situación de víctima de abuso pone a las personas en riesgo de depresión y por lo tanto también corren mayor riesgo de depresión postnatal.

La influencia de la historia psiquiátrica previa está empezando a ser efectivamente reconocida y, según Oates (2005) en el Reino Unido, existe una recomendación hecha por el *Confidential Enquires into Maternal Deaths* (CEMD), en el sentido de que todas las mujeres embarazadas deben ser evaluadas sistemáticamente acerca de sus antecedentes psiquiátricos. Las que son identificadas con una historia psiquiátrica (de cualquier tipo de trastorno psiquiátrico) durante el embarazo deben ser acompañadas por un psiquiatra, que antes del parto deberá desarrollar un plan de intervención implicando los servicios de maternidad, las mujeres y su familia. Esto porque se supone un impacto en la depresión durante el embarazo y un impacto del embarazo en la depresión (Godfrey, 2005).

Para profundizar el estudio del impact de la historia previa de depresión postnatal, Kim et al. (2008) realizaron un estudio con el fin de tener en cuenta la historia psiquiátrica previa y además explorar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los factores socio-demográficos y psicológicos en el diagnóstico de la depresión postnatal. Los resultados indicaron que la depresión previa era un factor psicológico predictor de la depresión postnatal. No se observaron efectos adicionales de las variables socio demográficas, obstétricas y otras medidas psicológicas.

Tratando de entender los factores que interfieren con la depresión postnatal, Bilszta et al. (2008) examinaron lo posible efecto de las relaciones matrimoniales pobres y lo posible efecto de ser madre soltera, observando que estas dos variables no han demostrado ser factor de riesgo en la obtención de valores más altos en lo EPDS. Las dos variables que han demostrado ser factor de riesgo fueron la historia previa de depresión y la existencia actual de problemas emocionales, aunque las madres solteras tenían salud mental inferior que las mujeres casadas. Por lo tanto, concluyen que las madres solteras tenían una mayor incidencia de síntomas depresivos en el período prenatal que las que tenían un compañero. Estos resultados no están relacionados con su estado civil en sí mismo. Una historia psiquiátrica previa y la aparición de problemas emocionales resultan ser factores de riesgo para la manifestación de puntuaciones más altas en el EPDS, siendo

la historia psiquiátrica previa el factor de riesgo de mayor valor predictivo ( $p < 0.001$ ) comparado con los problemas emocionales ( $p < 0.02$ ).

En uno estudio llevado a cabo con población afro-americana, con nivel económico bajo Luke et al. (2009), llegaron a la conclusión de que la depresión mayor antes del embarazo es un factor de riesgo para la prevalencia de la depresión postnatal. Así como, las madres con historia previa de depresión mayor y cuya edad es superior a 30 años, tienen cinco veces más posibilidades de deprimirse que las madres adolescentes. Esto es especialmente importante teniendo en cuenta el hecho de que en la actualidad la tendencia a retrasar la maternidad ha ido en aumento. En apoyo a los resultados de estudios previos, Bussel et al. (2009) reforzaron que los síntomas de depresión antes del embarazo es uno de los predictores más fuertes de los síntomas depresivos en el embarazo. La vulnerabilidad personal que lleva a la existencia de síntomas depresivos también fue encontrada por Howell, Mora, DiBoaventura y Leventhal (2009) y Romero-Gutiérrez, Rosa, Regalado-Cedillo y León (2010), como estando asociada a la estabilidad de los síntomas depresivos. Por lo que, es un factor de riesgo que está asociado a los cambios emocionales durante el embarazo y en el puerperio, y que debe ser identificada en el control prenatal con el fin de proporcionar apoyo preventivo a estas mujeres.

La historia previa de depresión ha sido documentada como factor de riesgo en la depresión postnatal no sólo en las comunidades más desarrolladas, sino también en pequeñas comunidades, como por ejemplo en las comunidades aborígenes de Canadá, donde una historia de depresión previa se asoció con la depresión postnatal (Bowen, Stewart, Baetz & Muhajarine, 2009), lo que hace suponer que se trata de un factor de riesgo transcultural.

La depresión previa también se asocia con menos probabilidad de las madres de amamantar a su bebé y mayor probabilidad de planificar la alimentación con biberón (Fairlie, Gillman & Rich-Edwards, 2009). Dennis y McQueen (2009) llevaron a cabo una revisión de la literatura desde 1966 hasta 2007 en Medline, CINAHL y Embasing para examinar las consecuencias negativas que resultan de la depresión postnatal para la

alimentación del lactante y concluyeron que los estudios apuntan a la tendencia de las madres con síntomas depresivos a disminuir el período de lactancia materna, sentir más dificultades en la lactancia y ser menos eficaces cuando lo hacen.

Así, a modo de resumen de este apartado, Matthey (2009) señaló que las mujeres con períodos más largos de dificultades de adaptación al postparto fueron aquellas que tenían una historia previa de trastornos del estado de ánimo y las que habían buscado ayuda profesional para manejar las dificultades emocionales, y sienten los acontecimientos de su vida como más estresante.

Lo mismo se ve reforzado por Sidor, Kunz, Schweyer, Eickhorst y Cierpa (2011) que defienden que la depresión crónica y grave tiene impacto sobre la interacción madre-hijo. No es así cuando la depresión postnatal es leve. En este último caso, la madre puede incluso seguir sintiendo satisfacción en el cuidado del bebé.

De acuerdo con Escribá-Agüir y Artazcoz (2011) en un estudio longitudinal diseñado para evaluar la depresión en el embarazo y en el puerperio fue posible verificar que la baja satisfacción con la relación matrimonial, la depresión de la pareja y depresión en embarazo aumentan el riesgo de depresión postnatal tanto para el padre como para la madre del bebé.

También el nivel de estrés de la madre durante el embarazo, la disponibilidad de apoyo social después del embarazo y la historia previa de depresión son características que se asocian significativamente con la depresión postnatal.

En el análisis de la historia previa de depresión, se puede considerar no sólo la historia previa de depresión de la mujer que tenía el bebé, así como la historia previa de depresión anterior de su madre. Por lo tanto, en una hipótesis de transmisión intergeneracional de la depresión postnatal, Séjourne, Alba, Onorru, Goutaudier y Chabrol (2011) evaluaron 65 parejas madre-hija, llegando a la conclusión de que las mujeres cuyas madres también sufrieron de depresión después del parto tuvieron valores significativamente más altos en el EPDS. Llegan a la conclusión de que la historia previa de depresión de la actual madre y la historia de depresión postnatal de su madre, son dos predictores muy significativos en la depresión postnatal. Destacando así la importancia de

la evaluación con base en el modelo biopsicosocial para permitir el análisis de la participación de diferentes factores y su interacción.

#### **1.2.5.6. Características del bebé**

Respecto a los estudios de la depresión postnatal, no sólo los factores relacionados con la madre y/o el medio ambiente psicosocial han sido considerados relevantes, ya que como se refiere a continuación, algunos estudios han analizado la influencia de variables inherentes al bebé. Se estudian la influencia del llanto del bebé, del sexo del bebé, su comportamiento y sus fases de sueño.

El **llanto** del bebé es una de las características que está relacionada a una mayor depresión en las madres. Las madres que tienen bebés que lloran con más frecuencia son más propensas a abandonar la lactancia materna (Karaçam, 2007). Howell et al. (2009) concluyeron que los factores tales como los síntomas físicos y los cólicos de los niños, que están asociados a comportamientos menos deseables, están asociados con síntomas depresivos en el puerperio.

Respecto al **sexo del bebé**, Weinberg et al. (2001) observaron que el funcionamiento adaptativo de la madre era menor cuando sus bebés eran varones mostrando una menor autoestima y mayor dificultad para adaptarse a la maternidad que las madres de niñas. Dichos autores señalaron que los niños tienen más dificultad para regular su estado emocional que las niñas, lo que implica que la dualidad madre-niño deberá esforzarse más para mantener su relación de amor más organizada que la dualidad madre-niña. Beeghly et al. (2002) corroboraron los resultados estos resultados al concluir



que el sexo del bebé puede interferir en el proceso de adaptación: cuando los bebés son varones las madres deprimidas presentan peor adaptación psicosocial.

Como ya ha sido mencionado, Kheirabadi et al. (2009) identificaron el factor "sexo del bebé y que no sea el deseado" como un factor asociado al riesgo de depresión postnatal. Sin embargo, esto no ha ocurrido en el estudio de Sidor et al. (2011) en el que no hubo interacción entre el sexo del bebé y los síntomas depresivos de la mujer bien como en la sensibilidad materna.

Respecto al **comportamiento del bebé**, Dudley et al. (2001) concluyeron que la percepción negativa de la madre hacia el temperamento del hijo es un factor significativamente asociado con la depresión postnatal, y sugiere que puede ser un importante foco para la intervención.

Pensamos, que en un programa de ayuda debería ser considerado el comportamiento del bebé, con la deconstrucción de la imagen un poco "rosa" que las madres tienen. Con el fin de prepararlas para lidiar con el llanto, no dormir ... sin que signifique que hay un problema en su bebé. Recordar esta dimensión menos positiva y que sucede en todos los bebés, aunque con diferentes grados, sin que ello implique la ausencia de un lado positivo, sonriendo, mirándolo con cariño, podrá permitir a las madres construir una imagen mental más realista, que permite hacer frente a la adversidad, sin la sensación de que sólo ocurre con su bebé.

Al estudiar las **fases del sueño**, Cutrona y Troutman (1986) y Hiscock y Wake (2001), correlacionan los problemas de fases de sueño del bebé con la depresión postnatal, asociando tasas más altas de depresión postnatal cuando: el sueño del bebé es caracterizado como conducta problemática, está asociado a situaciones que los niños duermen en la cama con los padres, que necesitan la compañía de un adulto para conciliar el sueño, los que se despiertan varias veces y por largos períodos durante la noche y niños

que no hacen la siesta. La depresión postnatal de las madres de niños con problemas de sueño es el resultado de la falta de descanso. Por lo tanto, la depresión postnatal sería un resultado en lugar de una consecuencia de las perturbaciones del sueño en niños (Lam, Hiscock & Wake, 2003).

Por lo tanto, «Relativamente à etiologia desta perturbação, diferentes factores parecem convergir: factores bioquímicos, uma vez que os níveis de progesterona e estrogéneo decrescem bastante no pós-parto, verificando-se uma ausência de sincronia hormonal (...); factores sociais, como acontecimentos de vida adversos (particularmente financeiros, dificuldades de relacionamento com a família, disfunções matrimoniais ou suporte social inadequado) (...) factores psicológicos, nomeadamente história psiquiátrica prévia, dificuldades experienciadas durante a gravidez (...) » (Brites et al., 2000, p.207-208).

### **1.2.6. Principales consecuencias de la depresión postnatal**

Como se decía en los apartados anteriores, la depresión postnatal es un fenómeno multidimensional que no sólo es extremadamente complejo y puede tener muchas causas ya descritas. Pero también tiene muchas consecuencias. Debemos pensar acerca de ellas con el fin de entender un poco mejor su gravedad.

La depresión postnatal es un trastorno psicopatológico, con efectos importantes sobre los diversos actores sociales, y sin embargo estos son a menudo pasados por alto. Es un trastorno cuyas consecuencias son mucho más allá de la mujer, ya que se refleja también en la calidad de la interacción que se establece con el bebé, que se refleja en su desarrollo cognitivo y social (Hay, Pawlby, Angold, Harold & Sharp, 2003; Sharp et al., 1995), con el cónyuge o pareja, y en términos sociales (Areias, Kumar, Barros & Figueiredo, 1996a; Ballard, Davis, Cullen, Mohan & Dean, 1994; Lovestone & Kumar, 1993).

Por lo tanto, y puesto que las implicaciones van más allá de lo que la madre puede asumir, la depresión postnatal en una etapa inicial, es un trastorno individual que puede terminar como una enfermedad de todo el sistema familiar (Fradique, 1992). Esta observación es importante si se considera que durante el primer año de vida de un niño la madre es una gran parte de su entorno social, siendo una importante fuente de estímulos emocionales, cognitivos, sociales y de desarrollo para sus hijos (Beck, 1996; Seimyr, Edhborg, Lund & Sjögren, 2004). Sin embargo, también es importante señalar que la depresión pre y postnatal puede como argumentan Misri et al. (2010) tener un impacto directo sobre el estrés parental.

Así, a continuación se describen las principales consecuencias para las mujeres, el bebé y para la familia y sociedad en general.

#### **1.2.6.1. Para las mujeres**

Se comienza por considerar las consecuencias de la depresión postnatal para la mujer, haciendo referencia a Beck (1996) que realizó un estudio para identificar la percepción de las madres sobre la depresión postnatal y observó que las madres la perciben como una causa física, pero que termina siendo la dueña no sólo de su cuerpo sino también de su mente. También, cuando se tiene la sensación de que el cuidado del bebe es una tarea muy exigente y que no serán capaces de afrontar la situación. Así como, la percepción de que sus madres (abuelas del bebé) las consideran las peores madres del mundo. Cuando, tienen otro hijo, describen la sensación de que el otro hijo las asfixia cuando pide su atención al absorber toda su energía. Hay madres que en un intento de minimizar el hecho de que sienten que no están siendo buenas madres terminan por no pensar en sus propias necesidades y siempre poner al bebé en el primer lugar como un intento de minimizar su comportamiento que consideran menos apropiado.

Las mujeres con depresión postnatal tienen una visión menos positiva de los bebés que las que nunca han tenido depresión postnatal (Foreman & Henshaw, 2002). Esto tiene implicaciones no sólo para los bebés, sino también para la madre que acaba percibiéndose como una madre con menos capacidad para cuidar de su bebé, lo que finalmente contribuye al aumento de pensamientos negativos que se desarrollan en un cuadro de síntomas depresivos. Estas madres sienten que sus esfuerzos son demasiado altos y que no son capaces de producir los efectos que les gustaría. De esta manera, a menudo desisten causando lesiones a la calidad de la relación de apego.

Aunque en la mayoría de estudios se examinen las consecuencias de la depresión postnatal en el corto plazo, el estudio de Sayin et al. (2005), examinó las consecuencias a largo plazo. Su estudio fue retrospectivo y consistió en el análisis de 67 mujeres entre 1985 y 2000 que fueron admitidas en una clínica privada en Turquía para el tratamiento de la depresión postnatal. Estos autores concluyeron que el diagnóstico de la depresión postnatal puede tener el carácter de cronicidad y dar lugar a una historia de vida con trastornos psiquiátricos, por lo que estas mujeres deben ser controladas a largo plazo. La mayoría de las pacientes estudiadas (70%), progresaron en los últimos años para una historia de trastornos psiquiátricos como la psicosis crónica, depresión mayor, trastorno bipolar y trastorno obsesivo-compulsivo. Cabe señalar la importancia que la depresión postnatal puede desempeñar en la historia psiquiátrica de las mujeres a largo plazo. Mayberry, Horowitz y Declercq (2007) en un estudio que evaluó los síntomas depresivos de la mujer dos años después del nacimiento, observaron que la sintomatología depresiva mostraba tasas elevadas, destacándose la importancia de estudiar este fenómeno, más allá del postparto reciente. También Josefsson y Sydsjö (2007) en un estudio de seguimiento de 251 mujeres, casi cuatro años después del parto, encontraron que las mujeres con antecedentes de depresión postnatal tenían aproximadamente seis veces más probabilidad de sufrir episodios recurrentes de depresión, que las que no tenían antecedentes de depresión postnatal, concluyendo que la depresión postnatal es un factor de riesgo de enfermedades futuras.

Así, la depresión postnatal sin tratamiento puede tener efectos adversos a largo plazo para la madre y puede ser precursora de otros episodios (Miller & Rogers, 2007). Teniendo en cuenta también el impacto de la depresión postnatal a largo plazo, Flores-Ramos, Heinze y Silvestri-Tomassoni (2010), observaron que las mujeres durante la perimenopausia con depresión, tuvieron depresión postnatal y trastorno disfórico premenstrual.

Analizando el impacto de la depresión postnatal en el funcionamiento cognitivo, Messinis et al. (2010) observaron que las madres parecen sufrir de cambios neuropsicológicos. Compararon a 21 mujeres con depresión postnatal, con 22 mujeres sin depresión postnatal y 24 mujeres sin depresión pero que no estaban en el período postparto. Todas las mujeres que se encontraban en el período postparto mostraron más bajo rendimiento en una prueba de lectura que las mujeres en el grupo control. También, las mujeres deprimidas después del parto tenían un bajo rendimiento en la parte B del Trail Making Test. Estos resultados podrían sugerir que las mujeres en el postparto y, en particular aquellas que están deprimidas, tienen algún déficit cognitivo.

*En resumen*, se refieren no sólo a consecuencias de salud mental a corto plazo, sino también a largo plazo, que pueden tener las mujeres y de qué modo la depresión postnatal se refleja directamente en las mujeres teniendo una influencia negativa.

#### **1.2.6.2. Para el bebé**

En lo que respecta al desarrollo de las consecuencias en el bebé numerosos estudios, que a continuación se describen, han identificado el impacto negativo en su desarrollo en función de la depresión postnatal en las madres. Algunas investigaciones han concluido que los niños cuyas madres sufren depresión postnatal tienen más problemas

emocionales, conductuales y de salud que los niños cuyas madres no sufren depresión postnatal.

Sin embargo, hay autores como Philipps y O'Hara (1991), que no observaron dichos resultados. En el estudio de seguimiento realizado con madres con depresión postnatal no encontraron consecuencias negativas en el desarrollo del niño. Sin embargo, señalaron la reaparición de la depresión en las madres estudiadas cuatro años y medio después del parto.

Respecto a la influencia de la depresión postnatal en el **desarrollo emocional**, Esteves, Pires y Valada (2001) mostraron que los niños cuyas madres tenían depresión postnatal en el período postparto expresaban una relación exclusiva para con la madre y una separación difícil, llegando a ser muy exigentes y posesivos, ya que su mundo se centra principalmente en la madre como consecuencia del exceso de inversión que esta tuvo. Estos niños también resultaron ser más rebeldes porque las madres tenían más dificultades en la imposición de normas, creyendo que deben satisfacer todas las necesidades del niño. Albertsson-Karlgren, Graff y Nettelbladt (2001) evaluaron la relación entre la enfermedad mental en el período postnatal y la calidad de la interacción de los padres con el niño, a través de sesiones grabadas en video, cuando el niño tenía diez meses. Observaron que las madres que formaban parte de la muestra psiquiátrica (madres con trastornos psiquiátricos en el postparto) mostraron una menor sensibilidad y menos afecto positivo para con el niño. Lo mismo sucedió cuando el niño tenía dos años. Otra consecuencia que se ha hecho es en referencia al desarrollo del bebé y con el tipo de apego establecido. Al evaluar comparativamente, durante la niñez, el tipo de apego de un grupo de niños cuyas madres tenían depresión postnatal con un grupo de niños cuyas madres no tenían depresión postnatal, los resultados indicaron que los primeros tienen un tipo de unión predominante de inseguridad (Edhborg et al., 2003), que puede persistir en el mantenimiento de los lazos que los unen a personajes secundarios, lo que limita las interacciones sociales que se establecen durante el desarrollo. También para Lyons-Ruth, Lyubchik, Wolfe y Bronfman

(2002) los niños cuyas madres son depresivas tienen estrategias de apego más desorganizadas.

El humor y el afecto depresivo materno pueden crear un "clima emocional" negativo que puede poner en peligro no sólo la relación madre-bebé, así como el funcionamiento del niño (Beeghly et al., 2002; Reck et al., 2004), ya que las madres con depresión postnatal tienen dificultades para hacer frente a las necesidades del bebé e interactuar con él, así como la insatisfacción con su función materna (Ashman & Dawson, 2002; Loh & Vostanis, 2004). Para Crockenberg y Leerkes (2003) la memoria interiorizada que la nueva madre tiene de la aceptación de sus propios padres hacia sí mismo en la infancia, es un mediador de los factores de estrés y de la capacidad para hacer frente a su propio bebé.

Una de las consecuencias negativas que se han indicado para el bebé es que algunas madres no son capaces de reconocer la angustia de su bebé y provocan la sobreestimulación de los niños. Algunas madres, siempre insisten en llamar la atención del bebé, incluso si estos muestran signos de fatiga y saturación causándoles estrés (Murray et al., 2003).

Por otra parte para Stanley, Murray y Stein (2004) las madres con depresión postnatal son menos contingentes en términos de educación y menos cariñosas con el bebé. En el período en que la madre está con depresión postnatal puede tener dificultades para satisfacer las necesidades del bebé no siendo capaz de interpretar las pistas que le da el niño ya que la madre está preocupada por sus propios sentimientos.

« (...) apesar de as influências patogênicas para o bebê poderem estar ligadas a fatores sociais, econômicos e culturais, elas só têm impacto para o bebê quando passam pela interação entre ele e sua mãe. Quando está deprimida, ela mãe rompe o contato visual com o bebê e não tenta retomá-lo, torna-se menos responsiva e sua animação e tonicidade desaparecem. De acordo com esse autor, a depressão materna pode ser considerada um macroevento, e como tal, provavelmente não tem significado para o bebê. No entanto, o bebê experiência

a depressão materna em microeventos, que constituem um nível descritivo dos eventos. Segundo Stern, os microeventos são as manifestações mais palpáveis e possuidoras de um sentido para o bebê. Por exemplo, quando o bebê sorri, a resposta da mãe a este sorriso é considerada um microevento. À medida que o bebê vai se familiarizando com tais eventos, desliga-se gradualmente de sua mãe, experienciando uma “microdepressão”. Esta microdepressão de bebê caracteriza-se pelo desaparecimento de sua animação, uma deflação de sua postura, uma diminuição do afeto positivo e da expressão facial.» (Frizzo & Piccinini, 2005, p.47)

También se ha señalado la relación entre la depresión postnatal con la existencia de alto riesgo **de problemas conductuales** para los niños como resultado de la existencia de depresión postnatal en las madres (Compas, Langrock, Keller, Merchant & Copeland, 2002; Garber & Martin, 2002). En este sentido, Hay et al. (2003) también informan de la existencia de una relación causal entre depresión postnatal de la madre y el comportamiento violento del niño durante su desarrollo, sobre todo si es varón.

También se han identificado más problemas de comportamiento cuando empieza la escuela, tales como mayores niveles de ansiedad (Luoma, Koivisto & Tamminen, 2004; Stewart, Robertson, Dennis & Grace, 2004; Walling, 2006; Whiffen & Gotlib, 1989). Estos autores relacionaron también la depresión de la madre con problemas cognitivos, de atención y de regulación emocional, de los niños, llegando a la conclusión que la regulación de la atención y manejo de la ira están correlacionadas con el comportamiento violento. El riesgo de la violencia fue mayor en el grupo cuyas madres estaban deprimidas durante el puerperio y después. Estos niños utilizan más armas en los enfrentamientos en que estaban involucrados y su violencia se notó fuera del entorno familiar. Por ejemplo, los maestros informaron que a menudo participan en peleas en la escuela. Así parece que la violencia se convierte en algo más relevante cuando hay una exposición continua a este factor de adversidad. La exposición temprana y recurrente a la depresión materna pone a los niños



en un camino de riesgo de violencia grave, ya que estas madres también tienen dificultad para regular su propia atención e ira. El desarrollo intelectual y social de estos niños es de alto riesgo (Brennan et al., 2000).

Hay et al. (2003) realizaron un estudio hipotizando la existencia de una relación entre la depresión postnatal y el comportamiento más violento de los niños asumiendo que la depresión de la madre puede constituir una importante experiencia negativa inicial. Sin embargo, concluyeron que los efectos de esta experiencia temprana en el desarrollo de los niños depende más de la posterior re-exposición a la misma experiencia. En este estudio, se compararon los niños que nunca habían estado expuestos a la depresión materna con niños cuyas madres tuvieron episodios depresivos: a) únicamente a los tres meses posteriores al parto, b) en algún momento más adelante en la vida del niño, c) habían tenido depresión en tres meses y al menos una vez después. Los niños fueron seguidos hasta la edad de once años. Las principales conclusiones indican que la depresión de la madre a los tres meses ha dado un importante predictor de la conducta violenta a los once años. También se observó que a la edad de once años las niñas tenían menos probabilidades de exhibir un comportamiento violento que los niños y madres sin ningún episodio depresivo tenían hijos significativamente menos violentos.

Kitamura, Takauma, Tada, Yoshida y Nakano (2004) consideraron que en el abuso a los niños es más determinante la satisfacción con el apoyo social antes del embarazo y el apoyo social postparto que los trastornos psicológicos que ocurren en el puerperio (*blues* y la depresión postnatal).

Considerando el **desarrollo del niño**, menos interacción verbal entre madre-hijo y en el juego también fueron encontrados por Righetti-Veltema, Bousquet y Manzano (2003) como factores asociados a las madres con depresión postnatal y sus bebés en comparación con las madres sin depresión postnatal.

Murray et al. (2003) trataron de sistematizar los factores clave de la depresión postnatal que posteriormente pueden dar lugar a dificultades de desarrollo en los niños. Por lo tanto sugieren cuatro procesos que pueden jugar un papel importante. En primer lugar, la ausencia de respuestas contingentes de los padres, puede hacer que el niño tenga más dificultad para establecer una relación entre su propio comportamiento y el medio ambiente lo que es, sin duda, un aspecto importante en el proceso de aprendizaje. En segundo lugar, el comportamiento inestable o insensible de los padres, puede interferir con la capacidad del niño a mantener o desarrollar su atención. En tercer lugar, la hostilidad de los padres o el comportamiento intrusivo, puede ser una importante fuente de estrés para el bebé y que puede interferir con el desarrollo cognitivo. Por último, la depresión reduce el nivel de imitación por parte de los padres de las expresiones del bebé, durante los momentos de interacción, lo que puede constituir un efecto adverso en el potencial de su hijo a aprender a distinguirse en los que le rodean. Dicho de otro modo, la hostilidad que algunas madres deprimidas pueden manifestar al bebé causa la desregulación conductual en el niño que más tarde puede ser indirectamente relacionada con las interacciones conflictivas con el medio ambiente.

En relación a las consecuencias para la **salud del bebé**, se presentan a continuación algunos estudios en este dominio.

Halligan, Herbert, Goodyer y Murray (2004, 2006) realizaron un estudio con adolescentes verificando que aquellos cuyas madres habían tenido depresión postnatal se asociaba con una mayor variación en el cortisol por la mañana, lo que sugiere que la exposición temprana a las experiencias adversas puede cambiar el nivel de las hormonas esteroides en los humanos. Dado que la depresión materna es un riesgo adicional para la depresión en los niños, estos cambios pueden constituir un vínculo entre los acontecimientos de esta fase de la vida y la psicopatología futura.

En una línea de investigación que pretende analizar el tipo de prácticas parentales asociadas a la depresión postnatal, McLennan y Kotelchuck (2000) argumentan que las

madres con síntomas depresivos elevados tienen un comportamiento menos preventivo en relación con el bebé, tales como no usar sillas de transporte cuando viajan en coche, sin la protección de los enchufes eléctricos y menos lecturas diarias a los niños para dormir.

Cuando la depresión materna se manifiesta desde el embarazo hasta el puerperio también se asocia con un mayor riesgo de hospitalización de los niños en el primer año de vida, y un menor uso de la madre de salud preventiva del bebé. Las madres con depresión, por ejemplo, son menos cuidadosas con la posición en la que el bebé duerme y usan castigos corporales más frecuentes. Se cree que esto puede ser debido al hecho de que las madres con depresión postnatal tienen que hacer frente a necesidades más urgentes de inmediato no consiguiendo concentrarse en el uso de medidas preventivas (Chung, McCollum, Elo, Lee & Culhane, 2004).

Siguiendo esta línea de investigación también se verifica que la depresión postnatal puede estar relacionada con el uso inadecuado de los servicios de salud por las madres en relación con el niño. Minkovitz, Strobino, Scharfstein, Hou y Miller (2005) estudiaron a 5.565 familias y descubrieron que aquellas cuyas madres tenían depresión postnatal a los dos y cuatro meses de edad del bebé, llevaban el niño muchas veces al servicio de salud en situaciones de enfermedad aguda. Pero, al mismo tiempo, no hacían uso de las visitas de rutina programadas en el plan de salud para la vacunación en diferentes momentos de la infancia. Por lo tanto, concluyen que la depresión materna conduce a una mala utilización de los servicios de salud.

Otro tipo de consecuencia para la salud del bebé es el reflejo de que la depresión postnatal puede tener en el peso del bebé (Rahman, Iqbal, Bunn, Lovel & Harrington, 2004; Rini, Dunkel-Schetter, Wadhwa & Sandman, 1999) y en alteraciones somáticas, tales como el número de episodios de diarrea en los niños. La depresión postnatal también ha sido vinculada con menor desarrollo mental de los niños, menores índices de Apgar, así como la existencia de cambios físicos, tales como menor peso en los bebés cuyas madres expresan depresión postnatal (Bonari et al., 2004; Lusskin, Pundiak & Habib, 2007; O'Brien, Heycock, Hanna, Jones & Cox, 2004; Patel, DeSouza & Rodrigues, 2003; Surkan et al., 2008).

Sin embargo, en un estudio donde participaron cinco países europeos (Bélgica, Alemania, Italia, Polonia y España) y participaron 929 niños desde el nacimiento hasta los 2 años, para evaluar la relación entre el crecimiento infantil y la depresión postnatal en la madre, se concluyó que la depresión postnatal en la madre no parece tener implicaciones significativas. Por lo que, la depresión postnatal no es un factor de riesgo para el exceso o disminución de peso en el niño (Grote et al., 2010).

Henderson, Evans, Straton, Priest y Hagan (2003) encontraron que las mujeres con depresión postnatal terminaban de dar el pecho cerca de trece semanas antes que las madres sin ningún cambio en la psicopatología después del parto. Sabiendo hoy que la lactancia materna es un factor importante de protección contra enfermedades del bebé, este podría ser un factor a tener en consideración por el impacto que tiene en las vidas de los bebés cuyas madres tenían depresión postnatal. Además, la lactancia materna parece ser un factor de protección no sólo para la salud del bebé, sino también de la madre, como indican Zauderer y Galea (2010), que consideran que para las madres con depresión postnatal, continuar con la lactancia es lo que las hace sentir cumplir su papel como madre.

Una vez que los niños cuyas madres sufren de depresión postnatal tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas mentales y de comportamiento y cómo el niño pasa la mayor parte de su tiempo con los padres, la familia debe convertirse en un objetivo importante de los programas de prevención e intervención (Brunette & Jacobson, 2006; Gladstone & Beardslee, 2002; Goodman & Gotlib, 2002; Sheeber, Davis & Hops, 2002).

### **1.2.6.3. Para la familia y la sociedad en general**

Tras la revisión de los dos párrafos anteriores, con respecto a la familia y su dinámica, fácilmente se llega a la conclusión de que inevitablemente habrá cambios en ella.

Boath, Pryce y Cox (1998) realizaron un estudio con 60 mujeres con depresión postnatal, evaluando el efecto de la depresión postnatal en los compañeros y los resultados obtenidos indican que la depresión postnatal juega un papel significativo en términos de impacto sobre la relación matrimonial, en la salud mental de los compañeros, en el tiempo libre, en la vida social de la pareja y da lugar a problemas de carácter financiero. Así, dado que la depresión es transaccional en la familia, es importante tener en cuenta todos los elementos cuando se habla de este trastorno (Phares, Duhig & Watkins, 2002).

En la sección anterior se pusieron de manifiesto las consecuencias para el bebé recién nacido, pero también es importante pensar en las posibles consecuencias para otros niños que puedan existir en el sistema familiar (Buist, 2002).

Tammentie, Tarkka, Åstedt-Kurk, Paavilainen y Laippala (2004) observaron que cuando las madres tienen depresión postnatal se instala una dinámica negativa en la familia con alteraciones en la reciprocidad entre la pareja, en la flexibilidad de resolución de situaciones problemáticas, así como la reducción de la capacidad de comunicarse.

Infravalorado ha sido el análisis de los efectos de la depresión postnatal en el hombre. Sin embargo, algunos estudios muestran que los hombres también pueden deprimirse en el período postnatal. Goodman (2004) sugiere que el principal predictor de la depresión postnatal en los hombres es la existencia de depresión postnatal en las mujeres ya que los miembros de una familia tienen una influencia diaria sobre las emociones de los demás. La existencia de la depresión postnatal en las mujeres reduce la felicidad y cambia el estado de ánimo de su pareja.

Aunque los hombres también expresan la depresión postnatal, parece que en ellos está asociada con factores de riesgo en particular, así como a algunos detalles diferentes de la mujer. Para Condon, Boyce y Corkindale (2004), los hombres muestran que sus redes de apoyo son menos densas, y que su compañera es el principal apoyo. También, la responsabilidad de proporcionar apoyo material puede producir más estrés en relación con el trabajo. Así, muchos hombres no han tenido a su padre como un modelo, ya que crecieron en una época en que los hombres se involucran menos. Se sabe, que los hombres

son más resistentes a buscar ayuda para problemas emocionales que las mujeres, adoptando muchas veces estrategias menos funcionales, tales como el alcohol o otras conductas de riesgo. La existencia de la depresión postnatal en el padre tiene consecuencias en el hombre y también tiene consecuencias para el bebé. Ramchandani, Stein, Evans y O'Connor (2005) observaron que la existencia de depresión en padres, al igual que en las madres, en el periodo postnatal, se asoció con problemas de conducta en los niños entre tres y cinco años de edad. También se ha estudiado la relación entre la depresión postnatal en la madre y el padre, concluyendo que la incidencia de la depresión postnatal en los hombres es mayor en parejas en que la depresión de la madre también existe (Melrose, 2010), mostrando el efecto sistémico de esta enfermedad.

En una revisión de la literatura sobre las correlaciones de la depresión pre y postnatal en los hombres, Wee, Skouteris, Per, Richardson y Milgrom (2011) concluyen que el factor más mencionado como un factor de riesgo para la depresión en el hombre es el hecho de que esto tiene una compañera con elevados síntomas depresivos o depresión.

Dennis (2004a) para examinar la influencia del estado de ánimo de la madre en el uso de los servicios de salud en los dos primeros meses del período postparto, llegó a la conclusión de que las mujeres con síntomas depresivos tienen una serie de contactos con profesionales de la salud significativamente más altos que las mujeres que no presentan síntomas depresivos. Las mujeres con síntomas depresivos tienen también resultados significativamente más bajos en el SF-36 y consideran que la ayuda que reciben de los profesionales fue inútil. Además de investigar la relación entre la calidad de vida y la depresión postnatal, Tychey et al. (2007) observaron que la depresión postnatal afecta negativa y fuertemente todas las dimensiones de la vida exploradas por el SF-36.

También con el objetivo de analizar la correlación entre la depresión postnatal y estado de salud, Zubaran et al. (2009) en el sur de Brasil señalaron la existencia de correlaciones significativas entre el estado de salud general y la expresión de los síntomas depresivos. Llegaron a la conclusión de que la medida del estado de salud es predictora de

los resultados obtenidos en las escalas de síntomas depresivos en el puerperio. Así, por un lado es evidente la importancia de analizar los síntomas de depresión en sí, pero además no hay que olvidar que esto se refleja en el estado general de salud de la madre, lo que inevitablemente tiene consecuencias graves para el sistema de salud en general e inherentes a la sociedad en su conjunto.

### **1.2.7. Algunas intervenciones en la depresión postnatal**

En la medida que la depresión postnatal es un problema con muchas consecuencias, como ya se ha mencionado anteriormente, existe la preocupación en poner en práctica medidas de intervención, por parte de diferentes profesionales de la salud.

Heneghan, Silver, Bauman, Westbrook y Stein (2000) señalaron que los pediatras no están disponibles para el diagnóstico de las madres con depresión postnatal. Los pediatras son más propensos a identificar la depresión postnatal en las madres menores de 30 años, que viven solas y cuando los pediatras están comenzando sus carreras. Incluso si las madres tienen altos niveles de depresión postnatal la mayoría de los pediatras no lo reconocen. Heneghan, Mercer y DeLeone (2004) y su equipo han puesto a un grupo de mujeres la pregunta de si las madres hablan con los pediatras acerca de sus síntomas depresivos. Llegaron a la conclusión de que aunque las madres hablan acerca de los niños tienen miedo de hablar acerca de sus síntomas de depresión por miedo a ser juzgadas y miedo a que los niños sean referidos para la protección. Esto hace que sea especialmente difícil organizar programas de intervención. A veces se hace referencia en la literatura, que las mujeres con depresión postnatal están disponibles para completar los cuestionarios que la evalúan, pero no es verdad cuanto se refiere a participar en el tratamiento. La resistencia a la intervención es alta y niegan apoyo (Carter et al., 2005). Esto también plantea preguntas sobre la formación de los profesionales que trabajan en este ámbito.

A este respecto, Boath y Henshaw (2001) y Boath, Bradley y Henshaw (2005) llevaron a cabo una revisión de la literatura que abarca el período 1964 a 2000 sobre la intervención en la depresión postnatal y llegaron a la conclusión de que, debido a las limitaciones metodológicas de muchos de los estudios analizados, no es posible concluir qué prácticas se deben recomendar en este ámbito.

Cooper, Murray, Wilson y Romaniuk (2003) realizaron un estudio para probar la eficacia del tratamiento de la depresión postnatal. Para ello, organizaron cuatro grupos de mujeres con depresión postnatal y las agruparon en cuatro condiciones: la atención de rutina habitual (grupo control), la orientación no directiva, la terapia cognitivo-conductual y la terapia psicodinámica. El análisis de los resultados mostró que las tres condiciones de la intervención revelaron un impacto en el estado de ánimo materno. Pero, a los nueve meses después del parto el beneficio del tratamiento ya no era visible y el tratamiento también no disminuyó el riesgo de episodios posteriores.

Tan importante como los tipos de intervenciones realizadas para el tratamiento de la depresión postnatal son los obstáculos identificados por las madres. Grote, Bledsoe, Swartz y Frank (2004) señalaron de cómo obstáculos, identificados en diversos estudios, realizados en población con bajo nivel económico: el coste, la incomodidad causada por la ubicación de las clínicas, transporte, horas limitadas de los servicios, no haber alguien que se ocupe de los niños, el estigma y la discriminación, la experiencia negativa de una utilización anterior de los servicios y falta de sensibilidad cultural.

Todavía no existiendo un trabajo coordinado entre los distintos equipos de salud que permita la promoción de la prevención primaria de la depresión postnatal, aunque si existen intervenciones a nivel mundial dirigidas a minimizar el impacto de este problema después de su diagnóstico. En consecuencia, se han realizado numerosas propuestas para la intervención que se pueden dividir en dos grandes áreas: las intervenciones de naturaleza biológica y las intervenciones de enfoque psicosocial que se describen a continuación.



### **1.2.7.1. Intervenciones de naturaleza biológica**

Las intervenciones de naturaleza biológica de la depresión postnatal, se han centrado en el campo psicofarmacológico y la intervención hormonal, tratando de evaluar los efectos que la administración de algunos componentes químicos pueden ejercer, en la prevención o en el tratamiento de la depresión postnatal.

En este contexto, Gregoire, Kumar, Everitt, Henderson y Studd (1996) realizaron un estudio con 61 mujeres que habían desarrollado depresión mayor tres meses después del parto y que se mantenía después de dieciocho meses. De estas, 34 tuvieron un tratamiento con estrógenos y 27 con placebo. Ni las madres ni los investigadores sabían quién había tomado placebo. Los resultados, después de un mes, revelaron que las madres que tomaban estrógeno mejoraron rápidamente, concluyendo, dicho autores, que esta terapia es eficaz en el tratamiento de la depresión postnatal.

Al referirse a los estudios psicofarmacológicos se analiza fundamentalmente la acción de los antidepresivos. De acuerdo a Hendrick, Altshuler, Strouse y Grosser (2000) las madres con depresión postnatal que toman antidepresivos, tienen las mismas posibilidades de recuperación que los pacientes con depresión no asociada con el parto. Sin embargo, su tiempo de respuesta a la medicación es significativamente mayor, así que la dosis de antidepresivos también debería ser mayor. Pero, para Hendrick (2006) la aprobación de uso de medicación siempre debe tener en cuenta los efectos que puede producir tanto en el bebé como en la madre. Para este autor, se debe referir que en cuanto a los efectos en el bebé algunos medicamentos producen toxicidad en el feto y pueden incluso ocasionar efectos de abstinencia cuando no se toman. En cuanto a los efectos en la madre la sedación excesiva puede ser uno de los efectos secundarios, ya que deja a la madre incapaz de reaccionar al bebé. Otro efecto secundario que puede ejercer una perturbación en las madres es el hecho de que la mayoría de los antidepresivos causan aumento de peso lo que puede no ser bien aceptado en este período cuando la madre intenta perder algo de peso ganado durante el embarazo.

Para restablecer el equilibrio biológico, Parry et al. (2000) sugieren que una intervención que es muy importante es la que se refiere al intento de restaurar el sueño en las madres, ya que la privación del sueño se revela como un factor adicional de riesgo de depresión postnatal debido a la desregulación que provoca en la madre.

Según Boath, Bradley y Henshaw (2004) el Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN) en 2002 publicó las normas de tratamiento para la depresión postnatal argumentando que debería ser igual a la depresión que ocurre en otros períodos de la vida. Por lo tanto, las líneas generales del tratamiento no tienen en cuenta que las madres necesitan cuidar de los bebés y, como tal, no pueden tomar sedantes en la noche. Cuando la madre sigue siendo medicada, se recomienda que la lactancia materna debe ocurrir antes de la toma del medicamento y se debe evitar de 1-2 horas después de la toma.

Con respecto a las percepciones de las mujeres ante los antidepresivos, Boath et al. (2004) realizaron un estudio de seguimiento de 35 mujeres con depresión postnatal y que recibieron medicación antidepresiva. Encontraron que cuatro decidieron no tomar la medicación a fin de mantener la lactancia materna; 20 consideraron que el medicamento era inútil; y 4 dijeron que no habían seguido la prescripción y reportaron poca participación en el tratamiento. Con este estudio se concluyó que las mujeres necesitan de más información sobre el funcionamiento de la medicación en la depresión postnatal, para disminuir el porcentaje de auto-gobierno que eventualmente tendrá la consecuencia de que las dosis no sean clínicamente eficaces.

En la misma línea, Chabrol, Teissedre, Armitage, Danel y Walburg (2004) evaluaron la capacidad de respuesta de las madres con depresión postnatal al uso de antidepresivos y concluyeron que las madres tienen una gran resistencia a tomarlos, incluso después de sesiones de información sobre los posibles beneficios y las consecuencias de los antidepresivos. De las 326 participantes la mayoría indicó que prefería recurrir al uso de la psicoterapia.

Se sabe que muchos medicamentos, incluyendo antidepresivos, pueden atravesar la placenta y que sería importante determinar su influencia en el feto (Husain, Stegman &

Trevino, 2005). Al analizar los efectos de la medicación sobre el feto Kalra y Einarson (2006) señalaron que el mayor potencial teratogénico se produce durante las primeras doce semanas del embarazo, cuando se produce la organogénesis lo que no invalida la necesidad de estudios sobre los efectos del medicamento en todos los trimestres, de manera a establecer una norma segura para la introducción de drogas en el embarazo. Ante el temor de que el efecto sea negativo, muchas madres se niegan a tomar cualquier medicamento.

Stowe et al. (1997) y Berle et al. (2004), en una investigación que trataba de determinar la concentración de los antidepresivos en la leche materna y en la sangre del bebé, informaron que en los niños nacidos de madres que tomaron antidepresivos y que fueron amamantados por pecho no se encontraron efectos, demostrando que la setralina y paroxetina, no llega a ser perjudicial para el bebé.

Son de diferente opinión Epperson y Ballew (2006) cuando informan que en las madres que usan medicación y cuyos bebés se alimentan exclusivamente con leche materna, hay que tener especial vigilancia porque si los bebés no tienen ningún complemento alimenticio es más probable la exposición al fármaco que la madre toma.

Otro factor que nunca debe ser olvidado, es que la mayoría de las madres después del parto recomenzará la medicación anticonceptiva que por su naturaleza puede causar efectos hormonales sobre la medicación psiquiátrica.

Blier (2006) observó que las mujeres que interrumpen los medicamentos antidepresivos durante el embarazo tienen más recaídas que las que se quedaron con el tratamiento. Permitir que la depresión mayor ocurra durante el embarazo puede tener consecuencias negativas para el feto debido a que la placenta tiene una capacidad limitada de protección. Las sustancias endocrinas que se producen en concentraciones altas durante la depresión pueden tener consecuencias negativas, como la inducción del parto prematuro, dar origen a alteraciones del flujo sanguíneo uterino y conducir a irritabilidad uterina.

Logsdon, Wisner y Hanusa (2009) evaluaron cómo el tratamiento con antidepresivos puede resultar efectivo para la depresión postnatal y llegaron a la conclusión de que aunque el tratamiento con dos tipos de antidepresivos ha tenido el efecto de aumentar en las madres la sensación de satisfacción con su papel materno, no tuvo ninguna influencia en los sentimientos de auto-eficacia, ni en el tipo de interacción con el niño. Así, mientras que los antidepresivos a corto plazo pueden resultar útiles es importante plantearse su uso en cuenta a sus efectos a largo plazo.

Por otro lado, en los estudios de intervención hormonal se han evaluado los efectos de los reemplazos hormonales, tales como el estrógeno y la progesterona. Dennis, Ross y Herxheimer (2008), después de estudiar el efecto del tratamiento con estrógeno y progestina, en comparación con un grupo placebo, encontraron que la terapia de estrógenos se asoció con una mejoría en los niveles de depresión en mujeres con depresión severa en comparación con el grupo de los que se administró placebo. Sin embargo, el efecto del uso de progestágenos no fue concluyente.

### **1.2.7.2. Intervenciones psicosociales**

Refiriéndose a la naturaleza de las intervenciones psicosociales se pueden encontrar varias alternativas como se detalla a continuación. En este apartado, se describen resultados de la psicoterapia interpersonal, de las terapias de grupo, de la terapia cognitivo-conductual y la intervención realizada en unidades psiquiátricas madre-bebé.

Respecto a la **psicoterapia interpersonal**, O`Hara, Stuart, Gorman y Wenzel (2000) concluyeron que una psicoterapia interpersonal (basada en sesiones de doce horas en un período de doce semanas) demostró ser un tratamiento efectivo para la depresión postnatal, así como para el ajuste social.

Nylen et al. (2010) desarrollaron un programa de Terapia Interpersonal, aplicado durante 18 meses, que permitió concluir que hubo beneficios en la reducción de los síntomas depresivos a largo plazo y que sigue mostrando sus efectos aún después del término del período de tratamiento.

En este tipo de intervención lo que se quiere desarrollar son las habilidades relacionales en las mujeres lo que indirectamente les ayuda a cuidar a sus bebés y a ejercer su función materna.

Considerando las **intervenciones en grupo**, se refiere Hanna, Edgecombe, Jackson y Newman (2002), que observaron que el hecho de proporcionar a las parejas que van a ser padres por primera vez, la oportunidad de participar en grupos de apoyo, donde es posible promover el desarrollo de habilidades de relación social y emocional con el bebé reveló beneficios. Los beneficios alcanzados se centran en la capacidad de los padres para ampliar su red de apoyo social, el aumento de confianza en sí misma; y la posibilidad de tener acceso a información relevante sobre la salud del bebé y el papel de los padres en la atención al bebe. Los autores consideran que estos beneficios son especialmente importantes en el contexto de la familia contemporánea.

Spinelli y Endicott (2002) realizaron un estudio con dos grupos de mujeres (25 mujeres por grupo) que fueron objeto de dos tipos de intervención: psicoterapia de grupo y grupo de educación de padres. Sus resultados indicaron que la psicoterapia de grupo ha demostrado ser más eficaz que el programa de educación de los padres. Hanna et al. (2002) y Clark, Tluczek y Wenzel (2003) también llevaron a cabo el uso de técnicas de intervención grupal para reducir los síntomas de la depresión postnatal. En la base de sus intervenciones señalan como ventajas de la utilización de un grupo, que el grupo permite la reducción del aislamiento, facilita el apoyo emocional mutuo, fomenta un sentido de altruismo y permite el aprendizaje mediante el intercambio de experiencias y estrategias. A través de este tipo de intervención todavía se puede crear un sentido de la universalidad de los sentimientos, y el fomento de la interacción social. Los principales beneficios de la intervención

identificados en Clark et al. (2003), han sido el aumento de la capacidad de las madres a establecer interacciones positivas y de afecto con el bebé, lo que permitió resultados positivos en la reducción de los síntomas de la depresión postnatal.

Armstrong y Edwards (2004) realizaron un estudio con dos grupos de intervención en que en uno se proponía a las madres llevar a cabo paseos por la mañana de cuarenta minutos dos veces por semana. El otro grupo recibió intervención de apoyo social en un grupo de madres que se reunía una vez a la semana cerca de noventa minutos, donde las madres hablaban entre sí acerca de lo que entiendan y no había ninguna intención terapéutica en estas reuniones. Los resultados indicaron que la intervención con el ejercicio físico fue más eficaz que la realizada con apoyo social. Sin menospreciar los resultados de la intervención física es excesivo afirmar que el grupo de ejercicio físico funciona mejor que el grupo de apoyo social sin intervención. Por lo tanto sólo se puede concluir que la intervención promovida con el ejercicio mejora la condición física de las madres y que también ayudó a la disminución de las tasas de depresión. Sin embargo, no satisfechos con estos resultados, Costa et al. (2009) han implementado un programa de ejercicio físico que se realizaba en el hogar, y llegaron a la conclusión de que existe una clara evidencia de la reducción de los síntomas depresivos en el grupo de mujeres que se sometieron dicho programa en comparación con el grupo control, lo que sugiere que puede ser una intervención no farmacológica que debe ser explorada.

Field, Diego, Hernández-Reif, Schanberg y Kuhn (2004) llevaron a cabo dos grupos de intervención. Uno con masaje terapéutico y otro con la relajación muscular progresiva, y compararon los resultados con un grupo control. Los resultados indican que en el grupo de terapia de masaje al final de la intervención existían niveles más altos de serotonina y se redujo los niveles de cortisol y de norepinefrina lo que hace disminuir la depresión postnatal.

Urizar et al. (2004) realizaron un estudio piloto para examinar el impacto de las instrucciones en la reducción del estrés y el cortisol. Los resultados indican que los niveles

de estrés disminuyeron, así como el afecto negativo, los síntomas depresivos y los niveles de cortisol por la mañana, al compararlo con el grupo control.

Craig, Judd y Hodgins (2005) también realizaron una intervención en grupo en una comunidad rural con el objetivo de intervenir en la depresión postnatal y llegaron a la conclusión de que las madres que se beneficiaron de esta intervención mostraron una disminución en las tasas de depresión postnatal.

Así, las diferentes terapias de grupo parecen estar asociadas a la disminución de la depresión postnatal.

Respecto a la **terapia cognitivo-conductual** que tiene como objetivo identificar los pensamientos negativos y promover su reestructuración cognitiva. Las estrategias utilizadas en la terapia cognitivo-conductual son el establecimiento de horarios para la realización de ciertas tareas, la relajación, la identificación de pensamientos automáticos, desafío de pensamientos y conductas, y la resolución de problemas. Ammerman et al. (2005), realizaron un estudio de seguimiento en los hogares de 26 madres con depresión, a través de técnicas para cambiar los pensamientos irracionales y la sobre generalización. Los resultados obtenidos indican que las madres tenían niveles más bajos de depresión y su funcionamiento era más ajustado. Ugarriza y Schmidt (2006) realizaron un estudio piloto con 20 madres que proporcionaban intervención psicológica a través del teléfono, "teleasistencia". Debido a la manifestación de las madres de falta de voluntad para asistir a las sesiones. Así, se enseñó a las madres a identificar los síntomas de la depresión postnatal, así como estrategias para la resolución de problemas y la relajación. Aunque la muestra es pequeña, las conclusiones sugieren que este primer enfoque ha resultado satisfactorio ya que no sólo las madres mostraron menos síntomas depresivos, sino también satisfacción con esta forma de asistencia.

También se ha sugerido que en los programas educativos las mujeres puedan auto-evaluar su estado emocional mejor y de forma más eficaz buscar ayuda médica. Es decir,

que no buscan atención médica para sí mismas o para el niño sin una razón clara. Así, estos programas contribuyen a un mayor conocimiento de la salud mental de las madres (Buist et al., 2007).

En los años 40, el Reino Unido inició la creación de **unidades de tratamiento** primario de los trastornos psiquiátricos asociados con el embarazo, lo que permitió a las madres y los bebés de menos de doce meses de edad recibir apoyo psiquiátrico especializado para aquellos trastornos psiquiátricos del puerperio (Salmon, Abel, Webb, Warburton & Appleby, 2004). En Gran Bretaña la primera unidad de psiquiatría madre-bebé se inauguró en 1948 y en Francia en 1979, en Australia en 1983 abrió su primera unidad en Victoria no Larundel Psychiatric Hospital y en Bélgica abrió en 1990 (Cazas & Glangeaud-Freudenthal, 2004). Poinso, Gay, Glangeaud-Freudenthal y Rufo (2002) consideran que otra de las ventajas de la admisión conjunta de la madre y el niño en estas unidades especializadas es permitir la participación en un tratamiento psiquiátrico donde la madre tiene la oportunidad de forma simultánea de recibir apoyo en el desarrollo de su identidad como madre. Según Buist et al. (2004), estas unidades se crearon en respuesta a las enfermedades mentales postparto, ya que 14% de las mujeres sufren de depresión postnatal. Estas unidades se consideran importantes para la admisión conjunta de la madre y el niño, ya que la separación tiene consecuencias negativas, tales como el sentimiento de culpa de la madre, lo que podría precipitar/agravar algunos de los problemas que llevan a la hospitalización.

En este tipo de unidades los tratamientos son multidisciplinarios: el tratamiento biológico, las terapias cognitivo-conductual, orientación y educación de los padres sobre el cuidado de los niños, la terapia de pareja, arte, música y danza terapia. Estudios de seguimiento de los resultados de la integración de estas unidades resultan ser positivos tanto para la madre y el bebé, ya que las madres cuando salen del hospital ya no revelan problemas que necesiten de intervención (Fisher, Feekery & Rowe, 2004; Salmon, Abel, Cordingley, Friedman & Appleby, 2003).



En lo que respecta a la hospitalización de la madre que no va acompañada por el bebé plantean las siguientes preguntas: ¿cómo puede una mujer ser madre si su bebé no está presente físicamente? Cómo desarrollar los lazos vinculantes si no es la madre que provee cuidado diario? (Cazas & Glangeaud-Freudenthal, 2004). Con base en estas y muchas otras cuestiones se han creado las unidades psiquiátricas madre-bebé.

Sin embargo, en Portugal, no sólo no hay ningún tipo de unidad especializada en este tipo de tratamiento, sino también se hace difícil diagnosticar estos trastornos. Cuando estos trastornos ocurren no existen locales especializados en el tratamiento de este problema, lo que implica numerosas consecuencias para la madre, el bebé, la familia y la sociedad en general, como se ha informado ampliamente en las secciones anteriores.

Así, Stuart, O'Hara y Gorman (2003), creen que las intervenciones psicoterapéuticas para el tratamiento de la depresión postnatal son importantes porque al no mostrar la existencia de efectos secundarios indeseables (como por ejemplo en el caso del uso de antidepresivos) son una buena alternativa de tratamiento.

Las intervenciones de naturaleza psicosocial se pueden clasificar en intervenciones preventivas o en intervenciones de tratamiento después de la aparición de los síntomas depresivos en el puerperio. Con respecto a estos dos tipos de intervenciones sólo recientemente han comenzado las preocupaciones para empezar a planificar intervenciones preventivas para las mujeres consideradas en riesgo y para las mujeres embarazadas en general. Habiendo realizado un análisis de los distintos tipos de intervención preventiva Stuart et al. (2003) consideran que pueden funcionar mejor si se dirigen a las mujeres en riesgo y si se asume que diferentes mujeres pueden reaccionar de manera diferente a la acción de diferentes intervenciones. Es necesario identificar muy bien los factores de riesgo de cada mujer a fin de que la intervención sea diferenciada.

Shakespeare (2005) llevó a cabo una revisión de la literatura y concluyó que todos los estudios que han puesto en marcha la intervención psicológica, indicaron que hubo una mejoría en la depresión cuando se comparan los grupos de control con los grupos intervenidos. Las intervenciones no farmacológicas proponen una terapia alternativa que

tiene buenos resultados y no utilizan antidepresivos. Por lo que se debe ofrecer a las madres para que puedan remitir su trastorno.

Milgrom, Negri, Gemmill, McNeil y Martin (2005) argumentan que, aunque no hay resultados absolutamente concluyentes sobre el tipo de intervenciones en la depresión postnatal, no hay duda de que la intervención psicológica en sí muestra resultados superiores en la reducción de la depresión y la ansiedad en comparación con el uso de los cuidados de rutina normal (Hendrick, 2006).

*En resumen* como puede verse en el análisis de este apartado, todavía no hay consenso sobre la metodología de intervención más eficaz/eficiente cuando se trata de la depresión postnatal. Shakespeare (2005) señaló que las principales conclusiones que pueden extraerse de los diversos tratamientos llevados a cabo sobre la depresión postnatal es que, a pesar de todas las variaciones metodológicas, los tratamientos existentes son eficaces para la madre.

Cualquiera que sea el tipo de tratamiento que las madres pueden eventualmente ser objeto, Hendrick (2006), considera que es importante fomentar las madres a obtener y activar apoyo familiar, de los amigos y personal que cuida de los niños para que puedan dormir y descansar lo más posible lo que puede contribuir para reducir algunas de las responsabilidades de las mujeres.

Misri y Kendrick (2007), llegaron a la conclusión en la revisión de la literatura sobre los tratamientos farmacológicos y/o los tratamientos no-farmacológicos que se encuentran asociados unas veces con efecto positivo y otras veces negativo. Consideran que lo más importante es identificar qué intervenciones funcionan mejor con cada madre a pesar de que a menudo resulta una tarea difícil.

Se sigue sin llegar a un consenso en relación con el hecho de que el tratamiento temprano es más eficiente, o que un tratamiento es superior a otro. Sin embargo, a pesar de algunos desacuerdos acerca de la efectividad de las intervenciones, existe un consenso

entre la comunidad científica: no realizar ningún tipo de intervención es, sin duda, un riesgo mucho mayor de lo que cada intervención por sí misma puede traer.

Por lo tanto, se concluye que los principales objetivos de la intervención psicológica, cualquier que sea la forma que adopten en su aplicación, son fundamentalmente:

- Reducir los síntomas depresivos;
- Mejorar la percepción que tiene la madre de su capacidad de adaptación al bebé;
- Aumentar el afecto positivo de las madres con sus bebés;
- Aumento de las verbalizaciones de las madres a los bebés;
- Mejorar la relación familiar.

Se concluye, que es importante continuar con los estudios que promueven la intervención, para que sea posible recoger más información que conduzca a un análisis más satisfactoria de las intervenciones que deban adoptarse en el trastorno de la depresión postnatal.

### **1.3. Reflexiones finales**

La revisión de la literatura que aquí se presenta se refiere al análisis de una muestra de los estudios que en todo el mundo se han desarrollado en el contexto de la depresión postnatal. Esta revisión dio lugar a la posibilidad de desarrollar una visión general de lo que ya se sabe y lo que sigue siendo inexplicable.

Aunque los estudios sobre la depresión postnatal, probablemente ya se han iniciado en 1968 con las observaciones de Pitt, la verdad es que podemos decir que la depresión

postnatal es un fenómeno complejo, cuyas dimensiones aún no están claramente identificadas.

Según lo verificado por el análisis teórico realizado, hay algunos factores de riesgo que señalan los diferentes autores, pero cuya contribución específica a la aparición de la depresión postnatal no está bien definida.

Entender mejor la influencia de diferentes factores de riesgo en la ocurrencia de la depresión postnatal sigue siendo un desafío para la comunidad científica. Sin que esto ocurra seguirá siendo difícil de planear estrategias de intervención ajustadas.

Los principales factores de riesgo que se han sugerido, aunque sin consenso inequívoco en la comunidad científica, son los demográficos, biológicos, psicosociales, de personalidad, antecedentes psiquiátricos y las características del bebé. Aunque se traten de grandes grupos de factores de riesgo, lo que está sucediendo es que los diferentes estudios a menudo llegan a conclusiones contradictorias entre sí.

Puesto que no hay consenso con respecto a estos factores sigue siendo necesario su estudio. Este estudio deberá tener lugar en diferentes países y en grupos con características diferenciadas, para que se trate de identificar un patrón de ocurrencia y la prevalencia de la depresión postnatal. También es posible ver que en algunos países la inversión en esta área han sido alta, mientras que en otros sigue habiendo poca inversión, lo que no permite una comprensión más amplia de este fenómeno como sería deseable.

De los estudios revisados en este capítulo, es evidente que se presentan diferentes tipos de variables para explicar su influencia en la aparición de la depresión postnatal. De las variables consideradas, las variables psicosociales parecen estar ejerciendo un mayor efecto. Sin embargo, si los diferentes estudios han investigado su impacto de forma aislada, la verdad es que, como tal, no hay permitido traer una gran contribución al avance de los conocimientos existentes, es importante seguir estudiando la influencia de estas variables de una manera más global y teniendo en cuenta la posible interacción que pueda existir entre ellas.

También no menos importante es considerar que el estudio de la depresión postnatal debe ser visto en una perspectiva evolutiva. Es decir, que no es suficiente llevar a cabo secciones transversales en la vida de la embarazada o después del parto. Más bien, es fundamental adoptar una perspectiva longitudinal para identificar factores de diferenciación a través del tiempo. También de esta opinión son Armstrong y Small (2010), que llevaron a cabo un estudio de evaluación de un proyecto que hizo el seguimiento de las mujeres y sus bebés con relación a la depresión después del parto y a los problemas generales de salud, donde concluyen que para que la depresión postnatal sea bien estudiada se debe utilizar más de una forma de la evaluar; y su evaluación debe ocurrir en diferentes períodos de tiempo después del nacimiento.

Así, para que diferentes factores de riesgo y de protección puedan ser abordados, surge el modelo biopsicosocial, teniendo en cuenta la influencia de diferentes variables en la aparición y el mantenimiento de la depresión postnatal. Es importante tener en cuenta dentro de este modelo la influencia de las variables demográficas, psicosociales, biológicas, obstétricas y clínicas. Debería considerarse el impacto de estas variables por sí solo, analizando su impacto actual en la vida de la mujer, pero también teniendo en cuenta su impacto en su pasado. Con respecto al pasado, es crucial evaluar sus antecedentes de trastornos psicopatológicos, en particular, lo estudio de existencia previa de depresión. Otra contribución importante del modelo biopsicosocial en el estudio de la depresión postnatal, se refiere a la posibilidad de permitir el estudio de las interacciones entre las variables en el tiempo y, tener en cuenta el estudio de variables que no son intrínsecas a la propia mujer. De estas, se señala la importancia de estudiar las variables relacionadas con el padre del niño, tratando de entender cómo estas pueden influir en la depresión postnatal de la mujer.

Para terminar, se señala que el análisis realizado nos lleva a concluir que es necesario realizar más estudios sobre la depresión postnatal ya que muchas cuestiones siguen surgiendo. Bajo este supuesto y, utilizando el modelo biopsicosocial, que analiza la influencia de los diferentes tipos de variables y la posible interacción no sólo entre ellas mismas pero con el tiempo, se definieron los principales objetivos de este estudio. Los

objetivos se basan en la necesidad de tratar de aclarar cuestiones que tras el análisis del marco teórico realizado parecen poco claras. Se pretende contribuir a esclarecer la etiología y las consecuencias psicosociales de este fenómeno. Así, la metodología del estudio se presenta a continuación.

## I. INTRODUÇÃO TEÓRICA

Este trabalho centra-se no estudo da depressão pós-natal. Nesta temática, a única ceteza que existe até ao momento, é que as mães descrevem uma vergonha profunda, ansiedade e a sensação de que estão a falhar no que elas acreditam ser o papel de “boa mãe” (Knudson-Martin & Silverstein, 2009).

Este capítulo inicia com a caracterização das perturbações psicopatológicas associadas ao puerpério. Descrevem-se e comparam-se as três grandes perturbações: *baby blues*, psicose pós-parto e depressão pós-natal. De seguida, procede-se a uma caracterização específica do tema que constituiu o foco do nosso trabalho: a depressão pós-natal. Para tal, analisam-se os critérios de diagnóstico, a prevalência e a evolução da depressão pós-natal. No ponto seguinte, aborda-se de que forma os principais modelos teóricos a estudam e que causas lhe atribuem, discutindo quais os principais factores de risco associados à sua emergência. Analisam-se também as principais consequências que advêm para a mulher, para o bebé, bem como para a família e a sociedade em geral. E, para finalizar esta primeira parte de fundamentação teórica, descrevem-se algumas das intervenções que têm sido realizadas de carácter biológico e psicossocial, para minimizar as consequências existentes.





## I. INTRODUÇÃO TEÓRICA

### 1.1. Perturbações psicopatológicas do puerpério

Brazelton e Cramer (1989) defendem que os nove meses de gravidez permitem que os pais se adaptem quer em termos físicos quer em termos psicológicos a todo o processo de gravidez. Contudo, diversos estudos têm demonstrado que nem sempre esta adaptação acontece e algumas perturbações podem ocorrer. Nesta perspectiva, a maternidade tem sido encarada como uma crise de desenvolvimento que acarreta um conjunto significativo de alterações a nível psicológico.

É importante referir que têm sido identificados três grandes quadros psicopatológicos associados ao nascimento de um bebé: *blues* pós-parto, depressão pós-natal e psicose pós-parto. No entanto, não existe ainda uma resposta clara para a questão: “será que são síndromes perfeitamente diferenciados e independentes, ou serão diferentes graus de uma mesma perturbação?”.

É frequente as mães referirem sentimentos de isolamento e de solidão devido à sensação de que ninguém entende aquilo porque estão a passar. Numa meta-análise realizada por Beck (2001), surgiu também um tema recorrente: a “perda pervasiva”. Esta perda refere-se à falta de controlo em todos os aspectos da sua vida, incluindo as emoções e as cognições.

Muitas vezes as pessoas com depressão sentem-se culpadas e pensam que com o tempo vão acabar por lidar melhor com a situação não procurando assim qualquer ajuda. As mães deprimidas por vezes sentem medo de ser julgadas pelos profissionais e, pelas outras pessoas em geral, chegando mesmo a temer que o bebé lhe seja retirado, pelo que vão ocultando os seus sintomas e sentimentos (Murray, Cooper & Hipwell, 2003). Assim, tem-se observado que como consequência dos transtornos de humor associados ao pós-

parto, as mães referem sentimentos de culpa (Chan, Williamson & McCutcheon, 2009) considerando-se más mães e revelando incapacidade para se vincularem aos seus filhos.

Embora as mulheres sintam as alterações, não procuram tratamento para o seu problema. Neste sentido, Marcus, Flynn, Blow e Barry (2003) realizaram um estudo com 3.472 mulheres tendo chegado à conclusão de que 86.20% das mulheres com sintomas depressivos não estavam a receber qualquer tipo de tratamento (medicação, psicoterapia e aconselhamento). Mais de metade das mulheres que estavam a tomar medicação para a depressão pararam quando engravidaram. Num outro estudo, Scholle, Haskett, Hanusa, Pincus e Kupfer (2003) também chegaram a conclusões semelhantes no que diz respeito ao diagnóstico/tratamento da depressão: menos de 21% das mulheres com depressão estavam a receber tratamento. Assim, o estigma de ter depressão pode ser impeditivo de procurar ajuda, em particular num período em que socialmente é esperado que se esteja feliz.

Assim, a identificação de formas severas de depressão e psicose quer durante o período de gravidez quer no pós-parto é muito mais fácil de ser feita do que o reconhecimento de formas ligeiras que frequentemente escapam ao diagnóstico, não deixando estas contudo de ter reflexos importantes no bebé, na mãe, no pai, na família e na sociedade (Born, Zinga & Steiner, 2004).

Uma vez que aos três grandes quadros psicopatológicos referidos são associados alguns sintomas com duração e intensidade específicos optamos por caracterizar cada um deles separadamente, nos pontos que se seguem.

### 1.1.1. Blues

Já Robin (1962) se preocupou com esta questão e entrevistou mulheres no oitavo e nono dia pós-parto, concluindo que dois terços se queixaram de labilidade emocional e três quartos de “depressão de curta duração”. Assim, esta perturbação, foi identificada há inúmeros anos, por se considerar que interferia com a adaptação da mulher a esta nova fase da sua vida. Porém, os *Blues*, foram descritos como um síndrome por Yalom, Lind, Oos e Hamburg em 1968, e constituem uma condição que é mais ligeira na alteração do humor e que ocorre muito próximo do pós-parto. Henshaw (2003), relata que já em 1952, se descreveu uma reacção depressiva moderada, que envolve fadiga, choro e dificuldade em pensar claramente e que, na época, foi descrita como “depressão do terceiro dia”. Das alterações de humor associadas com o parto é a menos grave. Na DSM-IV-TR (2002) é descrita como uma forma de depressão ligeira e transitória com a duração de 3-7 dias após o parto. É o síndrome de alteração de humor pós-parto mais comum. Está associado a sintomas como choro, tristeza, ansiedade e labilidade emocional. Contudo, percebeu-se que esta perturbação (*baby blues*) apesar de muito frequente, isto é, «que afectam cerca de 70% das mulheres durante os primeiros dez dias seguidos ao parto, são transitórios e não causam défice de funcionamento. Estudos prospectivos demonstraram que os sintomas do humor e da ansiedade durante a gravidez, bem como os «*baby blues*», aumentam o risco de um Episódio Depressivo Major pós-parto» (DSM-IV-TR, 2002, p.422).

Miller (2002) coloca duas possíveis hipóteses explicativas inerentes à emergência dos *blues* pós-parto. A primeira, defende que as mudanças de humor resultam da descida hormonal brusca, tais como os níveis absolutos de estrogéneos e progesterona. Numa segunda hipótese, postula que os *blues* pós-parto poderão resultar da activação de um sistema biológico inerente ao comportamento de vinculação mãe-bebé dos mamíferos, que é regulado pela oxitocina. Existe já evidência para este efeito em mamíferos não-primatas: mães roedoras cujas células de produção de oxitocina foram cirurgicamente removidas

exibem menor comportamento maternal. Pressupõe-se que possa ocorrer um mecanismo similar, embora mais versátil, nos humanos e outros primatas.

Quando se analisa a sintomatologia associada aos *baby blues*, constata-se que a incidência de depressão, choro, ansiedade e labilidade de humor aumenta nos primeiros cinco dias após o nascimento começando posteriormente a diminuir. A irritabilidade poderá prolongar-se por mais duas semanas. Descreve-se assim como um quadro com perturbações ligeiras, perfeitamente localizado e de duração limitada, e sem necessidade de tratamento porque os sintomas se resolvem espontaneamente nas duas primeiras semanas pós-parto (Gale & Harlow, 2003).

Faisal-Cury, Tedesco, Kahhal, Menezes e Zugaib (2004) observaram que a percentagem desta perturbação é muito superior à depressão pós-natal na medida em que 62% das mulheres classificadas como casos *blues* evidenciaram resultados negativos para a depressão pós-natal. Para Henshaw, Foreman e Cox (2004) mulheres que evidenciaram um estado severo de *blues* (de acordo com o *Blues Questionnaire*) têm três vezes mais probabilidade de vir a ter depressão pós-natal do que as mulheres que não tiveram esta perturbação. Para Blenning e Paladine (2005), os *blues* são considerados um fenómeno fisiológico resultante das alterações hormonais e agravados pela privação de sono, deficiências nutricionais e pelo stress da maternidade.

Pode-se então concluir, que apesar de esta perturbação estar associada a um pequeno período temporal, em que as sequelas se revelam praticamente inexistentes para os vários actores envolvidos, não será contudo de descurar a sua manifestação pois poderá indicar-nos estarmos perante mães com maior probabilidade de manifestação de depressão pós-natal. Será então necessário fazer um despiste destes casos, que poderão levar os técnicos de saúde a ter dois tipos de intervenção diferenciada: concluírem que se revelaram como episódios de *blues* puros ou, então indiciar mães de risco para a emergência da depressão pós-natal, cujo acompanhamento deve decorrer desde a fase mais inicial possível.

### 1.1.2. Depressão pós-natal

Neste ponto, procedemos apenas a uma breve caracterização geral da depressão pós-natal, uma vez que no próximo capítulo esta será descrita com mais pormenor.

A depressão pós-natal tem sido também designada como “depressão clínica”, “depressão crónica do puerpério” ou “depressão pós-parto”. Em 1968 Pitt, ao tentar sistematizar os conhecimentos deste tipo de depressão refere-a como “atípica” por apresentar uma intensidade sintomatológica algo diferente da que habitualmente faz parte do quadro depressivo. Assim, considera que na depressão pós-natal são pouco frequentes os seguintes sintomas: ideação de suicídio, o desespero, o agravar dos sintomas pela manhã e a insónia matinal; enquanto que a ansiedade relacionada com os cuidados do bebé, medos hipocondríacos, sintomas somáticos, irritabilidade acentuada, sentimentos de culpabilidade resultantes do receio de não cuidar bem do bebé, são sintomas que são muito frequentes neste quadro psicopatológico. Contudo, tem-se reforçado a ideia de que os sintomas apresentados possuem grande semelhança com os que constituem um quadro Depressivo Major noutros períodos de vida, sendo que estes se situam ao nível emocional, comportamental e físico (Born et al., 2004). Segundo este autor, ao nível emocional é frequente maior irritabilidade, choro, tristeza, variações de humor incontroláveis, sentimento de sobrecarga e incapacidade em lidar com os acontecimentos e sensação de solidão. Comportamentalmente, verifica-se ou a falta de interesse no bebé ou, pelo contrário, um excesso de atenção neste, perda de interesse nas actividades, perda de energia e de motivação, isolamento e incapacidade para tomar decisões. Podemos ainda encontrar sintomas a nível físico que se traduzem por exaustão, fadiga, alterações de sono e de apetite, dores de cabeça e de peito, hiperventilação e palpitações.

No que se refere a esta perturbação, não existe ainda uma taxa de prevalência que reúna total consenso da comunidade científica. Provavelmente, em grande parte, devido aos diferentes métodos que os vários estudos utilizam para avaliar a depressão pós-natal.

Tem sido utilizada uma grande variedade de instrumentos para avaliar a depressão pós-natal nos diversos estudos que se têm realizado, sendo difícil comparar resultados. Verifica-se ainda que mesmo quando são utilizados os mesmos instrumentos, os pontos de corte não estão uniformizados; e que a avaliação da depressão pós-natal tem sido avaliada em diferentes momentos pós-parto. Porém, apesar destas discrepâncias assinaladas, é consensual que a taxa de prevalência oscila entre 10% a 15% e que a ocorrência sendo a seguir ao parto deverá ter uma duração superior a duas semanas para que se possa realizar o diagnóstico (Areias, Augusto, Figueiredo, Calheiros & Figueiredo, 1993).

No entanto, relativamente à sua especificidade realça-se um aspecto muito importante que é o de o seu *timing* ser único e de envolver sempre pelo menos a díade mãe-bebé e em muitas situações também o resto da família (Steiner, 1998; Riecher-Rössler & Hofecker, 2003). É também frequente que existam sentimentos de culpa e sensação de incapacidade para ser mãe e para cuidar do bebé (Gale & Harlow, 2003). Realce-se ainda a unicidade que deriva de todas as alterações neuroendócrinas e das adaptações psicossociais (DSM-IV-TR, 2002). Blenning e Paladine (2005) defendem que o período pós-parto se refere ao período que começa uma hora após a retirada da placenta até às seis semanas que se seguem. Após este período a nova mãe encontra-se num estado fisiológico de não gravidez, que dará origem a um processo de reorganização fisiológica que poderá ser propícia à emergência de depressão pós-natal.

### **1.1.3. Psicose**

Outra perturbação associada ao período pós-parto, diz respeito à psicose. A psicose, assume um carácter completamente distinto das duas perturbações acima descritas. É uma perturbação com início agudo e de evolução rápida, sendo considerada a perturbação do

pós-parto mais severa mas também a menos frequente. No estudo da psicose não têm sido identificados factores psicossociais associados ao início da sua manifestação e têm sido considerados os factores biológicos como mais importantes. Enquanto que a depressão pós-natal pode apresentar diferentes graus de gravidade, a psicose apresenta-se sempre como sendo severa e habitualmente com necessidade de recurso à hospitalização, uma vez que as consequências que lhe poderão estar associadas são extremamente graves. Devido à intensidade sintomatológica, as mães facilmente perdem o controlo, o que poderá conduzir a situações dramáticas (Robertson & Lyons, 2003).

É habitualmente considerada uma psicose com predomínio dos sintomas afectivos, donde se evidenciam o “delirium” e o “estado confusional”. Esta patologia foi a primeira a ser identificada como associada ao momento pós-parto por ter consequências extremamente graves como o infanticídio e suicídio. A prevalência populacional desta perturbação é de aproximadamente 1 em cada 1000 puérperas, mas quando uma mulher tem uma psicose pós-parto o risco de que esta se manifeste novamente numa próxima gravidez é de 30% a 50% (DSM-IV-TR, 2002) ou de 1 em 3 (Parry, 2004).

A psicose é uma perturbação de início muito rápido, apresentando-se os sintomas entre as primeiras 48 a 72 horas após o parto, embora a maioria dos episódios se desenvolva durante as duas primeiras semanas (Robertson & Lyons, 2003). Embora a relação entre o nascimento e doença mental já seja reconhecida há centenas de anos o estatuto nosológico da doença continua a causar controvérsia.

Para Murray et al. (2003) a psicose pós-parto ocorre independentemente da adversidade ambiental. Devido à grande proximidade temporal com o nascimento e o elevado risco de recorrência após novo nascimento, considera-se que os factores biológicos podem ter um papel importante na sua etiologia.

O factor de risco mais significativo associado à emergência da psicose pós-parto é a existência de doença psiquiátrica anterior. Mulheres com história anterior de alterações de

humor e história familiar de psicose pós-parto têm maior risco de ocorrência de um episódio psicótico do que as que não têm qualquer tipo de antecedente pessoal ou familiar de doença psiquiátrica (DSM-IV-TR, 2002; Gale & Harlow, 2003).

Os principais sintomas referem-se a alterações de humor (que oscila muito rapidamente entre humor deprimido ou muito elevado), comportamento desorganizado, ilusões e alucinações. As mulheres com psicose pós-parto demonstram comportamentos mais desorganizados no cuidado ao bebé, menos percepção dos efeitos do seu comportamento no bebé, menor sensação de auto-eficácia e menos capacidade para compreender as necessidades físicas e emocionais da criança. Em Inglaterra, França, Austrália e Nova Zelândia, faz-se o internamento em unidades especializadas mãe-bebé existindo a preocupação de disponibilizar à criança o apoio de mais cuidadores minimizando um pouco a descontinuidade dos cuidados. Nestas unidades a mãe é apoiada e simultaneamente incentivada a manter interacção com o bebé. A mãe sente-se apoiada, não sente a pressão de ter que ser capaz de sozinha dar resposta às necessidades do bebé e, por outro lado, não sente o afastamento do seu filho. Poderá acompanhar os seus cuidados e desenvolvimento, à medida da sua própria capacidade e disponibilidade, sem se sentir pressionada ou julgada (Murray et al., 2003).

O prognóstico é em geral favorável, recuperando as mulheres completamente e demonstrando posteriormente bom funcionamento social. As mulheres com psicose sentem-se mais culpadas do que as mulheres com depressão pós-natal porque têm de ser internadas e o contacto com a realidade e a experiência de cuidar do bebé são muito mais profundamente afectados. Isto, quando falamos em situações de internamento em que as mães são colocadas em unidades gerais de psiquiatria, sendo afastadas do seu bebé. Nos países em que existem as unidades psiquiátricas mãe-bebé isto é um pouco minimizado, embora pese sempre o facto de a mãe ter sido internada e afastada do seu meio social, logo após o parto (Robertson & Lyons, 2003).



Nager, Johansson e Sundquist (2005) ao procederem ao estudo do número de mães internadas devido a psicose pós-parto, verificaram que o número de hospitalizações desceu significativamente entre 1990 e 1997, período durante o qual na Suécia existiu a redução do número de camas nas unidades psiquiátricas. O que segundo os mesmos autores, se torna especialmente preocupante no caso da psicose pós-parto, já que, tal como já foi referido, nesta patologia existe um elevado risco de suicídio e infanticídio. Este risco também é descrito por Herron, McGuiness, Blackmore, Craddock e Jones (2007) que realçam que o atraso na realização do diagnóstico da psicose pós-parto pode ser simultaneamente grave e custoso.

Noorlander, Bergink e Berg (2008) estudaram as diferenças de vinculação das mães aos bebés e aos enfermeiros dos serviços psiquiátricos, tendo descoberto que as mães com psicose pós-parto têm maior vinculação com os bebés e menor com os técnicos de saúde, quando comparadas com as mulheres com depressão pós-natal. Possivelmente esta diferença ocorre porque o prognóstico da psicose pós-parto é de recuperação plena e em curto espaço de tempo. É assim importante que as mulheres possam ter a possibilidade de hospitalização para que a recuperação seja plena.

Em *resumo*, da análise até agora realizada, podemos concluir que apesar de existirem alguns pontos comuns e alguma semelhança sintomatológica entre estes três quadros, eles são assumidos como claramente distintos entre si. Em termos de síntese, podemos recorrer à tabela proposta por Born et al. (2004) para facilmente identificarmos as grandes semelhanças e diferenças entre estes três tipos de perturbação (Tabela I.1).

Para além da importância de descrever estas perturbações do puerpério, é também fundamental tentar identificar formas de actuação e tratamento quando nos encontramos perante a sua manifestação clínica. Apesar de cada autor possuir metodologias de intervenção próprias e diferenciadas para cada uma das perturbações, aqui abordaremos

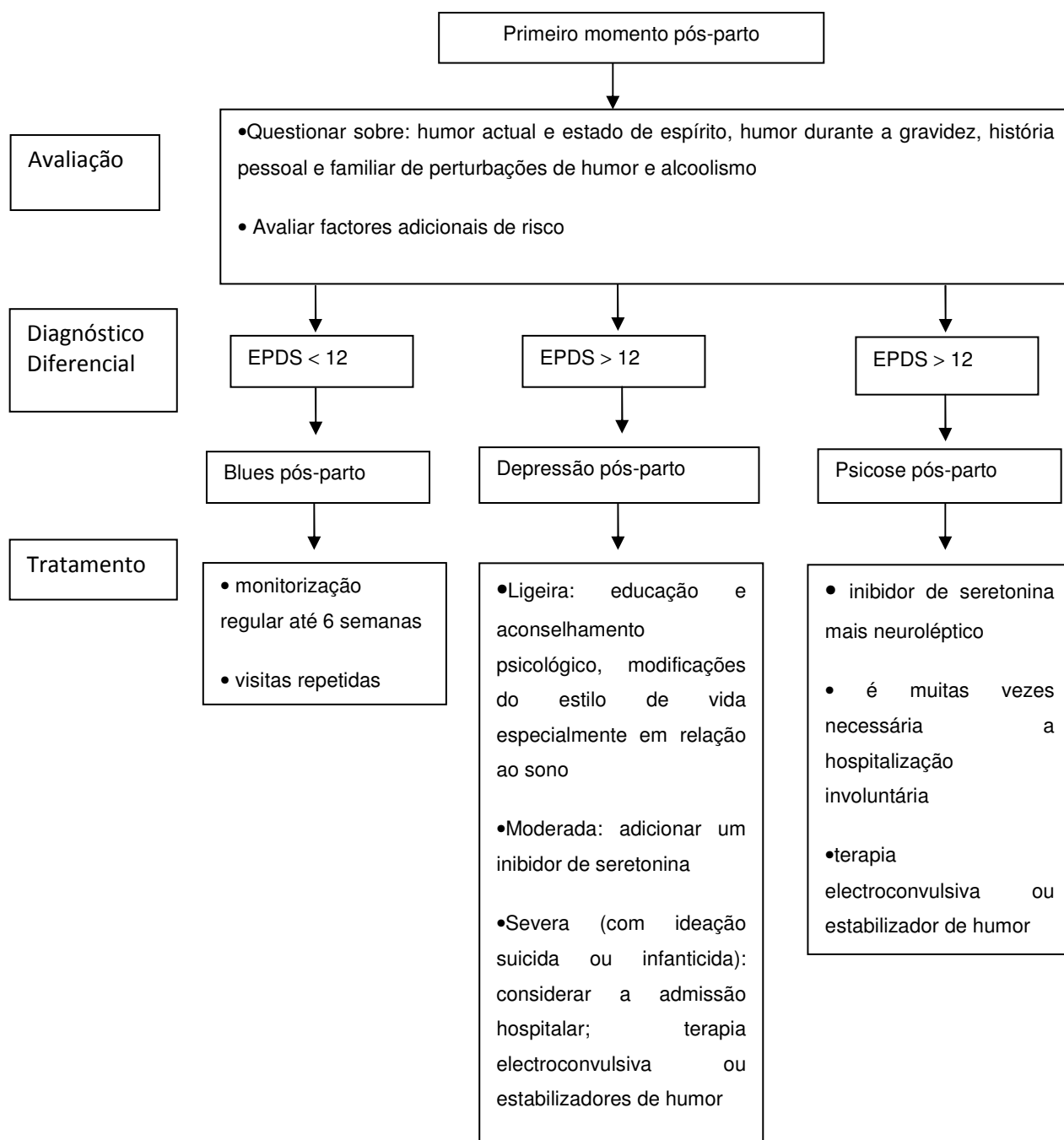
um algoritmo de identificação e tratamento proposto na síntese comparativa destes autores. Adiante, como já referimos, e porque este trabalho se pretende debruçar sobre a depressão pós-natal, para esta, teremos uma abordagem detalhada de todas as suas dimensões. Contudo, parece-nos pertinente que se realize uma breve abordagem comparativa entre estas perturbações.

Tabela 1.1. Caracterização das desordens pós-parto segundo Born et al. (2004)

<b>Início e sintomas das desordens pós-parto</b>		
<b><u>Blues pós-parto</u></b>	<b><u>Depressão pós-parto</u></b>	<b><u>Psicose pós-parto</u></b>
<i>Início</i>	<i>Início</i>	<i>Início</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• nos 5 primeiros dias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• usualmente entre as 6 e as 12 semanas</li> <li>• pode emergir mais tarde durante o 1º ano</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• usualmente nas 48-72 horas pós-parto</li> <li>• o risco permanece elevado até 4 meses</li> </ul>
<b><i>Sintomas Característicos</i></b>	<b><i>Sintomas Característicos</i></b>	<b><i>Sintomas Característicos</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• labilidade de humor</li> <li>• choro</li> <li>• tristeza</li> <li>• ansiedade</li> <li>• irritabilidade</li> <li>• euforia</li> <li>• falta de concentração</li> <li>• sentimentos de dependência</li> <li>• perturbações do sono</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• semelhantes aos da Depressão Major</li> <li>• perturbação de sono, particularmente incapacidade em voltar a dormir depois de alimentar o bebé</li> <li>• demasiado ansiosa ou preocupada com as questões de cuidar do bebé e de ser mãe, especialmente dar de mamar</li> <li>• preocupações sobre não ser boa "mãe"</li> <li>• história de telefonemas ou visitas constantes sobre a saúde da mãe ou do bebé sem razões objectivas de preocupação</li> <li>• pensamentos obsessivos com ou sem compulsões</li> <li>• ideação suicida ou infanticida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pensamentos de desilusão, frequentemente relacionados com o bebé</li> <li>• hipervigilância em relação ao bebé</li> <li>• euforia e falta de sono</li> <li>• hipercinesia psicomotora e acinesia expressiva e de reacções emocionais</li> <li>• hipersensibilidade a comentários neutros</li> <li>• alucinações visuais, tácteis, olfactivas, auditivas</li> <li>• perplexão, confusão ou desorientação</li> <li>• diminuição das capacidades cognitivas</li> <li>• sintomas de delírio</li> <li>• falta de apetite</li> <li>• alterações da consciência</li> </ul>

Da análise da Figura I.1, conclui-se que os autores propõem que logo no período imediato ao parto se proceda a uma avaliação do humor da mãe, da sua história psiquiátrica anterior, que se analisem potenciais factores de risco bem como se efectue o acompanhamento de possível existência de complicações médicas. Para a avaliação do humor e da sintomatologia depressiva, propõem o recurso ao *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Em função do *score* obtido e da intensidade sintomatológica, os autores propõem intervenções diferenciadas.

Figura I.1. Algoritmo de identificação e tratamento das perturbações pós-parto segundo Born et al. (2004)



Para a intervenção nos *blues*, os autores referidos, não propõem nada de concreto, assumindo que a remissão dos sintomas ocorrerá num curto espaço de tempo. Contudo, e uma vez que estes podem constituir um factor de risco para a depressão pós-natal, propõem que se realize um acompanhamento das mães durante seis semanas, realizando para o efeito, visitas regulares a casa.

Considerando a intervenção proposta para a depressão pós-natal, os autores defendem, de acordo com o seu grau de gravidade, diferentes estratégias de intervenção. Na depressão ligeira deverá realizar-se um apoio psicológico e educacional em várias dimensões da vida da mulher. Na forma mais grave, de depressão pós-natal a intervenção proposta acaba por ser semelhante à que propõem para a psicose, com recurso a psicoterapia, a fármacos e à hospitalização.

Na psicose pós-parto, sugerem o recurso à intervenção farmacológica e à hospitalização por se considerar uma perturbação com sintomatologia mais grave.

*Resumindo*, sendo estes três transtornos três quadros psicopatológicos distintos, é importante proceder à sua identificação precoce de forma a poder proporcionar o acompanhamento mais adequado.

## **1.2. A depressão pós-natal**

Tendo em consideração, que o nosso trabalho se centra no estudo da depressão pós-natal, iremos aqui aprofundar várias dimensões a ela associadas, de modo a reunir informação pertinente para a sua caracterização.

Este ponto, tem como objectivo analisar quais os critérios de diagnóstico adoptados pela comunidade científica e descrever quais os resultados existentes sobre a sua prevalência e evolução. Pretende-se também efectuar uma breve descrição dos principais modelos explicativos da depressão pós-natal, descrever os principais factores de risco, analisar as suas principais consequências a diferentes níveis e, por fim, apresentar algumas das intervenções que se têm vindo a realizar neste âmbito.

Beck (1996), descreve a depressão pós-parto como um perigoso ladrão que rouba à mulher o tempo precioso que pode estar com o seu bebé e com o qual sonhou durante a gravidez. Já Hipócrates descreveu um conjunto de sintomas específicos associados a doença mental que resultavam do facto de a mulher ter tido um bebé e que designou de “febre puerperal” (Eberhard-Gran, 2003).

Embora não se possa afirmar claramente qual a etiologia da depressão, pensa-se que resulta da combinação de factores sociodemográficos, hormonais, psicológicos, e genéticos. Quando se estuda a depressão pós-natal importa reflectir se esta ocorre em relação com o nascimento do bebé ou se existem outros factores intervenientes. Pelo que, as abordagens de análise desta problemática devem considerar várias dimensões quando tentam perceber a sua etiologia.

As medidas preventivas, o diagnóstico precoce e o tratamento podem aliviar meses de sofrimento na mulher e minimizar as consequências nefastas no bebé e no sistema familiar (Beck, 2001), pelo que se torna fundamental a preocupação com este problema. Embora o diagnóstico precoce possa aliviar meses de sofrimento, nem sempre este se consegue efectuar pois a depressão pós-natal continua a ser de difícil diagnóstico. Sealy, Fraser, Simpson, Evans e Hartford (2009) numa amostra de 8750 sujeitos (homens e mulheres) no Canadá, avaliaram o conhecimento que as pessoas tinham sobre a depressão pós-natal, os seus sintomas e os recursos comunitários existentes para lidar com ela. Verificaram que 90.1% das pessoas tinham conhecimento da existência de depressão pós-natal, contra 62.5% de conhecimento de existência de *blues* pós-parto. Contudo, o facto de

a população conhecer o termo depressão pós-natal não implicou necessariamente o conhecimento dos seus sintomas e das fontes de apoio disponíveis. Desta forma, os autores concluem que é necessário desenvolver programas de educação pública para que as mulheres sintomáticas e as suas famílias possam recorrer a tratamento e apoio social.

Este facto reforça a necessidade de se continuarem a desenvolver estudos no sentido de perceber não só a depressão pós-natal em si mesma como também o impacto que este conceito tem na população em geral.

### **1.2.1. Critérios de diagnóstico**

A depressão pós-natal não difere qualitativamente da depressão noutros períodos de vida. Contudo, em contexto clínico é utilizado um especificador para se efectuar o seu diagnóstico com precisão: com início no período pós-parto.

Conscientes de que mais do que uma classificação possa existir para a determinação de critérios de diagnóstico, optamos pela utilização da DSM-IV-TR (2002) por ser mundialmente utilizada o que nos permite fazer a comparação com outros estudos. Na DSM-IV-TR (2002) a Depressão Major é caracterizada por um ou mais Episódios Depressivos Major que consistem em pelo menos duas semanas de humor depressivo ou perda de interesse, acompanhado pelo menos por quatro sintomas adicionais de depressão. Estes sintomas adicionais incluem: alterações no apetite ou peso, no sono e na actividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldades em pensar, concentrar-se ou em tomar decisões; ou pensamentos recorrentes a propósito da morte ou, ideação, planos ou tentativas suicidas.

Quando pensamos em confirmar o diagnóstico de depressão pós-natal e se recorre à DSM-IV-TR (2002), verificamos que existe um especificador para os episódios de Depressão Major “Com Início no Período Pós-Parto” que só se aplica desde que o início ocorra nas quatro semanas seguintes ao parto e assume-se que a sintomatologia não difere da sintomatologia dos episódios de humor que não são pós-parto. Embora neste manual se defina que ocorre nas primeiras quatro semanas pós-parto, considera-se que este período é muito curto (Boyd, Pearson & Blehar, 2002).

Estando muito ainda por descobrir relativamente a esta patologia, existe contudo já a certeza de que afecta uma grande percentagem de puérperas qualquer que seja a parte do mundo em que estas se encontram, não estando documentada a existência de diferenças raciais ou étnicas (Yonkers et al., 2004).

Uma das principais dificuldades no estudo da depressão pós-natal é que o diagnóstico desta problemática nem sempre é fácil devido à dificuldade que as mães têm em assumir o seu problema e em recorrerem a um profissional que proceda ao correcto diagnóstico. Brockington (2004b) defende que embora a melancolia puerperal tenha sido reconhecida há muitos séculos atrás, a emergência do conceito de depressão pós-natal foi muito útil não só em termos de categorização do fenómeno mas também porque permitiu reduzir um pouco o estigma associado a esta perturbação, permitindo que muitas mães com variadas desordens psiquiátricas pós-parto, reconhecessem que estavam doentes e pedissem ajuda. Para Chaudron, Szilagyi, Kitzman, Wadkins e Conwell (2004) a depressão pós-natal poderia ser detectada por pediatras, que recorreriam a instrumentos estandardizados para o fazer (como por exemplo o EPDS). É importante realçar que este é muitas vezes o único médico com quem a mãe tem contacto no primeiro ano de vida da criança. Após a detecção da sintomatologia depressiva por este técnico, a mãe poderia ser encaminhada para apoio especializado.

Embora, se considere que os sintomas da depressão pós-natal são semelhantes aos de depressão noutros períodos de vida, Kammerer et al. (2009) consideram que existe uma



importante diferença sintomatológica na depressão da gravidez e do pós-parto em comparação com outros períodos de vida: a perda de apetite é um sintoma que não ocorre na gravidez e no pós-parto. Assim, a depressão pós-natal não é definida como uma entidade separada mas sim como não diferindo qualitativamente da depressão noutros períodos de vida, facto que deve ser para Wisner, Moses-Kolko e Sit (2010) ser alvo de revisão na edição da DSM-V que está prevista para Maio de 2013.

### **1.2.2. Incidência e Prevalência**

Quando se faz uma revisão da literatura para analisar a incidência e prevalência da depressão pós-natal, conclui-se que as abordagens que têm sido feitas para o seu estudo têm sido diferenciadas. Areias et al. (1993) situam as investigações em dois grandes tipos de abordagens, que se distinguem não só em termos de origem histórica mas também em termos de metodologia. As primeiras investigações realizadas, analisavam os registos de internamentos psiquiátricos o que actualmente se considera insuficiente já que só uma minoria das situações conduz a internamento psiquiátrico. Neste momento, têm-se estudado longitudinalmente grupos de mulheres desde o período de gravidez. São os estudos que seguem esta metodologia que actualmente têm sido planificados e aplicados, com a grande vantagem de permitirem um maior acompanhamento da evolução do quadro de depressão pós-natal. Esta metodologia tem sido adoptada em vários países, permitindo concluir que as percentagens de depressão pós-natal se situam entre os 8% e 15%, o que de acordo com os mesmos autores indica a universalidade deste fenómeno e a sua ocorrência independente de variáveis culturais.

Outros dados para o estudo da prevalência, são os de Cox, Murray e Chapman (1993) que no seu estudo chegaram à conclusão de que a taxa de depressão pós-natal é

três vezes mais elevada no primeiro mês após o nascimento. Num estudo realizado por Areias (1994), em Portugal, com homens e mulheres, os dados obtidos indicaram que no período que se situa entre o nascimento e os três meses, a depressão pós-natal aumentou nas mulheres (24.50%); nos homens, a depressão manifesta-se mais tarde apresentando um pico entre os quatro e os doze meses após o nascimento. Assim, parece que as mulheres são mais vulneráveis à depressão nos primeiros meses após o nascimento.

Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Samuelsen e Opjordsmoen (2002) no seu estudo para analisar a depressão pós-natal utilizaram um grupo de controlo de mulheres não grávidas e chegaram à conclusão de que a depressão pós-natal não é mais elevada. Contudo, apesar de a percentagem de prevalência da depressão pós-natal poder não ser mais elevada do que a depressão em mulheres que não se encontrem num período de gravidez ou pós-parto, a percentagem de ocorrência da depressão pós-natal é significativa e ocorre num período cujas consequências vão para além da mulher. Também segundo Brockington (2004a) a taxa de incidência da depressão pós-natal é pouco diferente da taxa de incidência noutras mulheres.

Uma nova e importante dimensão no estudo da depressão pós-natal é examinar a sua evolução ao longo de um período alargado de tempo. E, neste sentido, Kalra e Einarson (2006) referem que a prevalência de depressão no primeiro trimestre de gravidez é de 7.40%, aumentando no segundo trimestre para 12.80%, mantendo-se virtualmente inalterada nos 12% no terceiro trimestre. Nalgumas pacientes a depressão pós-natal já se teria iniciado na gravidez aumentando de severidade no período pós-parto.

Embora as percentagens obtidas sejam algo divergentes de acordo com os autores considerados, indicam-nos algo de extrema importância: a frequência é elevada, pelo que justifica o investimento no estudo mais aprofundado desta perturbação por um lado, de modo a torná-la mais compreensiva e, por outro lado, para planificar estratégias de prevenção e/ou remediação.

Para Cooper et al. (2007) existem pelo menos três vias de investigação para estabelecer uma relação específica entre nascimento e depressão:

- 1) Epidemiológica: que analisa se a depressão é mais frequente no período pós-parto;
- 2) Etiológica: que tenta identificar factores específicos relacionados com o nascimento e os sintomas depressivos;
- 3) Fenomenológica: questionando se existem diferenças clínicas importantes na depressão neste período específico.

O estudo da incidência continua a ser uma preocupação actual a nível mundial, pelo que se refere por exemplo, um estudo realizado recentemente na China, em casais primíparos (n=130), em que se verificou que 13.8% das mães estudadas e 10.8% dos pais, evidenciaram depressão entre as 6 e 8 semanas após o parto (Gao, Chan & Mao, 2009).

Numa publicação recente Kozinszky et al. (2011) indicaram que a incidência da depressão pós-natal aumentou de 15.0% em 1996 para 17.40% em 2006, podendo na opinião dos autores, este facto ser inerente às alterações socioeconómicas do país.

Contudo, num estudo recente efectuado no Brazil, Lobato, Moraes, Dias e Reichenheim (2011) registaram uma taxa de incidência de 24.30% de depressão pós-natal nos primeiros 5 meses pós-parto. Contudo, assinalam que esta taxa média não foi homogénea ao longo destes 5 meses avaliados e, que atingiu o seu pico aos 3 meses onde o valor identificado foi de 37.50%.

Mann, Gilbody e Adamson (2010) efectuaram uma revisão da literatura sobre a informação disponível relativamente à incidência e prevalência da depressão pós-natal concluindo que não é possível efectuar uma boa generalização dos dados existentes, o que se torna uma importante limitação para o planeamento dos serviços de saúde perante esta problemática.

### 1.2.3. Evolução

No estudo da evolução da depressão pós-natal, é de realçar que embora este transtorno esteja associado ao pós-parto, tende a prolongar-se não sendo meramente transitório. Beeghly et al. (2002) também corroboram deste pressuposto afirmando que um nível moderado de depressão materna se mantém relativamente estável durante os três primeiros anos pós-parto. Defende contudo, uma hipótese provável para que tal se verifique: a manutenção dos factores de risco que estão associados à depressão. Também consideram que os níveis mais elevados de depressão se situaram nos dois meses (tendo sido também avaliados os três, seis e doze meses) sugerindo que estes valores podem ser reflexo do stress e desorganização provocados pelo processo de adaptação à maternidade. Assim sendo, e porque esta é uma situação com repercussões não só a curto mas também a médio e a longo prazo este torna-se assim um problema de saúde pública para o qual deveriam ser equacionadas medidas de prevenção e de intervenção.

De acordo com Dennis (2004b) as mulheres que tiveram depressão pós-natal têm o dobro da probabilidade de vir a ter episódios futuros de depressão nos 5 anos que se seguem. Chaudron, Kitzman, Szilagyi, Sidora-Arcoelo e Anson (2005) acompanharam um grupo de 49 mulheres ao longo do primeiro ano pós-parto, verificando que algumas mulheres desenvolvem sintomas de depressão ao longo do ano sem que anteriormente os tenham manifestado, pelo que sugere que se deveriam efectuar nos serviços de saúde visitas regulares com o objectivo de avaliar a depressão pós-natal ao longo deste período. A análise da incidência permitiu evidenciar que cerca de  $\frac{1}{4}$  das mulheres manifestam sintomas clínicos significativos após os dois meses pós-parto.

Em *resumo*, chegamos à conclusão de que a depressão pós-natal não desaparece espontaneamente e que tende a evidenciar o seu efeito durante um período alargado de tempo.

#### **1.2.4. Modelos teóricos da depressão pós-natal**

Os vários modelos teóricos que têm desenvolvido teorias explicativas sobre a depressão pós-natal têm defendido diferentes etiologias. Exploraremos aqui, de forma sumária, os principais pressupostos de cada um deles.

O *modelo clínico/médico*, defende que a depressão pós-natal ocorre devido à predisposição anterior para a depressão (existência de história psiquiátrica anterior) e na sequência de alterações hormonais. Pressupõe a existência de falhas na produção ou de produção excessiva de determinados componentes químicos que controlam as emoções e o humor. Já desde 1962 que se faz referência a este modelo com os estudos realizados por Robin.

O *modelo atribucional da depressão*, hipotiza a existência de um estilo atribucional que predispõe determinados indivíduos para a depressão. Esse estilo atribucional é caracterizado pela tendência para fazer atribuições internas, estáveis e globais perante a ocorrência de acontecimentos negativos. Para Cutrona (1983) o estilo atribucional em mulheres grávidas revelou-se um importante predictor da depressão pós-natal bem como da recuperação da sintomatologia depressiva no período pós-parto.

A *teoria do stress social*, conceptualiza o nascimento da criança como um acontecimento de *stress* social agudo, isto é um stressor Major que altera o padrão de vida dos pais e que exige deles a implementação rápida de novos comportamentos. O nível de

stress é função do grau de diferença exigido entre os novos e os anteriores comportamentos. Esta teoria defende que a depressão pós-natal é resultante de factores externos, facto pelo qual as mães adoptivas também experienciam depressão após a chegada da criança (Atkinson & Rickel, 1984).

No *modelo psicanalítico*, a questão das perdas e dos conflitos assume uma tónica importante na explicação da depressão pós-natal. Segundo Nicolson (2001), a experiência de ser mãe constitui um momento ao qual se associam sentimentos contraditórios e que quando mal geridos podem estar relacionados com a emergência da depressão pós-natal. Por um lado ocorre felicidade pelo facto de se ser mãe e de se ter um filho; mas, por outro, a sensação de múltiplas perdas, que desde cedo a maternidade acarreta: perda de autonomia e de tempo, aparência, feminilidade e sexualidade bem como identidade profissional. Para Blum (2007), a depressão pós-natal resulta da existência de três tipos de conflitos: conflitos de dependência, conflitos de raiva e conflitos com a mãe da futura mãe (avó do bebé).

As *teorias da vinculação*, defendem que quando os pais têm um estilo de vinculação inseguro ou ambivalente, desenvolvem uma percepção do comportamento do bebé como mais negativo o que pode levar à depressão pós-natal. Estes estilos de vinculação, não permitem adoptar comportamentos tão adaptativos e associam-se a diferentes estilos de vinculação estabelecidos com os bebés (Edhborgh, Lundh, Seimyr & Widström, 2003) .

As *teorias transaccionais* (Johnson & Baker, 2004), sugerem que a depressão pós-natal ocorre devido a um aumento de stress e, que o stress resulta do balanço pessoal que cada um faz entre as exigências ambientais e os recursos pessoais. As diferenças de resposta na magnitude do stress bem como o seu impacto na saúde são dependentes das estratégias de *coping* de cada um, podendo conduzir à existência de adaptação ou não. Quando as estratégias de *coping* não são as mais adequadas poderá, por exemplo, manifestar-se a depressão pós-natal.

Na sequência da necessidade de integração de factores explicativos que tradicionalmente se situam mais no foro médico ou, mais no foro psicológico, surge então o *modelo biopsicossocial* defendendo que a depressão ocorre como resultado da conjugação de factores de risco de natureza social (ex: isolamento social), psicológica (ex: características da personalidade) e biológica (ex: parâmetros hormonais) como sugeriram por exemplo, Ross, Sellers, Evans e Romach em 2004.

Para a *teoria cognitivo-comportamental*, a depressão resulta de problemas que a mãe manifesta em lidar com as tarefas da maternidade como por exemplo problemas de alimentação ou de sono, ou problemas na interacção mãe-bebé. Assim, as intervenções deste modelo não se dirigem para a depressão em si mas sim para os comportamentos da mãe e os pensamentos irracionais que afectam o comportamento (Ammerman et al., 2005). Na intervenção, são dadas às mães sugestões concretas de como lidar com problemas específicos. Para tal, as mães são também encorajadas a examinar os seus padrões de pensamentos sobre si próprias bem como sobre os que têm para com os bebés.

Por sua vez, o *modelo das ciências sociais* identifica alguns factores sociais em que algumas mulheres se encontram e, que poderão fazer com que face à sua existência, as mulheres desencadeiem uma reacção realística a determinados stressores (García-Esteve et al., 2008). Encontram-se entre estes factores o suporte social e o nível sócio-económico.

Podemos, então concluir, que não existe uma única forma de análise desta problemática, nem um modelo que seja universalmente aceite e que forneça um quadro de compreensão mais claro da depressão pós-natal.

### 1.2.5. Factores de risco

No estudo da depressão pós-natal inúmeras questões têm sido levantadas. Uma delas prende-se com a tentativa de encontrar os factores associados à sua ocorrência. Isto é, tem-se procurado identificar variáveis associadas à sua manifestação. Dos estudos feitos neste âmbito, chegou-se à conclusão de que poderão existir grandes grupos de factores de risco: demográficos, biológicos, obstétricos/ginecológicos, psicossociais, antecedentes psiquiátricos e antecedentes familiares.

Vários estudos têm sido desenvolvidos no sentido de tentar identificar e caracterizar factores predisponentes que possam ser considerados na planificação de medidas de prevenção e/ou remediação. Beck (2001) realizou uma meta-análise de 84 estudos publicados na década de 90, com o intuito de analisar a magnitude da relação da depressão pós-natal com vários factores de risco. Desta meta-análise, evidenciaram-se treze factores preditores da depressão pós-natal, sendo que destes, dez, apresentam uma correlação moderada: história psiquiátrica pré-natal, auto-estima, stress de cuidar do bebé, ansiedade pré-natal, stress na vida, suporte social, relacionamento conjugal, história de depressão, temperamento da criança e ocorrência de *blues* na mãe; três preditores apresentam uma correlação fraca: estado civil, nível sócio-económico e gravidez não planeada/não desejada. Os preditores mais fortes da depressão pós-natal são a depressão pré-natal, a auto-estima, o stress de cuidar do bebé e a ansiedade pré-natal. Todos estes factores podem enfraquecer a mãe contribuindo para a sua debilidade emocional bem como a do bebé e companheiro, resultando num quadro de depressão pós-natal. Na sua meta-análise, este autor, realça a importância da evidência de que o humor da mãe nas duas primeiras semanas é um importante preditor da depressão pós-natal.

Na tentativa de elaborar um quadro de referência quanto aos possíveis factores de risco para a manifestação da depressão pós-natal, Born et al. (2004) sistematizaram alguns dos factores de risco inerentes às perturbações emocionais graves que ocorrem no pós-



parto, classificando-os em factores primários e factores adicionais (Tabela I.2). Desta análise conclui-se que os antecedentes psiquiátricos da mãe ou da família directa são um importante factor de risco, assim como a planificação da gravidez e a existência de privação severa do sono. Os factores adicionais dizem essencialmente respeito a outras perturbações psicológicas e a factores sociais. Estes foram considerados factores de risco da depressão pós-natal.

**Tabela I.2.** Factores de risco das perturbações emocionais graves do pós-parto segundo Born et al. (2004)

<b>Factores de risco nas perturbações emocionais graves do pós-parto</b>
<p><u>Factores primários</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• humor deprimido e ansiedade durante a gravidez</li> <li>• história psiquiátrica anterior</li> <li>• história psiquiátrica familiar</li> <li>• história de síndrome pré-menstrual</li> <li>• história de abuso sexual</li> <li>• gravidez não planeada</li> <li>• privação severa do sono no fim da gravidez, no trabalho de parto e no período imediato ao pós-parto</li> </ul>
<p><u>Factores adicionais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• traços obsessivo-compulsivos</li> <li>• isolamento social ou companheiro não apoiante</li> <li>• acontecimentos stressores Major durante a gravidez</li> <li>• complicações obstétricas</li> <li>• stress neonatal (em particular devido à saúde ou temperamento do bebé)</li> </ul>

Para Bernazzani et al. (2005), têm sido adoptados dois caminhos para identificação de factores de vulnerabilidade: um que enfatiza o grande risco associado à vulnerabilidade ambiental tal como falta de suporte social, condições sócio-económicas desfavorecidas e acontecimentos de vida stressantes; e um segundo caminho que realça a vulnerabilidade psicológica como por exemplo a baixa auto-estima.

Garcia-Esteve et al. (2008) identificaram como factores de risco na depressão pós-natal, as características sócio-demográficas, os problemas psicopatológicos e obstétricos

associados. Também realçaram que o facto de a mulher ter um papel de *caregiver* na família (tendo que cuidar de alguém doente na família), ter história anterior de síndrome pré-menstrual, história anterior de depressão, relação pobre com o companheiro e baixo suporte social. Através da realização de uma regressão logística multivariada obtiveram um modelo em que se evidenciaram quatro factores de risco com a mesma intensidade: história anterior de depressão, relação pobre com o companheiro, baixo suporte social e papel de *caregiver* na família. As mulheres com estes factores de risco evidenciaram uma probabilidade quatro vezes superior de terem depressão pós-natal do que as mulheres sem estes factores.

Ainda na sequência de identificar os factores de risco para a depressão durante a gravidez e no período pós-parto, Leigh e Milgrom (2008), verificaram que os perfis de risco para a depressão na gravidez e no pós-parto são diferentes, embora estejam inter-relacionados. Na gravidez, a depressão está associada aos seguintes preditores: baixa auto-estima, ansiedade na gravidez, baixo suporte social, estilo cognitivo negativo, acontecimentos de vida Major, baixos rendimentos e história de abuso. No período pós-parto, o factor de risco identificado foi a depressão anterior, aliás, factor também identificado por Kim, Hur, Kim, Oh e Shin (2008) e Edwards, Galletly, Semmler-Booth e Dekker (2008).

Assumindo tal como defendem Oppo et al. (2009) que existem inúmeros factores de risco a ocorrer quer na gravidez quer no período pós-parto que levam à manifestação de depressão pós-natal. Concretamente, têm sido assinalados os factores sociodemográficos, biológicos, psicossociais, de personalidade anterior, antecedentes psiquiátricos prévios e características do bebé, que a seguir se descrevem.

### 1.2.5.1. Factores demográficos

Os factores sócio-demográficos mais referidos como mais influentes são o nível económico e educativo e o número de filhos.

No que diz respeito ao **nível económico e educativo**, Patel, Rodrigues e DeSouza (2002) observaram que a privação económica e as relações conjugais pobres se revelaram importantes factores de risco para a ocorrência e cronicidade da depressão pós-natal. Verificaram também que as mães com depressão recorrem com mais frequência aos serviços de saúde por questões que não são justificáveis para tal, acabando por conduzir a uma ruptura dos serviços de saúde e não obtendo respostas ajustadas pois não se identifica o verdadeiro motivo da sua deslocação aos serviços. Também Dennis, Jansen e Singer (2004) ao estudar uma amostra de 498 mulheres verificaram a obtenção na primeira semana pós-parto de um score no EPDS >9, isto é, com sintomatologia depressiva. Esta pontuação estava associada às seguintes variáveis sócio-demográficas: capacidade para lidar com o factor económico de casa, acesso a transportes, nascimento fora do Canadá e imigração nos últimos cinco anos. Estes autores concluíram que o facto de ter chegado ao Canadá na condição de imigrante nos últimos cinco anos, se associava com sintomatologia depressiva considerando este um factor inovador na análise dos factores psicossociais. A este factor demográfico estava indirectamente associada a existência de menor rede de suporte social.

As mulheres que vivem em famílias com rendimentos mais baixos têm maior probabilidade do que outras mulheres de serem expostas a condições de vida mais stressantes como por exemplo mais barulho e comunidades violentas e menor acesso a informação sobre a gravidez o que pode conduzir a maior ansiedade (Yali & Lobel, 2002). As alterações nos rendimentos e no estado de pobreza estão associados a mudanças nos

sintomas depressivos das mulheres nos três primeiros anos pós-parto: quando aumenta o nível económico aliviando o nível de pobreza, os sintomas depressivos tendem a tornar-se menos intensos (Dearing, Taylor & McCartney, 2004).

Faisal-Cury, Tedesco, Kahhale, Menezes e Zugaib (2004) também afirmam a influência de variáveis sociais na depressão pós-natal tais como o elevado número de filhos, baixo nível educacional, gravidez múltipara e baixo nível sócio-económico. Para Grussu, Quatraro e Nasta (2005) as mulheres cuja gravidez não foi planeada evidenciaram mais alterações de humor quer no período de gravidez quer no período pós-parto e as primíparas de nível sócio-económico médio com gravidez não planeada também evidenciaram ser um grupo de maior risco quanto às alterações de humor. Também para Curran, Hazen, Jacobvitz e Sasaki (2006) assinalam que os casais que revelavam maiores dificuldades conjugais antes do bebé nascer foram aqueles que manifestaram maiores dificuldades e maior insatisfação com a parentalidade. A prevalência da depressão pós-natal é significativamente mais elevada em mulheres com maiores dificuldades económicas e com níveis educativos mais baixos (Matijasevich et al., 2009; Segre, O'Hara, Arndt & Stuart, 2007; Reck et al., 2008).

Matos, Piélago e Figueroa (2009) no Perú encontraram dados que também reforçam a ideia de que o não planeamento da gravidez e o facto de as mulheres não serem casadas se associava a maior prevalência de depressão.

No que diz respeito ao **número de filhos**, o facto de a mulher ser primípara é apontado como fazendo aumentar os níveis de stress e de ansiedade, pelo facto de a mulher não possuir experiência anterior de prestação de cuidados ao bebé (Hung, 2004; Kumar & Robson, 1984). As mulheres mais velhas têm menores índices de depressão pós-natal, provavelmente devido à sua maior experiência de vida, à oportunidade que tiveram de desenvolver estratégias de *coping* mais adaptativas às várias circunstâncias de vida e

maior capacidade de activar recursos de apoio quando deles necessitam (Hung, 2004).

Num estudo mais recente que pretende identificar os factores associados à depressão pós-natal tardia no Japão, após o acompanhamento de 169 mulheres, permitiu concluir tal como os estudos acima referidos, que o facto de a mulher ser primípara e ter pouca cooperação do marido estava associado a scores mais elevados no EPDS (Satoh et al., 2009).

Estudando a depressão pós-natal numa comunidade rural do Irão (6.627 mulheres) até aos 12 meses pós-parto, Kheirabadi et. al (2009) verificaram que os factores demográficos de risco associados à depressão pós-natal eram semelhantes aos encontrados noutros pontos do mundo: baixo nível de educação, gravidez não planeada e sexo do bebé diferente do desejado.

Supõe-se assim que independentemente do país em estudo, estes factores parecem relacionar-se com a depressão pós-natal. Assim, ser mãe pela primeira vez, ter menores rendimentos económicos, ser emigrante, ser mais jovem e ser mãe primípara são factores associados à manifestação da depressão pós-natal.

### **1.2.5.2. Factores biológicos**

Uma vez que os estudos consultados não têm realçado grandes diferenças de manifestação da depressão pós-natal em diferentes culturas, alguns autores consideram que este poderá ser um dos argumentos a utilizar para justificar a existência de determinantes biológicos (Huang & Mathers, 2001).

A gravidez e o nascimento de um filho é um período marcado por alterações não só a nível psicológico mas também a nível fisiológico e endócrino que podem interferir no estado global da mulher. Na mulher, os picos de depressão ocorrem em períodos de maiores variações hormonais como a fase pré-menstrual, o pós-parto e na perimenopausa, levando a supor a existência de factores hormonais inerentes à manifestação de depressão na mulher (Studd & Panay, 2004).

Neste campo, tem-se estudado em particular a importância dos estrogénios, da progesterona e do cortisol devido às suas propriedades psicoactivas e cuja influência se descreve a seguir.

A gravidez é um processo que implica inúmeras alterações físicas e bioquímicas que poderão ter um contributo nas alterações afectivas que ocorrem neste período. Não existe evidência de que haja uma relação linear entre as alterações hormonais e a depressão pós-natal. Contudo, pensa-se que as alterações biológicas no contexto de vulnerabilidade genética, stress ambiental ou ausência de suporte social podem conduzir à depressão pós-natal. Para Bloch et al. (2000) esta hipótese é suportada pelo facto de que quando se simula o estado pós-parto administrando hormonas e retirando-as posteriormente de forma brusca, existe maior probabilidade de ocorrência de depressão em mulheres com história anterior de depressão pós-natal do que em mulheres sem qualquer história de depressão. Estes autores tentaram avaliar o efeito de factores endócrinos na etiologia da depressão pós-natal. Para o efeito, simularam alterações nos níveis de esteróides gonadais, induzindo o hipogonadismo em mulheres eutímicas com e sem história de depressão pós-natal (oito mulheres em cada grupo). Paralelamente às alterações hormonais induzidas, avaliaram-se através de medidas psicométricas sintomas de alterações de humor. Das oito mulheres com história de depressão pós-natal cinco (62.50%) manifestaram alterações significativas de humor com aumento da sintomatologia depressiva no período de retirada hormonal e, no grupo de controlo, não houve nenhuma alteração. Os autores sugerem que as mulheres com história anterior de depressão pós-natal são mais sensíveis aos efeitos das

variações hormonais. Consideram que esta sensibilidade é uma característica, uma vez que as mulheres com história anterior de depressão se encontravam assintomáticas e há pelo menos um ano que não tinham depressão quando foram incluídas neste estudo e quando voltaram a manifestar sensibilidade às alterações hormonais. Assim, defendem que a depressão pós-natal pode estar associada a uma deficiência homeostática que pode afectar a regulação das flutuações hormonais ou uma amplificação ou modificação dos sinais intracelulares.

Na mulher não grávida normal, os **estrogéneos** são secretados em grandes quantidades pelos ovários, embora diminutas quantidades também sejam secretadas pelo córtex-supra-renal. Durante a gravidez, a placenta também segrega enormes quantidades dessas hormonas. A produção diária placentária de estrogéneos aumenta até cerca de 30 vezes o normal, próximo do término da gravidez. A partir do sétimo mês, a secreção de estrogéneo continua a aumentar.

Descidas bruscas de estrogéneos, flutuações e défices prolongados podem induzir alterações de humor, incluindo a depressão em mulheres estrogéneo-sensitivas. O estrogéneo aumenta a taxa de degradação da monoamina-oxidase e o transporte da serotonina intraneuronal, ambos contribuindo para aumentar a serotonina disponível nas sinapses, promovendo o aumento de humor. Baixos níveis de estrogéneos e consequentemente de neurotransmissores cerebrais podem induzir a depressão. Isto pode ser invertido pelos anti-depressivos, o que provoca o aumento dos níveis de neurotransmissores nas sinapses; e pelos inibidores de monoamina-oxidase (que previne a descida de neurotransmissores).

As mulheres com história de depressão têm um risco acrescido de sofrer desestabilizações de humor devido aos esteróides gonadais e como tal, também maior risco de depressão pós-natal. Adler e Cox em 1983, realizaram um estudo retrospectivo

com mulheres que tinham alimentado os filhos só através de peito (sem suplemento), tendo verificado que pelo menos durante doze semanas tiveram variações hormonais (ex: estrogéneo) devido aos níveis elevados e variáveis de prolactina. Segundo os autores, estas mulheres apresentam maior risco de depressão pós-parto do que as que alimentam o bebé com suplemento (já que têm níveis mais baixos de prolactina o que estimula a acção folicular “normalizando” os níveis de hormonas endógenas).

Para O`Hara, Schlechte, Lewis e Varner (1991) o estradiol é um factor associado ao diagnóstico da depressão pós-natal. Às trinta e seis semanas de gravidez e dois dias pós-parto, as mulheres que evidenciaram menores níveis de estradiol evidenciaram maiores índices de depressão. Relativamente à progesterona, à prolactina e ao cortisol não encontraram diferenças nas mulheres com e sem depressão na gravidez e no pós-parto. Ahokas, Kaukoranta e Aito (1999) e Ahokas e Aito (1999, 2000) no estudo de dois casos de mulheres com depressão pós-parto referem a existência de baixos níveis de estradiol associados à existência de sintomas psiquiátricos, tendo estas mulheres reagido bem ao tratamento com estradiol.

Douma, Husband, O`Donnell, Barwin e Woodend (2005) defendem que no hipotálamo o estrogéneo influencia os níveis de neurotransmissores que regulam a temperatura e o sono. Para estes autores, as evidências que apontam para a hipótese de que as flutuações de estrogéneos se relacionem com humor negativo e depressão são as seguintes:

1. maiores níveis de perturbações de humor na vida reprodutiva das mulheres do que nos homens (no ocidente 2:1);
2. alterações de humor que ocorrem em períodos de transições hormonais significativas (puberdade, pré-menstrual, pós-parto e perimenopausa);
3. relativa estabilidade de humor quando os níveis de estrogéneo estão estáveis na segunda e terceira semana do ciclo menstrual;



4. maior incidência de disforia com contraceptivos orais trifásicos quando comparados com a utilização de contraceptivos orais monofásicos (embora exista ainda controvérsia quanto a esta relação);
5. sucesso clínico quando se usam estrogéneos para aliviar as alterações de humor psicóticas e não psicóticas.

Contudo, Correa (2007) apesar de considerar que os estrogéneos exógenos podem ser coadjuvantes no tratamento farmacológico da depressão considera que ainda não existem evidências claras que permitam recomendá-los no tratamento da depressão pós-parto.

No que se refere à **progesterona**, considera-se que esta bloqueia a produção de monoamina oxidase (enzima responsável pela decomposição dos neurotransmissores responsáveis pela sensação de bem-estar, como a serotonina e a noradrenalina) o que faz com que existam níveis mais elevados de serotonina na circulação sanguínea e, conseqüentemente, um melhor humor advirá.

A descida brusca dos níveis de progesterona após o parto também tem sido associada às alterações de humor do pós-parto embora os dados sejam contraditórios. Ingram, Greenwood e Woolridge (2003), realizaram um estudo prospectivo com 54 mulheres que se encontravam a amamentar para estudar a associação entre os níveis hormonais (estrogéneos, progesterona, cortisol e tiroxina), tendo concluído que a prolactina antenatal e a progesterona pós-parto se encontravam significativamente associados com a depressão pós-natal aos 6 meses pós-parto. Contudo, defendem que o estudo das influências hormonais não pode ser feito considerando a variação dos valores hormonais ao longo do tempo mas sim utilizando valores hormonais corrigidos. Numan e Insel (2003) sugerem que as descidas dos níveis de progesterona promovem ansiedade, que por sua vez, pode precipitar a depressão nos grupos de mulheres com susceptibilidade. Os autores verificaram que mulheres com menores níveis de progesterona logo a seguir ao parto manifestaram maiores índices de depressão aos seis meses pós-parto.

Para Studd e Panay (2004) a depressão pós-natal é um exemplo de depressão causada por flutuações de hormonas sexuais, pelo que também é potencialmente tratada de modo eficiente com hormonas. Durante a gravidez, os níveis de estrogéneos e progesterona aumentam progressivamente em parte como resultado da produção placentária destas hormonas. Com a retirada da placenta no parto, os níveis de estrogéneos e progesterona descem bruscamente atingindo os níveis anteriores à gravidez ao quinto dia pós-parto. Para Bennett, Einarson, Taddio, Koren e Einarson (2004) as alterações hormonais que ocorrem durante a gravidez colocam as mulheres numa posição vulnerável. Parry (2004) realça que as hormonas reprodutivas podem exercer um efeito directo ou indirecto nos sistemas neurotransmissores, neuroendócrino ou no sistema circadiano, sendo que todos estes sistemas estão implicados nas perturbações de humor.

Ross et al. (2004) tentaram construir um modelo biopsicossocial para explicar a depressão pós-natal, tendo concluído que as variáveis biológicas (progesterona e cortisol no sangue) não exerciam um efeito directo na depressão. Antes, concluíram que elas actuam de modo indirecto por influenciarem a ansiedade manifestada.

Ainda no que diz respeito aos factores hormonais, também se estudou influência do **cortisol** na depressão pós-natal. E neste sentido, Fleming, Steiner e Carter (1997) mostraram que as mães primíparas com concentrações mais elevadas de cortisol sentiam mais atraídas pelo odor corporal do seu bebé, bem como se revelavam mais capazes de reconhecer o odor do seu bebé, realçando a importância dos factores hormonais na interacção mãe-bebé.

Os níveis de beta-endorfina e de cortisol também aumentam durante a gravidez atingindo o máximo perto do termo da gravidez e descendo com o parto de acordo com Hendrick, Altshuler e Suri (1998). Assim, defendem que o hipercortisolismo que acontece

no fim da gravidez produz supressão adrenal após o parto que quando se mantém e é acentuada, pode contribuir para as mudanças de humor depressivo após o parto.

Parry et al. (2003) referem que baixos níveis de cortisol matinal se associam a depressão pós-natal. O cortisol é produzido pela glândula supra-renal e, níveis elevados de cortisol causam lesões no hipocampo prejudicando as suas funções. Os pacientes com depressão têm hiperactividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), juntamente com hipersecreção de cortisol. A depressão tem sido associada à hiperactividade do eixo HPA e pode afectar directamente o crescimento do feto. A depressão maternal activa não só o eixo HPA como também pode provocar um aumento na libertação de corticotropina (CRH) pela placenta, através da acção das catecolaminas e do cortisol. A CRH pode também influenciar a duração da gravidez bem como o momento do nascimento o que poderá explicar porquê que mulheres com depressão têm taxas mais elevadas de parto prematuro. Para apoiar esta hipótese do impacto do eixo HPA na gravidez, têm sido estudadas as relações entre as alterações de humor e as alterações plasmáticas de cortisol, betaendorfina e CRH. Smith et al. (1990 in Bonari et al., 2004) estudaram os níveis no plasma destas hormonas na gravidez, no momento do parto e no pós-parto. As alterações de humor mais significativas ocorreram na 38ª semana de gravidez quando as concentrações hormonais se elevam mais atingindo o seu pico antes do parto. O cortisol, a betaendorfina e o CRH sobem significativamente durante a gravidez e estão muito correlacionados fazendo supor um papel do eixo HPA e da CRH. Na Depressão Major existe hipercortisolemia, que é em grande parte responsável pelos sintomas cognitivos da depressão como a perda de atenção, diminuição da concentração e *déficits* de memória (Saraiva, Fortunato & Gavina, 2005). Quando existe hipercortisolemia forma-se menos serotonina e o número de receptores de serotonina também é menor, pelo que a combinação destes dois efeitos provoca a diminuição dos níveis cerebrais de serotonina, típica da depressão. As alterações do ritmo circadiano bem como a qualidade do sono, podem levar a alterações nos níveis de cortisol. Indivíduos com menor qualidade do sono (por exemplo, expostos a maior ruído nocturno) têm uma diminuição no pico matinal do

cortisol que está associada a maior cansaço e mau-humor. Também de acordo com Speroff e Fritz (2005) devido ao hipercortisolismo no último trimestre de gravidez, é sugerido que uma supressão persistente da secreção hipotalâmica do CRH no período pós-parto é uma característica que se encontra nas mulheres com depressão pós-natal.

Kammerer, Taylor e Glover (2006) sugerem que os sintomas de depressão antenatal e pós-natal podem ser diferentes e estar ligados a diferenças de funcionamento do eixo HPA. Estes autores utilizam a classificação da depressão em dois subtipos: melancólica e atípica, que de acordo com o seu estudo se revelam estar associadas a modificações opostas no eixo HPA. A depressão antenatal poderá ser mais melancólica e associada com o aumento do cortisol na gravidez enquanto que a depressão pós-natal é atípica e está associada à descida do cortisol bem como aos seus baixos níveis.

Em 2008, Evans, Myers e Monk, ao analisarem a relação entre o cortisol salivar das mulheres grávidas com a ansiedade e a depressão, verificaram que o cortisol salivar é mais elevado nas mulheres que têm comorbilidade diagnóstica de ansiedade e depressão do que no grupo de control. Para Sanjuan et al. (2008) quando há menos transportadores de serotonina existe maior depressão num grupo de mulheres avaliadas aos 2-3 dias pós-parto e às 8 e 32 semanas pós-parto.

Num estudo conduzido com 21 mulheres deprimidas e 30 não deprimidas às 7.5 semanas pós-parto, e 21 mulheres de control que não estavam grávidas, a quem foi colhida saliva ao acordar, 30 minutos depois e 3 e 12 horas depois de acordar, os dados sugerem a existência diferencial de um padrão de produção de cortisol nestes grupos de mulheres. As mulheres que não se encontravam deprimidas no período pós-natal, mostraram um padrão de secreção de cortisol ao longo do dia, semelhante ao das mulheres que não estavam grávidas. Ao acordar, as mulheres com depressão pós-natal tinham níveis de cortisol significativamente mais elevados (Taylor, Glover, Marks & Kammerer, 2009).

Na mesma linha de investigação, surge o estudo de Juruena et al. (2009) que teve como objectivo realizar uma análise fisiológica do funcionamento do eixo HPA num grupo de pacientes com depressão e a sua relação com o tratamento farmacológico à depressão, permitiu verificar que as pessoas com depressão severa têm o eixo HPA hiperactivo, conduzindo a níveis mais elevados de cortisol.

Contudo, nem todos os estudos reforçam a existência de uma relação entre cortisol e depressão. King et al. (2010) analisaram a ansiedade e a depressão num grupo de mulheres com problemas na gravidez com um grupo de mulheres sem qualquer problema, e a sua associação com o cortisol salivar, não tendo encontrado diferenças significativas nos níveis de cortisol entre os dois grupos, embora o grupo com problemas na gravidez tivesse maiores níveis de ansiedade e depressão.

Assim a gravidez e o nascimento de um filho estão marcados por grandes mudanças fisiológicas e endócrinas que interferem com o estado geral da mulher, embora não exista uma relação claramente estabelecida. Um estudo inovador neste campo é o de Segman et. al (2010) onde se defende que mais importante que a influência dos factores endócrinos poderá ser a influência de um gene que as mães possuem. Os autores sugerem que as mulheres com depressão pós-natal têm uma assinatura genética nas células sanguíneas mononucleares que se correlaciona com a severidade dos sintomas depressivos e que pode prever a evolução da sua depressão pós-natal a longo prazo.

Assim, no que se refere à influência dos factores biológicos há ainda muito a explorar para que melhor se possa compreender a sua possível influência na manifestação da depressão pós-natal.

### 1.2.5.3. Factores psicossociais

Entre os factores psicossociais, têm sido particularmente estudados o apoio social, os acontecimentos de vida negativos e as relações conjugais (Garcia-Esteve et al., 2008, Ho-Yen, Bondevik, Eberhard-Gran & Bjorvatn, 2007).

Relativamente à **rede social de apoio** na literatura evidencia-se a existência de relação entre suporte social baixo e maiores índices de depressão pós-natal (Baptista, Baptista & Torres, 2006; Da-Silva, Moraes-Santos, Carvalho, Martins & Teixeira, 1998; Kim & Buist, 2005; Wang, Chen & Lee, 2005; Mayes & Leckman, 2007; Webster et al., 2000).

Neste âmbito, tem-se realçado a importância das alterações que a família sofreu nos últimos anos. Realça-se o facto de na família contemporânea os laços com a família alargada serem cada vez menores e/ou inexistentes. Isto implica muitas vezes que o suporte social poderá ser menor e com um número mais reduzido de pessoas para ajudar a cuidar da mãe e do bebé. Mulheres com suporte social mais elevado tiveram bebés com maiores índices de Apgar e mulheres com redes de suporte social mais alargadas têm bebés com maior peso à nascença (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel & Scrimshaw, 1993). Mães com uma rede social mais alargada no período pré e pós-natal podem revelar-se mais sensitivas na interacção com os seus bebés. Goldstein, Diener e Mangelsdorf (1996) defendem que tal poderá dever-se ao facto de as mães sentirem as suas próprias necessidades mais satisfeitas, pelo que se encontram mais disponíveis para as do bebé.

Brites, Moreira e Baptista (2000) realizaram um estudo para identificar possíveis factores psicossociais relacionados com a depressão pós-natal, tendo observado resultados que sugerem que o suporte social e o optimismo se associam de forma inversa com a depressão pós-natal e a discussão no relacionamento conjugal associa-se de forma positiva. Isto é, mulheres com menos suporte social, menos optimismo e com maiores índices de

discussão conjugal são mais susceptíveis de apresentar depressão pós-natal. No entanto, Yali e Lobel (2002) contrariamente às suas expectativas iniciais, verificaram que as mulheres que referiram ter mais suporte social e que estavam mais satisfeitas com esse mesmo suporte foram as que referiram maior *distress* quer no início quer durante a gravidez. Este facto poderá indicar que as mulheres com mais *distress* procuram e recebem mais suporte social, ficando satisfeitas. Ou, por outro lado, poderá sugerir que o suporte social recebido pode ser não solicitado e tornar-se invasor acabando por elicitar sentimentos de dependência que podem conduzir a sentimentos negativos.

Lee, Yip, Leung e Chung (2004) também partilham da opinião de que existem factores de natureza sociocultural associados ao maior risco de ocorrência de depressão. Num estudo conduzido com 781 mulheres chinesas, concluíram que o risco de depressão pós-natal é mais baixo nas mulheres que beneficiaram do “*peiyue*”- ritual chinês de apoio por parte da família no período pós-parto. Por outro lado, a existência de conflitos com a sogra, insatisfação matrimonial e depressão antenatal são também factores que de forma independente predizem a ocorrência de depressão pós-natal.

Na análise da importância do suporte social no período pós-parto Hung (2004) considera que este pode ser extremamente importante devido às novas exigências de cuidar da criança, tendo concluído que em termos de suporte social existe uma diferença relativa ao tempo de casamento. As mulheres casadas há menos tempo evidenciaram possuir maior suporte social do que as casadas há mais tempo. As mulheres casadas há mais tempo são vistas pela família como sendo mais competentes no papel maternal e como tal oferece-se menos ajuda a estas mulheres.

Também em termos do suporte social, quer a percepção de suporte global baixo quer a baixa percepção do apoio específico do parceiro estavam associados com a sintomatologia depressiva. A percepção de pouco controlo no trabalho de parto, não se sentir preparada para ir para o hospital e insatisfação com o método de alimentar o bebé também foram factores significativos associados (Dennis et al., 2004).

Dennis e Letourneau (2007) realizaram um estudo que pretendeu determinar se para um grupo de mulheres grávidas existe discriminação entre a percepção de suporte social global e percepção de suporte social de relações específicas (companheiros, própria mãe e outras mulheres com filhos), tendo concluído que para as mulheres a distinção entre estes dois tipos de percepção é muito evidente e que as que têm maior sintomatologia depressiva são as que têm percepções mais baixas nestas duas dimensões de suporte social consideradas. Estes resultados sugerem que a percepção do suporte social não é apenas o somatório do suporte disponível mas que pelo contrário, as mulheres discriminam o tipo de apoio recebido. No reforço da ideia da importância da discriminação do tipo de apoio social, Satoh et al. (2009) concluem que a cooperação do marido no pós-parto, está associada a um decréscimo da pontuação obtida no EPDS quer para mães primíparas quer para mães multíparas.

Indo para além do estudo dos factores psicossociais de carácter familiar que podem constituir um risco para a depressão pós-natal Dagher et al. (2009) estudaram a relação entre o ambiente psicossocial do local de trabalho da mãe e a depressão pós-natal. Chegaram à interessante conclusão de que a sintomatologia depressiva no pós-parto era maior quando as mulheres tinham um trabalho com mais exigências psicológicas, menor autonomia no horário de trabalho e menor percepção de controlo sobre o trabalho e sobre a família. Na nossa opinião, este estudo revela-se interessante por conciliar a análise de factores psicossociais laborais e familiares.

Recentemente, para Silva et al. (2010), num grupo de mulheres acompanhadas no Brasil, a história psiquiátrica anterior, a falta de suporte social e a ocorrência de acontecimentos de vida stressantes também revelaram estar relacionados com o aumento da probabilidade de ocorrência de depressão durante a gravidez. Também para Røsand, Slinning, Eberhard-Gran, Røysamb e Tambs (2011) a insatisfação com a relação conjugal se revelou como o mais forte predictor de distress na gravidez.



Os **acontecimentos de vida** são também um factor importante a considerar uma vez que inúmeras situações que podem ocorrer alteram de forma objectiva a vida das mães e desta forma podem interferir com o seu humor e serem factores concorrentes para a emergência da depressão pós-natal. Para Rubertsson, Wickberg, Gustavsson e Rådestad (2005), a existência de dois ou mais acontecimentos de vida stressantes estão associados à existência de depressão pós-natal. Entre estes acontecimentos de vida o desemprego e a perda ou falta de suporte social são factores importantes associados com a depressão pós-natal. Na gravidez, uma história psicossocial onde estejam incluídos acontecimentos de vida stressantes pode ser considerado um factor de risco que deve alertar os profissionais de saúde para a repetição de episódios depressivos ou para a ocorrência de novos casos. Eberhard-Gran et al. (2002) conduziram um estudo para identificar factores de risco num grupo de mulheres no período pós-parto e num grupo equivalente de mulheres sem filhos. Nos seus resultados, a existência de maior número de acontecimentos de vida negativos estava associado, nos dois grupos, com a depressão.

Alami, Kadri e Berrada (2006) utilizaram o Paykel Life Events Inventory para avaliar os acontecimentos de vida e a sua relação com a sintomatologia depressiva avaliada pelo EPDS, verificou-se a existência de uma correlação significativa e positiva entre o número de acontecimentos de vida e a sintomatologia depressiva verificada, reforçando a importância de se considerarem variáveis psicossociais no estudo da depressão pós-natal.

Para Mistry, Stevens, Sareen e Vogli (2007) a falta de apoio emocional ou funcional está associada a menor saúde mental das mães bem como o facto de a mãe passar demasiado tempo com o bebé. As mães que manifestaram a existência de um factor stressor tinham três vezes menor saúde mental do que as que não manifestaram nenhum e as mães que tinham dois ou mais stressores tinham doze vezes menor saúde mental do que as que não manifestaram nenhum. Khashan et al. (2009) verificaram inclusivamente que a exposição da mãe a acontecimentos de vida negativos de forma severa antes da gravidez, se associa ao nascimento de bebés prematuros. Num estudo conduzido na Austrália,

Brown, Yelland, Sutherland, Baghurst e Robinson (2011) assinalam que as mulheres que identificam a existência de 3 ou mais acontecimentos de vida negativos têm maior probabilidade de ter bebés de baixo peso. Isto leva-nos a reflectir na importância deste factor não só para a saúde psicológica da mãe mas mesmo para a saúde física do próprio bebé.

No que se refere às **relações conjugais**, assinala-se que o aumento do apoio psicológico recebido pela rede e o apoio do marido/companheiro se revelaram para as mães dois factores importantes no suporte social (Dessen & Braz, 2000). O stress vivenciado na família, as dificuldades parentais e a depressão dos pais são factores que se reflectem no desenvolvimento da criança e na sua própria capacidade para aprender a identificar e a lidar com fontes de stress (Hammen, 2002).

Berle (2004) considera que existe um factor de risco que na sociedade actual é cada vez em maior número e que consiste no facto de a mãe ser solteira, já que o suporte social percebido é menor. Ser mãe solteira constitui assim um factor de risco que pode aumentar a probabilidade de ocorrência de maior número de perturbações no período pós-natal.

Reid, Power e Cheshire (2009) consideram ser importante a intervenção com um foco interpessoal uma vez que na sua análise dos factores que influenciam a depressão antenatal, ansiedade e sintomatologia depressiva concluíram que a falta de suporte por parte do companheiro, da mãe ou de “outro” são predictores significativos da depressão antenatal. Embora a insatisfação com o suporte emocional proveniente do parceiro se tenha revelado um importante factor predictor, ser solteiro em vez de casado não se revelou como um factor predictor. No entanto, outros estudos na análise que efectuam da importância do apoio de um companheiro vão para além da análise do seu estatuto conjugal, afirmando que mulheres que oficialmente têm companheiros poderão também

sentir falta de apoio social. Assim, por exemplo Bielinski-Blattmann, Lemola, Jaussi, Stadlmayr e Grob (2009), analisam a percepção de suporte emocional em relação ao companheiro, concluindo que as mães que estão envolvidas numa relação em que existe pouco suporte emocional recíproco se encontram num risco significativamente superior de terem sintomatologia depressiva de um modo “estável” quando comparadas com as mães que vivem uma relação onde existe elevado suporte emocional recíproco.

As alterações relacionadas com a diminuição do nível económico, adiamento da maternidade, menor número de filhos e alterações na estabilidade das relações podem constituir importantes stressores para as mulheres e factores de risco para a depressão pós-natal. Na sua análise com base na regressão logística, Kozinszky et al. (2011) assinalam como factores preditores da depressão pós-natal o facto de viver numa zona urbana, a percepção de baixo suporte social disponibilizado pelo companheiro, relações instáveis, diminuição dos rendimentos e intenção de voltar rapidamente para o trabalho. Todos estes factores são de natureza psicossocial levando os autores a reflectir sobre a necessidade de estudo e intervenção nesta problemática, considerando-a como um fenómeno complexo do ponto de vista social, económico e psicológico.

Em síntese, receber suporte emocional do companheiro com a sensação de satisfação mútua na troca deste suporte é um factor protector para o ajustamento psicológico da mãe no período pós-parto.

#### **1.2.5.4. Personalidade prévia**

Nos estudos relativos à influência da personalidade na ocorrência da depressão pós-

---

natal, é relevante salientar os que analisam as estratégias de *coping* e os traços de personalidade (em particular o neuroticismo e o optimismo). De seguida, descrevem-se alguns desses estudos.

Relativamente às **estratégias de *coping***, Huizink, Medina, Mudler, Visser e Buitelaar (2002) ao relacionarem a depressão pós-natal com as estratégias de *coping* das mulheres verificaram que um nível educacional mais elevado e um *locus* de controlo interno estavam relacionados com a utilização de estratégias de *coping* focadas nas emoções que por sua vez se encontram correlacionadas de forma negativa com o *distress* na gravidez.

Milgrom e Beatrice (2003) conduziram um estudo para comparar o estilo habitual de processamento de informação e de resposta a stressores de mulheres no período pós-natal, analisando os estilos cognitivos e defensivos. Os dados foram recolhidos em dois momentos: três e vinte e quatro meses após o nascimento. Os resultados obtidos relativamente aos tipos de defesas adoptadas, indicaram que as mães deprimidas utilizam mais defesas neuróticas aos três meses do que as mães não deprimidas; o grupo deprimido utiliza menos o humor e menos a supressão (i.e., a capacidade de adiar ou prestar menos atenção a um impulso ou conflito); as mulheres deprimidas também apresentaram níveis mais elevados de somatização. Algumas dessas diferenças persistem aos vinte e quatro meses, o que na opinião dos autores, pode significar a existência de factores de vulnerabilidade e predisposição para a depressão. Relativamente às atitudes gerais e crenças, os resultados indicaram que as mulheres deprimidas tinham menos pensamentos racionais e mais pensamentos irracionais, tendo obtido resultados com diferenças estatisticamente significativas nas seguintes sub-escalas: níveis mais elevados de auto-depreciação, necessidades mais elevadas de aprovação, mais exigência de justiça e maior necessidade de conforto. Em relação ao *locus* de controlo, as mulheres deprimidas tinham mais tendência para acreditar que “outros poderosos” tinham controlo sobre as suas vidas, revelando assim um *locus* de controlo mais externo. Os autores interpretam os resultados

com base no modelo de Beck, indicando que estes dados permitem sugerir que as mulheres com depressão pós-natal possuem estilos cognitivos que podem ser considerados “depressogénicos”. Sugerem também que o estilo de defesa imaturo está negativamente correlacionado com a sensação subjectiva de felicidade e está associado a maior passividade, pessimismo e auto-questionamento. O que poderá representar uma fonte de vulnerabilidade ao lidar com as exigências de cuidar de um bebé já que se a mulher não consegue lidar com os seus próprios impulsos terá mais dificuldade em fazê-lo relativamente aos do bebé. Também Faisal-Cury et al. (2004) ao estudar a influência dos estilos de *coping* observaram que as mulheres que utilizam mais estratégias de distanciamento, fuga-evitamento, auto-controlo e confrontação têm maior probabilidade de deprimir.

Na mesma sequência de estudo do estilo cognitivo e sua relação com maior probabilidade de ocorrência de depressão, Safford, Alloy, Abramson e Crossfield (2007), encontraram resultados que segundo eles sugerem que os indivíduos com um estilo cognitivo negativo geram mais acontecimentos de vida negativos do que os indivíduos com estilo cognitivo positivo, particularmente nas mulheres. Pelo que, reflectem sobre a importância de avaliar os padrões de processamento cognitivo em programas de prevenção ou tratamento como uma forma de efectivamente reduzir a depressão bem como a probabilidade de experienciar acontecimentos de vida negativos como precipitantes da depressão. A tendência para internalizar acontecimentos negativos estava relacionada com o facto de ter tido um episódio anterior de depressão, sugerindo um *efeito cicatriz*, num grupo de pessoas com depressão quando comparadas com um grupo de participantes sem depressão (Ball, McGuffin & Farmer, 2008).

No que se refere aos **traços de personalidade**, Dudley, Roy, Kelk e Bernard (2001) e Saisto, Salmela-Aro, Nurmi e Halmesmäki (2001) num estudo de acompanhamento da depressão pós-natal concluíram que os seus factores predictores são os traços de

personalidade, mais concretamente a ansiedade, vulnerabilidade e neuroticismo. Para Hipwell, Reynolds e Crick (2004) o neuroticismo prediz o grau de sintomatologia depressiva à 8ª semana pós-parto. Os traços neuróticos podem provocar nas mães uma preocupação excessiva com a possibilidade de ocorrência de acontecimentos adversos bem como reacções mais exacerbadas aos acontecimentos diários, o que acaba por se relacionar com a depressão pós-natal. Dennis e Boyce (2004) utilizando o questionário de Estilo de Personalidade Vulnerável (VPSQ), concluíram que mães ansiosas, com falta de assertividade, com piores estratégias de *coping* e com características obsessivas tinham maior probabilidade de desenvolver sintomatologia depressiva no período pós-parto, evidenciando uma relação positiva entre a personalidade e a depressão pós-natal.

Para Evans, Heron, Lewis, Araya e Wolke (2005) que avaliaram em 12.003 mulheres às 32 semanas de gravidez, e no período pós-parto às 8 semanas e aos 8, 21 e 33 meses, a relação encontrada foi a de que possuir um esquema de auto-avaliação negativo é por si só um factor de risco para a ocorrência de depressão pós-natal.

Fresco, Alloy e Reilly-Harrington (2006) no estudo da associação entre estilo atribucional negativo e acontecimentos de vida num grupo de 239 estudantes, verificaram que os que tinham tendência para visualizar os acontecimentos negativos como resultantes de causas internas, estáveis e globais e visualizar os acontecimentos positivos como resultantes de causas externas, instáveis e específicas, quando eram confrontados com acontecimentos de vida negativos tinham mais depressão e maiores valores de comorbilidade com ansiedade. Os participantes com ansiedade e depressão têm um estilo atribucional mais depressogénico do que os participantes sem história anterior de depressão.

Para Josefsson, Larson, Sydsjö e Nylander (2007) não existem dúvidas de que as mulheres com e sem depressão pós-parto diferem em termos de personalidade. No que diz respeito ao temperamento verificaram que as mulheres com depressão pós-parto têm mais preocupações antecipatórias, mais medo da incerteza, mais timidez, maior fatigabilidade e

astenia, são menos responsáveis, têm menos objectivos, menos recursos, menor auto-aceitação e menor controlo de impulsos. No que diz respeito ao carácter as mulheres com depressão pós-parto têm menor capacidade de cooperação, são menos tolerantes, menos empáticas, maior auto-transcendência e têm um grande nível de aceitação espiritual. Assim, a personalidade pode ser vista como um factor de vulnerabilidade para o desenvolvimento de depressão em especial num momento stressante como o nascimento de um filho.

Também Saisto, Salmela-Aro, Nurmi e Halmesmäki (2008) defendem que o neuroticismo como traço de personalidade se associa com a depressão pós-natal. Para estes autores a depressão pós-natal nas mulheres associa-se com as características da sua personalidade como o neuroticismo, enquanto a depressão pós-natal no pai está associada à personalidade da mulher e à relação conjugal, existindo uma correlação moderada entre os dois elementos do casal quanto à ocorrência de depressão pós-natal. Foram assim encontradas diferenças significativas entre as mães deprimidas e as não deprimidas no período pós-parto quanto ao neuroticismo, introversão, estilo defensivo na resolução de problemas, superprotecção da sua própria mãe para consigo, baixa satisfação marital e menor saúde física. Mais recentemente Bussel, Spitz e Demyttenaere (2009), confirmaram que nas mulheres o neuroticismo é um traço de personalidade que se associa positivamente com a depressão e a ansiedade na gravidez e no pós-parto.

Num estudo com mulheres grávidas em elevado risco de depressão, que estudou o efeito moderador do funcionamento social na característica de personalidade “ruminação”, verificou-se que nas mulheres com pobre funcionamento social a ruminação estava relacionada com o aumento da depressão (O'Mahen, Flynn & Nolen-Hoeksema, 2010).

Também Gelabert et al. (2011) ao analisar a relação entre traços de personalidade (avaliados pelo VPSQ, Eysenck Personality Questionnaire-R Short Scale) e depressão, concluíram que as mulheres com valores mais elevados no VPSQ têm maior risco de evidenciar sintomatologia depressiva (avaliada pelo EPDS) e de evidenciarem depressão

major (que foi avaliada através de entrevista psiquiátrica efectuada por um psicólogo clínico). Realça-se que entre os traços de personalidade associados com o aumento do factor de risco para a depressão pós-natal se encontrava o neuroticismo.

Uma preocupação da **psicologia positiva** tem sido a de analisar de que modo algumas emoções positivas se poderão tornar variáveis que assumem um impacto moderador aquando da emergência de stressores negativos. Também no estudo do processo de adaptação à gravidez e ao período pós-parto se têm começado a desenvolver alguns esforços nesse sentido, analisando-se por exemplo a importância do optimismo como possível variável protectora de alguns dos stressores associados ao pós-parto. Assim, o optimismo tem sido avaliado como um constructo independente que desempenha um papel importante no ajustamento comportamental durante a gravidez (Grote & Bledsoe, 2007; Park, Moore, Turner & Adler, 1997).

Já em 1997 Fontaine e Jones assumiram que existem aspectos da personalidade que podem interagir no modo como as mulheres experienciam a depressão pós-natal. Conduziram um estudo em que avaliaram a influência da auto-estima e do optimismo (avaliado através do LOT) nos índices de depressão pós-natal. Os seus resultados evidenciaram que quer a auto-estima quer o optimismo se encontravam associados de forma negativa com a depressão pós-parto. Contudo, só a auto-estima revelou possuir um valor preditivo da depressão pós-natal, isto é, a auto-estima pode conferir resistência ao desenvolvimento da depressão pós-natal.

Na mesma linha, Park et al. (1997) conduziram um estudo para avaliar o impacto do pensamento construtivo e do optimismo no stress e no ajustamento psicológico e comportamental no início e no fim da gravidez recorrendo a uma amostra de 221 mulheres e ao LOT-R. Os resultados indicaram que maior optimismo estava associado a menor ansiedade e a menor utilização de medicamentos na fase final da gravidez. Brites et al.



(2000), para avaliar o optimismo e o pessimismo utilizaram o ELOT (Extended Life Orientation Test) e, nos seus resultados encontraram que as mulheres não deprimidas apresentaram um valor médio superior de optimismo e um valor médio inferior de pessimismo, em relação às mulheres deprimidas. O optimismo confere maior resistência no desenvolvimento de sintomas depressivos, associando-se a mecanismos de *coping* de confronto e à procura de suporte social. Por sua vez, o pessimismo, associou-se com o aparecimento de depressão no período pós-parto.

Para aprofundar o estudo sobre a importância do optimismo, Lobel, Vincente, Kaminer e Meyer (2000) conduziram um estudo com 129 mães com gravidez de risco e verificaram que as mães menos optimistas tinham bebés que pesam significativamente menos do que os das mães mais optimistas. Em 2002, Lobel, Yali, Zhu, DeVicente e Meyer voltam a analisar a relação entre o optimismo e a gravidez de risco, corroborando os resultados anteriores. As mulheres optimistas avaliam o seu risco de gravidez como sendo mais controlável, evidenciando menor stress e recorrendo menos a estratégias de *coping* de evitamento. Também de acordo com o estudo efectuado por Carver e Scheier (2001) o optimismo predizia níveis mais baixos de sintomas depressivos após o nascimento de um bebé. Mulheres com níveis mais elevados de optimismo manifestam menos sintomas depressivos, parecendo assim que o optimismo confere resistência ao desenvolvimento de sintomas depressivos após o nascimento do bebé. As mulheres optimistas têm maior probabilidade do que as pessimistas de desenvolverem pensamentos construtivos, ou seja, resolver de forma eficaz problemas do dia-a-dia. O mesmo concluíram Yali e Lobel (2002) que usaram o LOT-R para avaliar o optimismo disposicional numa amostra de 163 mulheres grávidas tendo concluído que o optimismo estava associado a menores níveis de *distress*. Estava também associado à utilização de mecanismos de *coping* positivos e à não utilização de estratégias de evitamento. Perante estes factos, o optimismo surge como um elemento importante na capacidade para enfrentar as alterações inerentes a este período de vida.

O optimismo pode ser considerado como protector na adaptação às mudanças que decorrem na assunção do papel de mãe/pai. Assumir a parentalidade como uma transição de vida com bem estar para a mãe e para a família parece estar associada ao optimismo. Harwood, McLean e Durkin (2007) estudaram 71 mulheres primíparas tendo verificado que a melhor adaptação ocorreu nas mulheres optimistas. Contudo, verificaram também que quando este optimismo é demasiado elevado, sem a previsão de existência de qualquer dificuldade, estas mães acabavam por evidenciar não só sintomatologia depressiva mais acentuada, como também uma menor capacidade de reajuste social. Estes resultados fazem sentido se considerarmos que as mães cujo optimismo era irrealista não foram capazes de antecipar qualquer tipo de dificuldade. Desta forma, quando se depararam com obstáculos sentiram-se frustradas pois nunca lhes tinha ocorrido que tal pudesse suceder. Também na mesma linha de raciocínio, Churchill e Davis (2010) desenvolveram dois estudos para avaliar não só a relação entre optimismo e depressão pós-natal, como de forma mais específica de que modo a orientação realista (em que se têm quer pensamentos positivos quer negativos) está relacionada com a adaptação à maternidade. No primeiro estudo em que avaliaram o optimismo usando o LOT-R e a sua relação com a orientação para a maternidade, verificaram que tal como esperavam, o optimismo relaciona-se de forma negativa com a sintomatologia depressiva e com o neuroticismo. Tentando aprofundar um pouco mais o papel do optimismo, desenvolveram um segundo estudo para identificar de que forma a orientação realista poderá exercer o seu efeito. Os dados evidenciaram que as mães com melhor adaptação foram as que se revelaram capazes de antecipar consequências negativas sem que necessariamente fossem pessimistas. Isto é, mães que esperavam o melhor mas que simultaneamente se preparavam para o pior, conseguiam que o impacto negativo fosse minimizado. Então, concluem que o optimismo sendo importante deverá estar associado a uma orientação realista para que seja efectivamente protector da sintomatologia depressiva.

Ao analisar a relação entre emoções positivas e a depressão pós-natal Moraitou, Galanakis, Stalikas e Garivaldis (2011) concluem que de um modo geral as mulheres

tendem a evidenciar emoções positivas mais intensas após o nascimento do filho quando comparadas com a sua linha de base durante a gravidez, evidenciando um aumento nas emoções “alegria”, “orgulho” e “interesse”. Também as mulheres que experienciaram emoções positivas durante a gravidez e no pós-parto, experienciaram menores níveis de depressão pós-natal. Desta forma, os autores concluem a existência de uma relação negativa entre a intensidade das emoções positivas e a sintomatologia depressiva no período pós-natal.

Assim, em *resumo*, e de acordo com Uguz, Akman, Sahingoz, Kaya & Kucur (2009) pode-se dizer que existem determinadas características e perturbações de personalidade que são factores associados ao aumento da prevalência e da severidade da depressão pós-natal.

#### **1.2.5.5. História psiquiátrica anterior**

Alguns investigadores têm tentado averiguar a existência de uma relação entre a depressão pós-natal e a história psiquiátrica anterior, pelo que na literatura, um dos factores que tem sido identificado por vários autores como o mais preditor de depressão pós-natal é o facto de existir uma história anterior de depressão (ex.: Ansara, Cohen, Gallop, Kung & Schej, 2005; Bloch, Rotenberg, Koren & Klein, 2005; Boyce & Hickey, 2005; Dennis & Ross, 2006; Downs, DiNallo & Kirner, 2008; Garfield, Kent, Paykel, Crighton & Jacobson, 2004; Gotlib, Whiffen, Wallace & Mount, 1991; Josefsson, 2003; Larsson, Sydsjö & Josefsson, 2004; Mayes & Leckman, 2007; McCoy, Beal, Shipman, Payton & Watson, 2006; Murray et al., 2003; Rowlands & Lee, 2010; Tiffany, 2002).

Desde 1982 que O'Hara, Rehm e Campbell consideram que o melhor predictor da depressão pós-natal diz respeito à existência de depressão durante a gravidez. Contudo, estudos mais recentes defendem que não só a depressão anterior da mãe deverá ser considerada mas também a do pai (Radke-Yarrow & Klimes-Dougan, 2002).

Beeghly et al. (2002) conduziram um estudo com mulheres de classe média, mães primíparas para avaliar os níveis de sintomatologia depressiva ao longo do primeiro ano pós-parto tendo concluído que as mães com depressão crónica manifestavam valores mais elevados de depressão do que as mães sem qualquer diagnóstico anterior. Defendem ainda que nas mulheres sem história psiquiátrica anterior a depressão pós-natal está associada a dificuldades de adaptação da mãe e do bebé enquanto que nas mulheres com depressão pré-gravidez a depressão pós-natal não resulta de questões de adaptação à maternidade. Por sua vez, Cohen et al. (2002) conduziram um estudo com 200 mulheres tendo encontrado uma relação entre a história de violência que a mãe sofreu ao longo da sua história de vida e a depressão pós-natal, inferindo que o facto de se estar numa situação de vítima de abuso coloca a pessoa em risco de depressão e como tal também em risco de depressão pós-natal.

A influência que a história psiquiátrica anterior tem começa a ser efectivamente reconhecida e, de acordo com Oates (2005) no Reino Unido, existe uma recomendação feita pelo *Confidential Enquiries into Maternal Deaths (CEMD)* no sentido de que todas as mulheres grávidas devem ser avaliadas de forma sistemática quanto à sua história psiquiátrica anterior. As que forem identificadas como tendo uma história psiquiátrica prévia de qualquer perturbação psiquiátrica devem ser durante a gravidez acompanhadas por um psiquiatra que deverá, antes do parto, elaborar um plano de intervenção que deverá envolver a mulher, a família e o serviço de maternidade. Podemos assumir que existe um impacto da depressão na gravidez e um impacto da gravidez na depressão (Godfrey, 2005).

Para aprofundar o estudo do impacto da história prévia de depressão pós-natal, Kim

et al. (2008) implementaram um estudo com objectivo de considerarem a história psiquiátrica anterior e de explorarem a existência de diferenças estatisticamente significativas entre factores sócio-demográficos e psicológicos no diagnóstico da depressão pós-natal. Os resultados indicaram a depressão pré-parto como sendo o factor psicológico predictor da depressão pós-natal. Não existiram efeitos adicionais quando os dados sociodemográficos, obstétricos e outras medidas psicológicas foram incluídas no modelo de análise estatística.

Tentando perceber os factores que interferem na depressão pós-natal, Bilszta et al. (2008) ao analisarem o possível efeito da pobre relação conjugal e o facto de a mãe ser solteira, verificaram que essas duas variáveis não se revelaram como factor de risco na obtenção de valores mais elevados no EPDS. As duas variáveis que se revelaram factor de risco foram a história anterior de depressão e a actual existência de problemas emocionais, embora as mães solteiras tivessem menor saúde mental do que as casadas. Assim, concluem que as mães solteiras têm maior incidência de sintomatologia depressiva no período antenatal do que as que têm companheiro. Tal facto não se relaciona com o seu estatuto conjugal por si só. A história psiquiátrica anterior bem como a ocorrência de problemas emocionais revelam-se factores de risco para a manifestação de pontuações elevadas no EPDS, sendo que a história psiquiátrica anterior se revela como uma factor de risco com maior valor predictivo ( $p < 0.001$ ) do que a ocorrência de problemas emocionais ( $p < 0.02$ ).

Num estudo, realizado com população Afro-Americana, com baixo poder económico, Luke et al. (2009), concluem que a depressão Major anterior à gravidez é um factor de risco para a prevalência de depressão pós-parto. As mães com história anterior de depressão Major e cuja idade se situa acima dos 30 anos, têm 5 vezes mais probabilidade de deprimir do que as mães adolescentes. Isto é especialmente importante se considerarmos o facto de que actualmente a tendência para se ter filhos mais tarde tem vindo a aumentar. Apoiando os resultados de estudos prévios Bussel et al. (2009) reforçam

que os sintomas de depressão antes da gravidez é um dos preditores mais fortes dos sintomas depressivos na gravidez. A vulnerabilidade pessoal que conduz à existência de sintomas depressivos foi também encontrada por Howell, Mora, DiBoaventura e Leventhal (2009) e Romero-Gutiérrez, Rosa, Regalado-Cedillo e León (2010) como estando associada à estabilidade dos sintomas depressivos ao longo do tempo. Deste modo, é um factor de risco associado às mudanças emocionais durante a gravidez e no período pós-parto, que deveriam ser identificados no control pré-natal de forma a proporcionar apoio preventivo a estas mulheres.

A história anterior de depressão tem assim sido documentada como podendo estar na origem de alguns dos casos de depressão pós-natal, não só nas comunidades mais desenvolvidas, como também em pequenas comunidades, como se verifica por exemplo, nas comunidades arborígenas Canadianas, onde a história prévia de depressão se associou com a manifestação de depressão pós-natal (Bowen, Stewart, Baetz & Muhajarine, 2009), fazendo-nos supor que este será um factor de risco transcultural.

A depressão anterior também está associada a menor probabilidade de as mães amamentarem ao peito os seus bebés associando-se ao facto de as mães planearem a alimentação artificial (Fairlie, Gillman & Rich-Edwards, 2009). Dennis e McQueen (2009) realizaram uma revisão da literatura desde 1966 a 2007, nas bases de dados Medline, CINAHL e Embasing para analisar que consequências negativas resultam da depressão pós-parto para a alimentação do bebé, tendo concluído que os estudos apontam para a tendência de que as mães com sintomatologia depressiva diminuem o período de amamentação por peito, sentem mais dificuldades em amamentar e são menos eficazes quando o fazem.

Em jeito de resumo, refere-se Matthey (2009) que realçou que as mulheres com períodos mais longos de dificuldades de adaptação ao pós-parto eram as que tinham história anterior de perturbações de humor e as que já tinham procurado ajuda profissional para lidar com dificuldades emocionais, fazendo com que sentissem os acontecimentos da

sua vida como mais stressantes.

O mesmo é reforçado por Sidor, Kunz, Schweyer, Eickhorst e Cierpa (2011) ao defenderem que a depressão crónica e severa tem impacto na interacção mãe-bebé. Não sucedendo o mesmo quando a depressão pós-natal é ligeira. Neste último caso, a mãe pode inclusivamente continuar a sentir satisfação em cuidar do bebé.

De acordo com Escribá-Agüir e Artazcoz (2011) num estudo longitudinal destinado a avaliar a depressão na gravidez e no período pós-parto foi possível verificar que a baixa satisfação com a relação conjugal, a depressão do companheiro(a) e depressão na gravidez aumentam a probabilidade de ocorrência de depressão pós-natal para ambos os elementos do casal. Os acontecimentos de vida negativos aumentam o risco de depressão pós-natal apenas na mulher. Também o nível de stress da mãe durante a gravidez, a disponibilidade do suporte social depois da gravidez e a história anterior de depressão foram características com associação significativa com a depressão pós-natal (Lanes, Kuk & Tamim, 2011).

Na análise da história anterior de depressão, poderá ser considerada não só a história anterior de depressão da mulher que teve o bebé, como também a história de depressão anterior da sua mãe. Assim, numa hipótese de transmissão intergeracional da depressão pós-natal, Séjourne, Alba, Onorrus, Goutaudier e Chabrol (2011) avaliaram 65 díades mãe-filha, concluindo que as mulheres cujas mães também sofreram de depressão pós-natal tinham valores significativamente mais elevados no EPDS. Concluem que a história anterior de depressão da actual mãe bem como a história de depressão pós-natal da sua mãe, são dois predictores muito significativos na depressão pós-natal, realçando assim a importância de a avaliação se efectuar com base no modelo biopsicossocial por forma a permitir a análise do envolvimento de diferentes tipos de factores e da sua interacção.

### 1.2.5.6. Características do bebé

Não só factores relacionados com a mãe e/ou com o ambiente psicossocial têm sido considerados como podendo estar relacionados com a depressão pós-natal, como também alguns estudos analisam a influência de algumas variáveis inerentes ao bebé. Destas realça-se o estudo da influência do choro do bebé, do sexo do bebé, do seu comportamento e dos seus padrões de sono.

Relativamente ao **choro**, é um factor também relacionado com a maior depressão da mãe. As mães que têm bebés que choram com mais frequência têm maior tendência a parar de amamentar mais cedo (Karaçam, 2007). Howell et al. (2009) concluíram que factores como sintomas físicos e cólicas da criança, estavam associados a sintomatologia depressiva no período pós-parto.

No que se refere ao **sexo do bebé**, Weinberg et al. (2001) também observaram que o funcionamento adaptativo da mãe era menor quando os seus bebés eram do sexo masculino, revelando menor auto-estima e maior dificuldade de adaptação à maternidade do que mães de bebés do sexo feminino. Os autores pressupõem que os rapazes têm mais dificuldade em regular o seu estado emocional do que as raparigas, tendo as díades mãe-rapaz que se esforçar mais para manter a sua relação afectiva mais organizada do que as díades mãe-rapariga.

Beeghly et al. (2002) corroboram resultados de estudos anteriores ao concluir que o sexo do bebé tem interferência no processo de adaptação: quando os bebés são do sexo masculino as mães deprimidas exibem uma adaptação psicossocial mais pobre.



Como já se mencionou, Kheirabadi et al. (2009) identificaram o facto “sexo do bebé diferente do desejado” como um factor de risco associado à depressão pós-natal. Contudo, o mesmo não sucedeu no estudo de Sidor et al. (2011) em que não se encontrou nenhuma interacção entre o sexo do bebé e a sintomatologia depressiva e a sensibilidade materna das mulheres.

Analisando o **comportamento do bebé**, Dudley et al. (2001) concluíram que a percepção negativa da mãe em relação ao temperamento da criança é um factor associado de forma significativa à depressão pós-natal, pelo que sugere que esta possa ser um importante foco de intervenção.

Pensamos assim que num programa de intervenção deverá existir a abordagem do comportamento do bebé, desconstruindo um pouco a imagem “cor de rosa” que as mães possuem, de modo a poder prepará-las para o facto de terem que lidar com o choro, o não dormir..., sem que isso signifique a existência de um problema do bebé. Relembrar esta dimensão menos positiva que acontece em todos os bebés, embora com graus diferentes, sem que tal implique a inexistência de um lado positivo: sorriso, olhar, afecto. O objectivo desta abordagem é o de permitir que as mães construam um quadro mental que possa prever o facto de ter que lidar com algumas adversidades sem que sintam que tal acontece apenas com o seu bebé.

Ao estudar os **padrões de sono**, Cutrona e Troutman (1986) e Hiscock e Wake (2001) relacionaram os problemas de sono do bebé com a depressão pós-natal, associando a maiores índices de depressão pós-natal os padrões de sono caracterizados como problemáticos e associados a comportamentos tais como a criança ter que dormir na cama dos pais, a criança precisar da companhia de um adulto para adormecer, acordar várias vezes e por longos períodos durante a noite e, a criança não fazer sestas. A depressão pós-

natal em crianças com problemas de sono é resultado do facto de as mães não descansarem. Assim, a depressão pós-natal seria resultado e não consequência das perturbações de sono da criança (Lam, Hiscock & Wake, 2003).

Assim, «Relativamente à etiologia desta perturbação, diferentes factores parecem convergir: factores bioquímicos, uma vez que os níveis de progesterona e estrogéneo decrescem bastante no pós-parto, verificando-se uma ausência de sincronia hormonal (...); factores sociais, como acontecimentos de vida adversos (particularmente financeiros, dificuldades de relacionamento com a família, disfunções matrimoniais ou suporte social inadequado) (...) factores psicológicos, nomeadamente história psiquiátrica prévia, dificuldades experienciadas durante a gravidez (...)» (Brites et al., 2000, p.207-208).

### **1.2.6. Principais consequências da depressão pós-natal**

Como se analisou nos pontos anteriores, a depressão pós-natal é um fenómeno multidimensional extremamente complexo que não só pode ter múltiplas etiologias como atrás descrevemos, como tem também múltiplas consequências. Importa reflectir sobre estas de forma a entendermos um pouco melhor a sua gravidade.

A depressão pós-natal é uma perturbação psicopatológica com efeitos de grande dimensão em vários actores sociais e, no entanto, estes são muitas vezes descurados. É uma perturbação cujas consequências se situam muito para além da mulher uma vez que se reflectem também na qualidade da interacção estabelecida com o bebé, o que se reflecte no seu desenvolvimento cognitivo e social (Hay, Pawlby, Angold, Harold & Sharp, 2003; Sharp et al., 1995), com o cônjuge/companheiro, e em termos sociais (Areias,

Kumar, Barros & Figueiredo, 1996a; Ballard, Davis, Cullen, Mohan & Dean, 1994; Lovestone & Kumar, 1993).

Assim sendo, e uma vez que as implicações se situam muito para além da própria mãe podemos assumir que a depressão pós-natal embora numa fase inicial seja uma perturbação individual, acaba por se assumir como uma perturbação sistémica (Fradique, 1992). Esta constatação assumirá especial relevância se considerarmos que durante o primeiro ano de vida de uma criança a mãe é grande parte do ambiente social de uma criança, sendo assim uma fonte importante de estimulação emocional, cognitiva, social e desenvolvimental para os seus filhos (Beck, 1996; Seimyr, Edhborg, Lund & Sjögren, 2004). É, sem dúvida, também importante reflectir na evidência de que a depressão pré e pós-natal pode, tal como defendem Misri et al. (2010), ter um impacto directo no stress parental.

Desta forma, descrevem-se a seguir as principais consequências da depressão pós-natal para a mulher, para o bebé e para a família e sociedade em geral.

#### **1.2.6.1. Para as mulheres**

Começa-se por considerar as consequências da depressão pós-natal para a mulher, fazendo referência a Beck (1996) que conduziu um estudo para investigar a percepção das mães sobre a depressão pós-natal e estas referem as seguintes grandes consequências que sofrem directamente: a sensação de que a depressão pós-natal é algo físico mas que acaba por possuir não só o seu corpo mas também a sua mente; a sensação de que cuidar da criança é uma tarefa demasiado exigente e com a qual não vão conseguir lidar; a percepção de que as suas próprias mães têm de que são as piores mães do mundo; mães com mais

outro filho referem a sensação de que o outro filho como que as sufoca ao absorver toda a sua energia quando lhe pede o máximo da sua atenção. Há mães que referem que na tentativa de minimizar o facto de sentirem que não estão a conseguir ser boas mães acabam por deixar de pensar nas suas próprias necessidades colocando sempre as do bebé em primeiro lugar como tentativa de minimizar o seu comportamento que consideram menos adequado.

As mulheres com depressão pós-natal têm uma visão dos seus bebés menos positiva do que as que nunca tiveram depressão pós-natal (Foreman & Henshaw, 2002). Este facto apresenta consequências não só para o bebé mas também para a mãe que acaba por se auto-percepcionar como uma mãe com menos capacidade para cuidar do seu bebé, o que acaba por contribuir para o aumento do ciclo de pensamentos negativos desenvolvidos quando estamos perante um quadro de sintomatologia depressiva. Estas mães sentem que os seus esforços são demasiado elevados e que não são capazes de produzir os efeitos que elas desejariam na alteração de comportamento do seu bebé. Desta forma acabam muitas vezes por desistir de o fazer com prejuízo para a qualidade da relação de vinculação estabelecida.

Apesar de a maioria dos estudos analisar as consequências da depressão pós-natal a curto prazo, o estudo de Sayin et al. (2005), analisou as suas consequências a longo prazo. O estudo conduzido foi retrospectivo e consistiu na análise de 67 mulheres que entre 1985 e 2000 deram entrada numa clínica privada na Turquia para serem tratadas de depressão pós-natal. Estes autores concluíram que o diagnóstico de depressão pós-natal pode assumir um carácter de cronicidade e conduzir a uma história de vida com alterações psiquiátricas, pelo que estas mulheres deveriam ser monitorizadas a longo prazo. A maioria das pacientes estudadas (70%) progrediram ao longo dos anos para uma história de perturbação psiquiátrica tal como psicose crónica, Depressão Major, perturbação bipolar e perturbação obsessivo-compulsiva. Salienta-se assim, a importância que a longo prazo poderá a depressão pós-natal exercer na história psiquiátrica das mulheres. Mayberry,

Horowitz e Declercq (2007) num estudo que avaliou a sintomatologia depressiva das mulheres dois anos após o parto, verificaram que esta evidenciava ainda taxas elevadas, realçando a importância do estudo deste fenómeno para além do pós-parto recente. Josefsson e Sydsjö (2007) num estudo de follow-up de 251 mulheres, aproximadamente quatro anos após o parto, verificaram que as mulheres com história de depressão pós-parto tinham aproximadamente 6 vezes mais probabilidade de ter episódios depressivos recorrentes, quando comparadas com as que não tiveram história de depressão pós-parto, concluindo-se que a depressão pós-parto é um factor de risco para doença futura.

Assim, a depressão pós-natal não tratada pode ter efeitos adversos a longo prazo para a mãe uma vez que por exemplo este episódio pode ser precursor de outros episódios (Miller & Rogers, 2007). Considerando também o impacto de depressão pós-natal a longo prazo, Flores-Ramos, Heinze e Silvestri-Tomassoni (2010), verificaram que as mulheres com depressão no período de perimenopausa, a depressão se associava com a existência de depressão pós-natal e de perturbação disfórica pré-menstrual.

Analizando o impacto da depressão pós-natal no funcionamento cognitivo, Messinis et al. (2010) observaram que as mães parecem sofrer de alterações a nível neuropsicológico. Estes autores compararam 21 mulheres com depressão pós-parto, com 22 mulheres sem depressão pós-parto e 24 mulheres sem depressão mas que não se encontravam no período pós-parto. Todas as mulheres que se encontravam no período pós-parto evidenciaram menor desempenho numa prova de leitura do que as mulheres do grupo de controle. Também as mulheres deprimidas no pós-parto tiveram menor desempenho na Parte B do Trail Making Test. Estes dados parecem sugerir que as mulheres no período pós-parto e em particular as que se encontram deprimidas apresentam alguns deficits cognitivos.

Podemos assim, referir que não só em termos de saúde mental a longo prazo mas também, na vivência a curto prazo que as mulheres poderão ter, a depressão pós-natal se reflecte directamente na mulher, influenciando-a de forma negativa.

### 1.2.6.2. Para o bebé

No que se refere ao desenvolvimento do bebé inúmeras consequências têm sido identificadas como negativas na sequência da depressão pós-natal da mãe. Algumas investigações sugerem que os filhos de mães com depressão pós-natal têm mais problemas emocionais, comportamentais e de saúde do que os filhos de mães que não sofrem de depressão pós-natal.

Há autores como Philipps e O`Hara (1991) que não observaram estes resultados. Ao conduzirem um estudo de *follow-up* de mães que tinham manifestado depressão pós-natal não encontraram consequências negativas para o desenvolvimento da criança em si, mas sim para o reaparecimento de depressão nas mães durante o período estudado (quatro anos e meio pós-parto).

Considerando a influência no **desenvolvimento emocional** da depressão pós-natal, Esteves, Pires e Valada (2001) no seu estudo concluíram que as crianças cujas mães evidenciaram depressão pós-natal no período pós-parto manifestam em relação à mãe uma relação de exclusividade, com dificuldade de separação, tornando-se crianças muito exigentes e possessivas uma vez que o seu mundo se centra prioritariamente na mãe na sequência do sobreinvestimento que esta fez na criança. Estas crianças também se revelaram mais desobedientes pois as mães tinham mais dificuldade em se imporem, acreditando que deveriam dar resposta a todas as necessidades da criança. Albertsson-Karlgren, Graff e Nettelbladt (2001) que avaliaram a relação da doença mental no pós-parto com a qualidade de interacção com os pais-criança através de sessões filmadas verificaram que quando a criança tinha dez meses de idade as mães que faziam parte da amostra psiquiátrica (mães com alterações psiquiátricas no pós-parto) revelaram menos sensibilidade e menos afecto positivo à criança, o mesmo se verificando quando a criança

tinha dois anos de idade. Uma outra consequência que tem sido referida para o desenvolvimento do bebé relaciona-se com o padrão de vinculação que é estabelecido. Quando se avalia comparativamente, durante a infância, o padrão de vinculação de um grupo de crianças cujas mães tiveram depressão pós-natal com um grupo de crianças cujas mães não tiveram, os resultados indicam que as primeiras têm um tipo de vinculação predominantemente inseguro (Edhborg et al., 2003), o que poderá persistir na manutenção de laços de vinculação com figuras secundárias, limitando as interações sociais que são estabelecidas ao longo do desenvolvimento. Também para Lyons-Ruth, Lyubchik, Wolfe e Bronfman (2002) as crianças cujas mães são deprimidas revelam estratégias de vinculação mais desorganizadas.

O humor e afecto depressivo materno podem criar um «clima emocional» negativo que pode comprometer não só a relação mãe-bebé como também o funcionamento da criança (Beeghly et al., 2002; Reck et al., 2004) uma vez que as mães com depressão pós-natal referem dificuldades em lidar com o bebé e em interagir com ele bem como insatisfação com o seu papel maternal (Ashman & Dawson, 2002; Loh & Vostanis, 2004). Para Crockenberg e Leerkes (2003) a memória internalizada que a mãe tem da aceitação parental dos seus pais em relação a si própria na infância, funcionará como mediadora de potenciais stressores. Nomeadamente na capacidade de lidar com o seu próprio bebé.

Uma das consequências negativas que têm sido apontadas para o bebé é o facto de algumas mães serem incapazes de reconhecer o desconforto do bebé e desencadearem brincadeiras que se tornam hostis devido à sobre-estimulação do filho. Algumas mães, persistem constantemente em chamar a atenção do bebé ainda que este demonstre por exemplo sinais de cansaço e saturação provocando-lhe stress (Murray et al., 2003).

Por outro lado, para Stanley, Murray e Stein (2004) as mães com depressão pós-natal são menos contingentes em termos educacionais e menos afectivas para com o bebé. No período em que a mãe se encontra com depressão pós-natal a mãe pode considerar

difícil responder às necessidades do bebê, sendo incapaz de interpretar as pistas que este lhe fornece uma vez que a mãe se encontra preocupada com os seus próprios sentimentos.

« (...) apesar de as influências patogênicas para o bebê poderem estar ligadas a fatores sociais, económicos e culturais, elas só têm impacto para o bebê quando passam pela interação entre ele e sua mãe. Quando está deprimida, ela mãe rompe o contato visual com o bebê e não tenta retomá-lo, torna-se menos responsiva e sua animação e tonicidade desaparecem. De acordo com esse autor, a depressão materna pode ser considerada um macroevento, e como tal, provavelmente não tem significado para o bebê. No entanto, o bebê experimenta a depressão materna em microeventos, que constituem um nível descritivo dos eventos. Segundo Stern, os microeventos são as manifestações mais palpáveis e possuidoras de um sentido para o bebê. Por exemplo, quando o bebê sorri, a resposta da mãe a este sorriso é considerada um microevento. À medida que o bebê vai se familiarizando com tais eventos, desliga-se gradualmente de sua mãe, experienciando uma “microdepressão”. Esta microdepressão de bebê caracteriza-se pelo desaparecimento de sua animação, uma deflação de sua postura, uma diminuição do afeto positivo e da expressão facial.» (Frizzo & Piccinini, 2005, p.47)

Tem também sido assinalada a relação da depressão pós-natal com a existência de grande risco de **problemas comportamentais** para as crianças na sequência de existência de depressão pós-natal na mãe (Compas, Langrock, Keller, Merchant & Copeland, 2002; Garber & Martin, 2002). Neste sentido, Hay et al. (2003) referem a existência de uma relação causal entre a depressão pós-natal e o comportamento violento da criança ao longo do seu desenvolvimento, em particular se esta for do sexo masculino.



Também têm sido identificados maior número de problemas comportamentais quando se inicia a escola, tais como níveis mais elevados de ansiedade (Luoma, Koivisto & Tamminen, 2004; Stewart, Robertson, Dennis & Grace, 2004; Walling, 2006; Whiffen & Gotlib, 1989). Estes autores relacionaram também a depressão da mãe com problemas cognitivos, de atenção e de regulação emocional, sendo que a regulação da atenção e de gestão da raiva estão correlacionadas com comportamento violento. O risco de violência revelou-se maior no grupo cujas mães estavam deprimidas no período pós-parto e pelo menos uma vez depois. Estas crianças utilizavam mais armas nos confrontos em que se envolviam, do que as outras crianças e a sua violência era notada fora do seio familiar, sendo que por exemplo, os professores referiam que se envolviam frequentemente em lutas na escola. Assim, parece que a violência se converte em algo mais relevante quando existe uma exposição continuada a este factor de adversidade. A exposição precoce e recorrente à depressão materna coloca as crianças num caminho de risco para a violência grave, uma vez que estas mães também têm dificuldade em regular a sua própria atenção e raiva. Isto é, o desenvolvimento intelectual e social destas crianças apresenta maior risco (Brennan et al., 2000).

Hay et al. (2003) conduziram um estudo hipotizando a existência de uma relação entre a depressão pós-natal e o posterior comportamento violento das crianças assumindo que a depressão da mãe pode ser um marco importante ao constituir uma experiência precoce negativa. Contudo, concluíram que os efeitos desta experiência precoce no desenvolvimento da criança dependem mais da posterior re-exposição a essa mesma experiência. Neste estudo, compararam-se crianças que nunca tinham sido expostas a depressão materna com crianças cujas mães tiveram depressão: a) unicamente aos três meses pós-parto, b) mais tarde nalgum momento de vida da criança, c) tiveram depressão aos três meses e pelo menos uma vez depois. As crianças foram acompanhadas até aos onze anos de idade. Os principais resultados encontrados indicam que a depressão da mãe aos três meses se revelou um importante preditor do comportamento violento aos onze anos. Verificou-se também que aos onze anos as raparigas tinham menos probabilidade de

exibir comportamentos violentos do que os rapazes e, que as mães sem qualquer episódio depressivo tinham filhos que eram significativamente menos violentos.

Kitamura, Takauma, Tada, Yoshida e Nakano (2004) consideram que no abuso para com a criança é mais determinante a satisfação com o suporte social antes da gravidez e o suporte social após o parto do que as perturbações psicológicas do período pós-natal (*blues* e depressão pós-natal).

Considerando o **desenvolvimento da criança**, menos interacção verbal nas díades mãe-bebé e menos interacção no jogo também foram consequências encontradas por Righetti-Veltema, Bousquet e Manzano (2003) quando analisaram mães com depressão pós-natal e os seus bebés em comparação com mães sem depressão pós-natal.

Murray et al. (2003) procuraram sistematizar quais os principais factores chave na depressão pós-natal que possam mais tarde conduzir a dificuldades desenvolvimentais na criança. Propõem assim quatro processos que podem desempenhar um papel importante. Em primeiro lugar, a ausência de respostas parentais contingenciais pode fazer com que a criança tenha mais dificuldade em estabelecer uma relação entre o seu próprio comportamento e o meio envolvente, o que é sem dúvida um aspecto importante no processo de aprendizagem. Em segundo lugar, o comportamento parental insensível ou não responsivo poderá interferir com a capacidade de a criança manter/desenvolver a sua atenção. Em terceiro lugar, a hostilidade parental ou o comportamento intrusivo podem ser uma importante fonte de stress para o bebé que poderá interferir com o desenvolvimento cognitivo. Por último, a depressão reduz o nível de imitação parental das expressões do bebé durante os momentos de interacção o que pode constituir um potencial efeito adverso para a criança distinguir o seu eu dos outros que a rodeiam. Dito de outra forma, a hostilidade que algumas mães deprimidas podem manifestar para com o bebé de uma forma directa causa stress e desregulação comportamental no bebé o que

mais tarde, poderá estar indirectamente relacionado com interacções conflituosas da criança com o seu meio envolvente.

Em relação às consequências para a **saúde** do bebé, apresentam-se de seguida alguns estudos realizados neste âmbito.

Halligan, Herbert, Goodyer e Murray (2004, 2006) conduziram um estudo com adolescentes verificando que àqueles cujas mães tinham tido depressão pós-natal estava associada maior variação de cortisol matinal, parecendo sugerir que a exposição precoce a experiências adversas pode alterar o nível de hormonas esteroides nos humanos. Uma vez que a depressão maternal constitui um risco adicional para a depressão na criança, estas alterações podem proporcionar um elo de ligação entre os acontecimentos de vida e a posterior psicopatologia.

Na mesma linha de investigação que procura analisar o tipo de práticas parentais associadas à depressão pós-natal, McLennan e Kotelchuck (2000) também defendem que mães com elevada sintomatologia depressiva adoptam menos comportamentos preventivos em relação ao bebé como por exemplo não utilização de cadeiras de transporte quando viajam em automóvel, não protecção das tomadas eléctricas, menos leituras diárias para a criança adormecer.

Quando a depressão materna se manifesta desde a gravidez até ao pós-parto está também associada com o aumento de risco de hospitalização da criança no primeiro ano de vida, bem como a uma menor utilização por parte da mãe, de medidas preventivas da saúde do bebé. Mães com depressão, por exemplo, têm menos cuidado com a posição em que o bebé dorme e utilizam com mais frequência castigos corporais. Pensa-se que tal se pode dever ao facto de as mães com depressão pós-natal terem que lidar com necessidades imediatas mais prementes pelo que não se conseguem focar na utilização de medidas preventivas (Chung, McCollum, Elo, Lee & Culhane, 2004).

Seguindo esta linha de investigação também se verifica que a depressão pós-natal pode estar relacionada com o uso desadequado dos serviços de saúde pela mãe em relação à criança. Minkovitz, Strobino, Scharfstein, Hou e Miller (2005) estudaram 5.565 famílias e verificaram que aquelas em que as mães tinham manifestado depressão pós-natal aos dois e quatro meses de vida do bebé, usavam muito os serviços de saúde em situações de doença aguda da criança ao mesmo tempo que não recorriam às consultas de rotina previstas no plano de saúde para vacinações em diferentes momentos de vida da criança. Deste modo, concluem que quando existe depressão materna na infância ocorrem padrões de utilização dos serviços de saúde inadequados.

Outro tipo de consequência para a saúde do bebé é o reflexo que a depressão pós-natal poderá ter no peso do bebé (Rahaman, Iqbal, Bunn, Lovel & Harrington, 2004; Rini, Dunkel-Schetter, Wadhwa & Sandman, 1999) e em alterações somáticas, como por exemplo, número de episódios de diarreia da criança. A depressão pós-natal também tem sido associada não só, ao menor desenvolvimento mental das crianças, menores índices de Apgar como também à existência de alterações físicas, como menor peso nos bebés cujas mães manifestaram depressão pós-natal (Bonari et al., 2004; Lusskin, Pundiak & Habib, 2007; O'Brien, Heycock, Hanna, Jones & Cox, 2004; Patel, DeSouza & Rodrigues, 2003; Surkan et al., 2008).

Contudo, num estudo Europeu onde participaram 5 países (Bélgica, Alemanha, Itália, Polónia e Espanha) em que se acompanharam 929 crianças desde o nascimento até aos 2 anos de idade, para avaliar a relação entre o crescimento da criança e a depressão pós-natal na mãe, concluiu-se que a depressão pós-natal na mãe não revelou efeitos com implicações significativas na variação de vários índices antropométricos avaliados na criança. Segundo os autores, os seus dados indicam que não se pode apoiar a hipótese de que a depressão pós-natal seja um factor de risco para o excesso ou diminuição de peso na criança (Grote et. al, 2010).

Henderson, Evans, Straton, Priest e Hagan (2003) verificaram que as mulheres com depressão pós-natal deixavam de amamentar cerca de treze semanas mais cedo do que as mães sem qualquer alteração psicopatológica do puerpério. Sabendo-se hoje em dia que a amamentação é um importante factor protector para o bebé contra doenças, este facto poderá ser mais um a ter um impacto importante na vida dos bebés cujas mães tiveram depressão pós-natal. Por outro lado, a amamentação parece ser um factor protector não só da saúde do bebé como também da da mãe, tal como referem Zauderer e Galea (2010) que consideram que para as mães com depressão pós-natal o facto de poderem continuar a amamentar é o único que as faz sentirem-se a cumprir o seu papel de mãe.

Uma vez que as crianças cujas mães têm depressão pós-natal se encontram em maior risco de desenvolvimento de problemas mentais e comportamentais e como a criança passa a maior parte do seu tempo com os pais, a família deveria tornar-se um alvo importante de programas de prevenção e de intervenção (Brunette & Jacobson, 2006; Gladstone & Beardslee, 2002; Goodman & Gotlib, 2002; Sheeber, Davis & Hops, 2002).

### **1.2.6.3. Para a família e sociedade em geral**

No que diz respeito à família e à sua dinâmica facilmente concluímos que inevitavelmente existirão alterações na sequência da análise dos dois pontos anteriores. Boath, Pryce e Cox (1998) realizaram um estudo com 60 mulheres com depressão pós-natal, em que avaliaram também os efeitos nos companheiros tendo obtido resultados que indicam que a depressão pós-natal desempenha um papel muito significativo em termos do impacto na relação conjugal, na própria saúde mental do companheiro, na vida social do

casal e no tempo de lazer, bem como está na origem de problemas de natureza financeira. Uma vez que a depressão é de natureza transaccional na família, é importante que se estudem todos os seus elementos quando se fala desta perturbação (Phares, Duhig & Watkins, 2002).

No ponto anterior realçaram-se as consequências para o bebé recém-nascido mas é igualmente importante pensarmos nas possíveis consequências para outros filhos mais velhos que possam existir (Buist, 2002).

Tammentie, Tarkka, Åstedt-Kurk, Paavilainen e Laippala (2004) verificaram que quando as mães evidenciavam depressão pós-natal revelavam a existência de uma dinâmica familiar negativa, com alterações na reciprocidade existente entre o casal e na flexibilidade perante a resolução de situações problemáticas, bem como a redução da capacidade de comunicação.

Pouco valorizada tem sido a análise dos efeitos da depressão pós-natal no homem. Contudo, alguns estudos revelam que o homem também pode deprimir no período pós-natal. Goodman (2004) sugere que o principal predictor da depressão pós-natal no homem é a existência da mesma na mulher, uma vez que os membros de uma família têm influência diária sobre as emoções uns dos outros. A existência de depressão na mulher no período pós-parto diminui a felicidade e altera o humor do companheiro.

Embora os homens também manifestem depressão pós-natal, verifica-se que lhes estão associados alguns factores de risco particulares, bem como algumas especificidades na forma de lidar com a depressão pós-natal. Para Condon, Boyce e Corkindale (2004), estas especificidades são: quando comparados com as mulheres os homens revelam redes de apoio menos densas, sendo as suas parceiras o seu apoio principal; a responsabilidade de proporcionar suporte material pode produzir maior stress em relação ao trabalho; muitos homens não terão tido o pai como modelo, uma vez que cresceram numa época em que os homens eram menos envolvidos; sabe-se que os homens são mais relutantes em

procurar ajuda para os problemas emocionais, do que as mulheres, adotando muitas vezes estratégias menos funcionais como ingestão de álcool ou outros comportamentos de risco. A existência de depressão pós-natal no pai, além de implicar consequências para o próprio também tem implicações para o bebê. Ramchandani, Stein, Evans e O'Connor (2005) verificaram que a existência de depressão do pai no período pós-natal estava associada a problemas comportamentais na criança entre os três e os cinco anos de idade. Também se tem vindo a estudar a relação entre depressão pós-natal no pai e na mãe, concluindo-se que a incidência de depressão pós-natal no homem é maior nos casais em que a depressão também existe na mãe (Melrose, 2010) realçando o efeito sistémico desta perturbação.

Numa revisão da literatura, sobre as correlações existentes na depressão pré e pós natal nos homens, Wee, Skouteris, Per, Richardson e Milgrom (2011) concluem que o factor mais referido como factor de risco na depressão do homem é o facto de este ter uma companheira com elevada sintomatologia depressiva ou depressão.

Dennis (2004a) ao examinar a influência do humor maternal na utilização dos serviços de saúde nos dois primeiros meses do período pós-parto, concluiu que as mulheres com sintomatologia depressiva têm um número de contactos com os profissionais de saúde significativamente superior ao das mulheres que não apresentam sintomatologia depressiva. As mulheres com sintomatologia depressiva também têm resultados significativamente mais baixos no SF-36 e consideram que a ajuda que receberam dos profissionais se revelou inútil. Também ao averiguar a relação entre qualidade de vida e depressão pós-natal, Tychev et al. (2007) concluíram que a depressão pós-natal afecta de modo negativo e forte todas as dimensões de vida exploradas através do SF-36.

Também com o intuito de analisar a correlação entre a depressão pós-parto e o estado de saúde, Zubaran et al. (2009) conduziram um estudo no Sul do Brasil tendo verificado a existência de correlações significativas entre o estado geral de saúde e a

expressão de sintomas depressivos. De facto, concluem que a medida do estado de saúde é predictora dos resultados obtidos nas escalas de avaliação de sintomatologia depressiva no período pós-parto. Então, por um lado torna-se evidente a importância de analisar a sintomatologia depressiva por si só, mas também não esquecer que esta se reflecte no estado geral de saúde da mãe, o que incontornavelmente acarreta importantes consequências para o sistema geral de saúde e, inerentemente para a sociedade como um todo.

### **1.2.7. Algumas intervenções na depressão pós-natal**

Sendo a depressão pós-natal uma problemática com inúmeras repercussões já atrás referidas, começou a existir a preocupação não só de identificar os factores de risco, como também de tentar operacionalizar medidas de intervenção que visassem combater alguns dos factores etiológicos já identificados, recorrendo a diferentes profissionais de saúde.

Heneghan, Silver, Bauman, Westbrook e Stein (2000) verificaram que os próprios pediatras também não fazem o diagnóstico das mães com depressão pós-natal. Os pediatras têm maior probabilidade de identificar a depressão pós-natal em mães com menos de 30 anos, que vivam sózinhas e se o pediatra estiver em início de carreira. Mesmo que as mães apresentem níveis elevados de depressão pós-natal a maior parte dos pediatras não o reconhece. Heneghan, Mercer e Deleone (2004) e a sua equipa colocaram a um grupo de mulheres a questão de se estas enquanto mães falariam com os pediatras sobre os seus sintomas depressivos. Chegaram à conclusão de que apesar de as mães falarem sobre as crianças são muito hesitantes em falar dos seus sintomas depressivos com medo de serem julgadas e com medo de que as crianças sejam referenciadas para a protecção de menores. Este facto torna particularmente difícil a organização de programas



de intervenção. É por vezes referido na literatura que se as mulheres com depressão pós-natal estão disponíveis a preencher questionários de avaliação o mesmo não acontece relativamente ao tratamento. A resistência à intervenção é muitas vezes elevada fazendo com que recusem apoio (Carter et al., 2005). Estes factos levantam questões relativamente à formação dos profissionais que trabalham nesta área.

Neste sentido, Boath e Henshaw (2001) e Boath, Bradley e Henshaw (2005) realizaram uma revisão da literatura referente ao período de 1964 a 2000 sobre intervenções na depressão pós-natal, tendo concluído que devido às limitações metodológicas de muitos dos estudos analisados, não se torna possível concluir que práticas deveriam ser recomendadas neste domínio.

Cooper, Murray, Wilson e Romaniuk (2003) conduziram um estudo para testar a eficácia do tratamento da depressão pós-natal. Para tal, organizaram quatro grupos de mulheres com depressão pós-natal e distribuíram-nas por quatro condições: cuidados de saúde de rotina habitual (grupo de controlo), aconselhamento não directivo, terapia cognitivo-comportamental e terapia psicodinâmica. Na análise dos resultados verificou-se que as três condições de intervenção revelaram impacto no humor maternal. Contudo, aos nove meses pós-parto o benefício do tratamento já não era visível e o tratamento também não diminuía a probabilidade de ocorrência de episódios subsequentes.

Igualmente importante quando pensamos nos tipos de intervenção conduzidas para o tratamento da depressão pós-natal é pensarmos no tipo de barreiras que as mães identificam estarem presentes no momento de decidirem recorrer ou não ao tratamento. Grote, Bledsoe, Swartz e Frank (2004) referem um conjunto de barreiras identificadas em vários estudos referentes a população com baixo nível económico: custo, transtorno causado pela localização das clínicas, transportes, horário limitado de atendimento, não ter quem tome conta dos filhos, estigma e discriminação, experiência negativa prévia de utilização dos serviços e insensibilidade cultural.

Não existindo ainda um trabalho coordenado entre os vários elementos das equipas de saúde para que se promova a prevenção primária da depressão pós-natal, existem contudo, a nível mundial registo de intervenções que visam minimizar o impacto desta problemática após a sua manifestação. Nesse sentido, inúmeras propostas de intervenção têm sido realizadas podendo ser subdivididas em dois grandes domínios: as de carácter biológico e as de carácter psicossocial.

### **1.2.7.1. Intervenções de carácter biológico**

Na intervenção de cariz biológico encontram-se alguns estudos que se têm centrado no domínio psicofarmacológico e na intervenção hormonal, procurando avaliar os efeitos que a administração de alguns componentes químicos poderá exercer quer na prevenção quer no tratamento da depressão pós-natal.

Neste contexto, Gregoire, Kumar, Everitt, Henderson e Studd (1996) conduziram um estudo com 61 mulheres com Depressão Major que se tinha desenvolvido três meses após o parto e que se mantinha após dezoito meses, em que 34 fizeram um tratamento com estrogéneos e 27 com placebo. Nem as mães nem os investigadores sabiam quem tomava placebo. Os resultados ao fim de um mês revelaram que as mães que tomavam estrogéneos melhoraram rapidamente, concluindo que esta terapêutica se revela eficaz no tratamento da depressão pós-natal.

Quando nos referimos ao domínio psicofarmacológico encontram-se fundamentalmente estudos de análises da acção dos antidepressivos. Para Hendrick, Altshuler, Strouse e Grosser (2000) as mães com depressão pós-natal que tomam antidepressivos, têm a mesma probabilidade de recuperação que pacientes com depressão não associada ao parto. Contudo, o seu tempo de resposta à medicação é

significativamente maior, pelo que a dose de antidepressivos deverá também ser maior. Não obstante, ainda para Hendrick (2006) a utilização de medicação deverá ter sempre em consideração os efeitos que poderá produzir quer no bebé quer na mãe. No que diz respeito aos efeitos no bebé alguns medicamentos produzem toxicidade no feto podendo mesmo chegar a produzir efeitos de abstinência quando suspensos. Quanto aos efeitos na mãe pode considerar-se que a sedação excessiva poderá ser um dos efeitos secundários problemáticos, uma vez que deixa a mãe sem capacidade de reagir ao bebé. Outro efeito secundário que poderá exercer perturbação sobre as mães é o facto de que a maioria dos antidepressivos provoca um aumento de peso o que poderá não ser muito bem aceite neste período em que a mãe procura inclusivamente perder algum do peso ganho durante a gravidez.

Para restabelecer o equilíbrio biológico, Parry et al. (2000) sugerem que uma intervenção extremamente importante é a que se refere à tentativa de repor o sono nas mães, uma vez que a privação de sono se revela como um factor adicional de risco para a depressão pós-natal, devido à desregulação provocada na mãe.

De acordo com Boath, Bradley e Henshaw (2004) o Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN) em 2002 publicou normas de tratamento para a depressão pós-natal defendendo que este deve ser igual ao da depressão que ocorre noutros períodos de vida. Assim sendo, as linhas gerais de tratamento não têm em consideração que as mães precisam de tomar conta dos bebés e que como tal não podem tomar medicação sedativa à noite. Quando existe medicação, recomenda-se que a amamentação deve ocorrer antes da tomada da medicação e que deve ser evitada na(s) 1-2 horas que se seguem à toma de antidepressivo.

No que diz respeito ao estudo das percepções das mulheres sobre os antidepressivos, Boath et al. (2004) conduziram um estudo de acompanhamento de 35 mulheres com depressão pós-natal a quem foi administrada medicação antidepressiva. No acompanhamento, verificaram que 4 decidiram não tomar a medicação por estar a

amamentar, 20 consideraram a medicação inútil, 4 disseram que não seguiram a prescrição e que referiram pouco envolvimento no tratamento. Ao analisar os efeitos da medicação sobre o feto Kalra e Einarson (2006) realçaram que o maior potencial teratogénico se produz nas primeiras 12 semanas de gravidez, quando ocorre a organogénese, o que não invalida a necessidade de estudos sobre os efeitos dos medicamentos em todos os trimestres, por forma a estabelecer uma norma segura para a introdução de medicação na gravidez. Perante o temor de que o efeito seja negativo, muitas mães negam-se a tomar qualquer medicação.

Stowe et al. (1997) e Berle et al. (2004), analisaram as concentrações de antidepressivos no sangue de bebés que estavam a ser amamentados por mães a tomar medicação, tendo concluído que as concentrações no sangue do bebé se encontravam abaixo de qualquer limiar de toxicidade.

De opinião diferente são Epperson e Ballew (2006) que referem que a utilização de medicação em mães cujos bebés se alimentam exclusivamente de leite materno, deve ser especialmente acompanhada, pois se os bebés que não têm qualquer suplemento alimentar têm maior probabilidade de exposição ao medicamento que a mãe toma.

Um outro factor que não deverá nunca ser esquecido, é que a maior parte das mães após o parto reinicia a medicação contraceptiva o que devido à sua natureza hormonal poderá causar impacto na medicação psiquiátrica.

Blier (2006) constata que as mulheres que interrompem a medicação antidepressiva durante a gravidez têm mais recaídas do que as que a mantiveram. Permitir que a Depressão Major ocorra durante a gravidez pode resultar num impacto negativo para o feto uma vez que a barreira placentária tem a sua capacidade de protecção limitada. As substâncias endócrinas que são produzidas em maiores concentrações durante a depressão podem ter consequências negativas como por exemplo, induzir o trabalho de parto prematuro, alterações do fluxo sanguíneo uterino e irritabilidade uterina.

Logsdon, Wisner e Hanusa (2009) avaliaram de que modo o tratamento com antidepressivos se podia revelar eficaz na depressão pós-natal, tendo concluído que embora o tratamento com dois tipos de antidepressivos tenha tido nas mães o efeito de aumentar a sensação de gratificação com o seu papel maternal, não teve porém qualquer influência na sensação de auto-eficácia nem no tipo de interação que estabelecem com a criança. Assim, embora a curto prazo os antidepressivos se possam revelar úteis é importante repensar a sua utilização considerando os seus efeitos a longo prazo.

Por outro lado, na intervenção hormonal também têm sido conduzidos estudos no sentido de avaliar os efeitos de reposições hormonais, como por exemplo estrogéneos e progesterona. Dennis, Ross e Herxheimer (2008), após estudarem o efeito da terapêutica com estrogéneos e progestinas, comparados com um grupo que tomava placebo verificaram que a terapia de estrogéneos estava associada a uma melhoria nos níveis de depressão de mulheres com depressão severa quando comparadas com o grupo a quem se administrou placebos, contudo o efeito da utilização de progestinas não foi conclusivo.

### **1.2.7.2. Intervenções psicossociais**

Fazendo referência às intervenções de carácter psicossocial podem encontrar-se várias alternativas, como se pode verificar a seguir. Neste ponto, descrevem-se resultados obtidos pela psicoterapia interpessoal, terapias de grupo, terapia cognitivo-comportamental e a intervenção realizada em unidades psiquiátricas mãe-bebé.

Relativamente à **psicoterapia interpessoal**, O'Hara, Stuart, Gorman e Wenzel (2000) concluíram que um acompanhamento com base na psicoterapia interpessoal (doze horas

de sessões num período de doze semanas) se revelou não só um eficaz tratamento para a depressão pós-natal bem como para o ajustamento social.

Nylen et al. (2010) desenvolveram um programa de Terapia Interpessoal, aplicado durante 18 meses, concluindo que este se revelou benéfico na redução da sintomatologia depressiva a longo prazo, continuando a evidenciar os seus efeitos mesmo após o período de tratamento ter terminado.

Neste tipo de intervenção o que se pretende é desenvolver as capacidades relacionais das mulheres, o que indirectamente as ajuda a cuidar dos seus bebés e a desempenhar o seu papel materno.

Considerando as **intervenções de grupo**, Hanna, Edgecombe, Jackson e Newman (2002) o facto de se proporcionar aos casais que irão ser pais pela primeira vez, a oportunidade de participar em grupos de apoio, onde se trabalham as competências parentais e o desenvolvimento da relação social e afectiva com o bebé, revelaram uma série de benefícios: a possibilidade de os pais alargarem a sua rede social de apoio, ganharem auto-confiança e a possibilidade de terem acesso a informação relevante sobre a saúde do bebé e sobre o papel parental. Os autores consideram que estes benefícios são particularmente importantes no contexto da família contemporânea.

Spinelli e Endicott (2002) conduziram um estudo com dois grupos de mulheres (25 mulheres cada grupo) que foram sujeitas a dois tipos de intervenção: psicoterapia de grupo e grupo de educação parental. Os seus resultados indicaram que a psicoterapia de grupo se revelou mais eficaz do que o programa de educação parental. Hanna et al. (2002) e Clark, Tluczek e Wenzel (2003) também procederam à utilização de técnicas de intervenção em grupo para a redução da sintomatologia da depressão pós-natal. Fundamentam a sua intervenção com base nas seguintes vantagens de recurso a um grupo: o grupo permite a redução do isolamento, facilita que exista apoio emocional mútuo, fomenta um sentimento

de altruísmo e possibilita a aprendizagem através da partilha de experiências e estratégias. Através deste tipo de intervenção pode-se ainda criar a sensação da universalidade dos sentimentos, fomentando simultaneamente a interacção social. Os principais benefícios identificados na intervenção de Clark et al. (2003), foram o aumento da capacidade de as mães estabelecerem afectos e interacções positivas com o bebé e aumento da percepção do bebé o que permitiu resultados positivos na redução da sintomatologia da depressão pós-natal.

Armstrong e Edwards (2004) conduziram um estudo com dois grupos de intervenção em que num se propunha às mães a realização de passeios matinais duas vezes por semana, tendo a caminhada a duração de cerca de quarenta minutos e no outro grupo conduziam um intervenção de suporte social em que um grupo de mães se encontrava uma vez por semana cerca de noventa minutos, onde as mães conversavam umas com as outras sobre o que entendiam não existindo intenção terapêutica nestes encontros. Os resultados indicaram que a intervenção com exercício físico era mais eficiente do que a conduzida com o suporte social. Não desvalorizando os resultados da intervenção física neste grupo, será contudo abusivo referir que funciona melhor do que o grupo com suporte social, uma vez que o grupo designado como suporte social não constituiu um grupo de intervenção. Pode assim apenas concluir-se que a intervenção com exercício físico promoveu não só melhorias na condição física das mães como também ajudou a diminuir os índices de depressão. Contudo, não satisfeitos com este tipo de resultados, Costa et. al (2009) implementaram um programa de exercício físico para ser efectuado em casa pela mães, tendo concluído que existem evidências claras do benefício da redução da sintomatologia depressiva no grupo de mulheres que realizaram o programa de intervenção quando comparadas como grupo de control, sugerindo que esta pode ser uma intervenção não farmacológica que deve ser explorada.

Field, Diego, Hernandez-Reif, Schanberg e Kuhn (2004) conduziram dois grupos de intervenção. Um com massagens terapêuticas, outro com relaxamento muscular

progressivo e compararam os resultados com um grupo de controlo. Concluíram que o grupo alvo de massagens terapêuticas no final da intervenção tinha níveis mais elevados de serotonina e níveis mais baixos de cortisol e norepinefrina, o que faz diminuir os níveis de depressão.

Urizar et al. (2004) conduziram um estudo piloto para analisar o impacto de instruções na redução do stress e nos níveis de cortisol. Os resultados indicam que os níveis de stress são mais baixos, o afecto negativo e os sintomas de depressão são menores, bem como os níveis de cortisol matinal, do que no grupo de control.

Craig, Judd e Hodgins (2005) também conduziram uma intervenção em grupo numa comunidade rural com o objectivo de intervir na depressão pós-natal, tendo concluído que as mães que beneficiaram desta intervenção revelaram uma diminuição nos índices de depressão pós-natal.

Assim, as diferentes terapias de grupo parecem estar associadas à diminuição da depressão pós-natal.

A **terapia cognitivo-comportamental**, tem como objectivo identificar os pensamentos negativos para promover a sua reestruturação cognitiva. As estratégias utilizadas na terapia cognitivo-comportamental passam pelo estabelecimento de horários para a realização de determinadas tarefas, relaxamento, identificação de pensamentos automáticos, desafio de pensamentos e comportamentos e, resolução de problemas. Ammerman et al. (2005) conduziram um estudo de acompanhamento realizado nas casas de 26 mães com depressão, tendo trabalhado a alteração de pensamentos irracionais e a sobregeneralização, concluindo que no final do programa de intervenção as mães tinham reduzido os níveis de depressão e de funcionamento desajustado. Ugarriza e Schmidt (2006) conduziram um estudo piloto com 20 mães proporcionando intervenção psicológica via telefone, “telecare”. Como as mães revelam muitas vezes indisponibilidade para



participar em sessões devido às novas múltiplas tarefas, os autores partiram do pressuposto de que a intervenção telefónica podia de alguma forma minimizar estas dificuldades. Assim, ensinavam as mães a identificar os sintomas de depressão pós-natal, trabalhando simultaneamente estratégias de resolução de problemas e de relaxamento. Embora a amostra seja reduzida, os autores sugerem que esta primeira abordagem se revelou satisfatória uma vez que as mães revelaram não só diminuição da sintomatologia depressiva como também satisfação por esta forma de intervenção.

Também tem sido sugerido que os programas educacionais permitem que as mulheres auto-avaliem melhor o seu estado emocional e sejam mais eficientes na procura de ajuda médica. Isto é, não procuram o médico para si ou para a criança sem existir um motivo. Desta forma estes programas contribuem para uma maior literacia sobre saúde mental das mães (Buist et al., 2007).

Nos anos 40, no Reino Unido iniciou-se a criação de **unidades de tratamento** primário de desordens psiquiátricas associadas à gravidez, que admitiam as mães e os bebés com menos de doze meses de idade e cuja função é proporcionar apoio psiquiátrico especializado às mulheres que apresentem alterações psiquiátricas no pós-parto (Salmon, Abel, Webb, Warburton & Appleby, 2004). Na Grã-Bretanha a primeira unidade psiquiátrica mãe-bebé abriu em 1948, em França em 1979, a Austrália abriu em 1983 a sua primeira unidade em Victória no Larundel Psychiatric Hospital e a Bélgica em 1990 (Czas & Glangeaud-Freudenthal, 2004). Poinso, Gay, Glangeaud-Freudenthal e Rufo (2002) consideram que outra grande vantagem da admissão conjunta da mãe e do bebé nestas unidades especializadas é a de permitir que para além do tratamento psiquiátrico que a mãe recebe, que esta tenha a oportunidade de simultaneamente receber apoio no desenvolvimento da sua identidade como mãe. De acordo com Buist et al. (2004) estas unidades apareceram como resposta às doenças mentais do pós-parto, com 14% das mulheres sofrendo de depressão pós-natal. Nestas unidades considera-se importante a

admissão conjunta da mãe e do bebé, já que a separação acarreta consequências negativas, como por exemplo, a sensação de culpa da mãe, que poderia precipitar/agravar alguns dos problemas que conduziram ao internamento.

Neste tipo de unidades os tratamentos são multidisciplinares: tratamentos biológicos, terapias cognitivo-comportamentais, aconselhamento e educação parental sobre como cuidar de crianças, terapia de casal, arte, música e dança-terapia. Os estudos de acompanhamento dos resultados de integração nestas unidades revelam-se positivos quer para a mãe quer para o bebé, uma vez que as mães quando deixam o hospital já não revelam problemas de intervenção parental (Fisher, Feekery & Rowe, 2004; Salmon, Abel, Cordingley, Friedman & Appleby, 2003).

Quando se procede ao internamento da mãe que não seja acompanhado do bebé colocam-se as seguintes questões: como pode uma mulher tornar-se mãe se não tem o seu bebé fisicamente presente? Como se podem desenvolver os laços de vinculação se não é a mãe que proporciona os cuidados diários? (Czas & Glangeaud-Freudenthal, 2004). Com base nestas e em muitas outras questões criaram-se as unidades psiquiátricas mãe-bebé.

Contudo, em Portugal, não só não existe qualquer tipo de unidade especializada neste tipo de tratamento, como também se torna difícil o diagnóstico destas perturbações. Quando as perturbações ocorrem não há nenhum local especializado no tratamento desta problemática que acarreta inúmeras consequências para a mãe, bebé, família e sociedade em geral como já foi amplamente referido nas secções anteriores.

Assim, Stuart, O'Hara e Gorman (2003), consideram que as intervenções psicoterapêuticas para tratamento da depressão pós-natal são importantes pois ao não evidenciarem a existência de efeitos secundários não desejáveis (como acontece por exemplo, no caso da utilização de antidepressivos) constituem uma boa alternativa de tratamento.

As intervenções de carácter psicossocial podem classificar-se em intervenções preventivas ou de tratamento após a manifestação da sintomatologia depressiva no período pós-parto. No que se refere a estes dois tipos de intervenções o que se tem verificado é que só mais recentemente tem existido a preocupação de começar a planificar intervenções preventivas quer para mulheres consideradas de risco, quer para as mulheres grávidas em geral. Tendo conduzido uma análise de vários tipos de intervenção preventivas Stuart et al. (2003), consideram que estas poderão funcionar melhor se forem dirigidas para mulheres de risco e se assumirem que diferentes mulheres podem reagir de forma diferente a diferentes racionais de intervenção. Será então necessário identificar muito bem os factores de risco em cada mulher, de modo a permitir que a intervenção seja diferenciada.

Shakespeare (2005) realizou uma revisão de literatura chegando à conclusão que todos os estudos que implementaram intervenção psicológica, evidenciaram a existência de melhoria quanto à depressão quando se comparam os grupos de controlo com os grupos de intervenção. As intervenções não farmacológicas propõem uma terapia alternativa que têm bons resultados sem utilizar antidepressivos, pelo que devem ser propostas às mães de forma a diminuir a sintomatologia depressiva.

Milgrom, Negri, Gemmill, McNeil e Martin (2005) defendem que embora não existam resultados absolutamente conclusivos quanto ao tipo de intervenções a realizar na depressão pós-natal, não existem dúvidas de que a intervenção psicológica *per se* revela resultados superiores na redução da depressão e da ansiedade quando comparada com a utilização dos cuidados de rotina normais (Hendrick, 2006).

*Em resumo*, como se pode verificar da análise deste capítulo, não existe ainda consenso quanto à metodologia de intervenção mais eficaz/eficiente quando se trata da depressão pós-natal. Shakespeare (2005) assinala que as principais conclusões que se

podem extrair dos diversos tratamentos levados a cabo na depressão pós-natal são que apesar de todas as variações metodológicas, os tratamentos existentes para as mães são eficazes.

Independentemente do tipo de tratamento a que as mães possam eventualmente ser sujeitas, para Hendrick (2006) é importante que as mães sejam encorajadas a obter e a activar o suporte familiar, dos amigos e dos serviços que prestam cuidados para crianças, de forma a que possam dormir e descansar o mais possível e para que se possam reduzir algumas das responsabilidades da mulher.

Lembrando Misri e Kendrick (2007), podemos concluir da análise da literatura que quer os tratamentos farmacológicos quer os não farmacológicos estão associados a efeitos positivos e negativos. O mais importante é tentar identificar qual intervenção melhor funcionará com cada mãe, mesmo que muitas vezes isso se revele uma tarefa difícil.

Continuam no entanto sem reunir consenso as evidências relativas ao facto de que o tratamento mais precoce seja mais eficiente; de que um tratamento seja superior ao outro. Apesar das divergências quanto à eficácia das intervenções, um consenso existe entre a comunidade científica: não realizar qualquer tipo de intervenção é sem dúvida um risco muito maior do que a que cada intervenção por si só poderá acarretar.

Assim, podemos concluir que os grandes objectivos da intervenção psicológica, independentemente da forma que assumem na sua aplicação, são fundamentalmente:

- reduzir a sintomatologia depressiva;
- melhorar a percepção que a mãe tem da adaptabilidade do bebé;
- aumentar o afecto positivo das mães para com os bebés;
- aumentar as verbalizações das mães para com os bebés;
- melhorar a relação familiar.

Deste modo, conclui-se que se torna importante prosseguir com os estudos que promovem intervenção, para que se possam reunir mais elementos que conduzam a uma análise mais satisfatória sobre as possíveis intervenções a realizar no âmbito da depressão pós-natal.

### **1.3. Reflexões finais**

A revisão teórica que aqui se apresentou diz respeito à análise de uma amostra dos estudos que a nível mundial se têm vindo a desenvolver no âmbito da depressão pós-natal. Desta revisão resultou a possibilidade de desenvolver uma visão geral sobre o que já se sabe e sobre o que resta ainda por explicar.

Embora os estudos sobre a depressão pós-natal já se tenham iniciado provavelmente em 1968, com as observações de Pitt, a verdade é que podemos dizer que a depressão pós-natal é um fenómeno complexo, cujas dimensões ainda não estão claramente identificadas.

Como se verificou pela análise teórica efectuada, existem alguns factores de risco apontados por diferentes autores, mas cujos contributos específicos para a emergência da depressão pós-natal ainda não estão bem definidos.

Perceber melhor qual a influência destes diferentes factores de risco na ocorrência da depressão pós-natal continua a ser um desafio para a comunidade científica. Pois, sem tal acontecer continuará a ser difícil planear estratégias de intervenção ajustadas.

Os principais factores de risco que têm sido apontados, embora sem consenso unívoco na comunidade científica, são os factores demográficos, biológicos psicossociais, de personalidade, história psiquiátrica anterior e características do bebé. Embora estes

sejam os grandes grupos de factores de risco, o que se verifica é que diferentes estudos chegam muitas vezes a conclusões contraditórias entre si.

Uma vez que o consenso relativamente a estes factores não existe continua a ser necessário o seu estudo. Estudo este que deverá ocorrer em diferentes países e em grupos com diferentes características, de modo a tentar identificar um padrão de ocorrência e prevalência da depressão pós-natal. É também possível verificar que nalguns países o investimento nesta área tem sido elevado enquanto que noutros continua a existir pouco investimento, o que não permite uma compreensão mais abrangente deste fenómeno, como seria desejável.

Dos estudos analisados neste capítulo, é possível constatar que surgem diferentes tipos de variáveis analisadas para tentar explicar a sua influência sobre a manifestação da depressão pós-natal. Das variáveis consideradas, as variáveis de natureza psicossocial parecem ser as que exercem maior efeito. Contudo, se diferentes estudos têm estudado o seu impacto isoladamente, a verdade é que como tal não tem permitido trazer um grande aporte para o avançar dos conhecimentos existentes, é importante que se estude a influência destas variáveis de modo mais global e considerando a possível interacção que possa existir entre elas.

Também não menos importante é considerar que o estudo da depressão pós-natal deve ser encarado numa perspectiva evolutiva. Isto é, não é suficiente efectuar cortes transversais na vida da mulher grávida ou no pós-parto. É sim, fundamental adoptar uma perspectiva longitudinal que permita identificar factores diferenciadores ao longo do tempo. Também desta opinião são Armstrong e Small (2010), que ao conduzirem um estudo de avaliação de um projecto onde se efectuou o acompanhamento de mulheres e dos seus bebés relativamente à depressão pós-natal e às questões gerais de saúde, concluem que, para que a depressão pós-natal seja bem estudada, deve utilizar-se mais do que uma forma de avaliá-la, bem como proceder à sua avaliação em diferentes períodos temporais após o nascimento do bebé.

Assim, para que diferentes factores de risco e/ou protectores possam ser equacionados, surge o *modelo biopsicossocial*, que considera a influência de diferentes tipos de variáveis no surgimento e manutenção da depressão pós-natal. É importante considerar no âmbito deste modelo a influência de variáveis demográficas, psicossociais, biológicas, obstétricas e clínicas. Deve considerar-se o impacto destas variáveis quer isoladamente, analisando o seu impacto actual na vida das mulheres, quer considerando o seu impacto no seu passado. No que diz respeito ao passado, é crucial avaliar a sua história prévia de perturbações psicopatológicas, nomeadamente estudar a existência anterior de depressão. Outro contributo importante do modelo biopsicossocial no estudo da depressão pós-natal, diz respeito à possibilidade de permitir o estudo da interacção entre as variáveis ao longo do tempo e, de considerar o estudo de variáveis que não sejam intrínsecas à própria mulher. De entre estas, realça-se a importância do estudo de variáveis relativas ao pai do bebé, tentando perceber de que forma estas poderão exercer influência na depressão pós-natal da mulher.

Para finalizar, realça-se que a revisão realizada nos leva a concluir que continua a ser necessário efectuar mais estudos sobre a depressão pós-natal, uma vez que muitas questões continuam a colocar-se. Partindo deste pressuposto e, recorrendo ao modelo biopsicossocial, em que se analisa a influência de diferentes tipos de variáveis e da possível interacção não só entre si como também ao longo do tempo, definiram-se os principais objectivos deste estudo. Os objectivos definidos têm por base a necessidade de tentar clarificar questões que no âmbito da análise teórica efectuada nos parecem ainda pouco claras e, como tal susceptíveis de serem exploradas, esperando assim poder dar um contributo na clarificação da etiologia e das implicações psicossociais deste fenómeno. Assim, de seguida, apresenta-se a metodologia de base inerente a estudo.





## **II.MÉTODO**

En este capítulo se describen los objetivos e hipótesis que guiaron este estudio a partir del estudio de la literatura consultada. En segundo lugar se plantean las variables estudiadas e instrumentos utilizados para su evaluación y estudio. A continuación se presentan los participantes y sus características Así como el diseño experimental realizado y por ultimo los procedimientos estadísticos utilizados para el estudio de los resultados obtenidos.



## II. MÉTODO

### 2.1. Objetivos e hipótesis

Tras el análisis teórico realizado anteriormente, y habiendo asumido que no existe un modelo único que pueda explicar todo el fenómeno de la depresión postnatal, parece apropiado asumir su estudio en el modelo biopsicosocial, ya que nos permite contemplar la influencia de las diferentes variables que se han estudiado. A partir de dicho modelo se elaboraron las hipótesis que determinan los límites del estudio.

El **objetivo general** de este estudio fue determinar las dimensiones sociodemográficas, psicosociales, obstétricas/ginecológicas y neurohormonales de la depresión postnatal en las mujeres.

Tomando como referencia dicho objetivo se han planteado los objetivos específicos, así como las hipótesis que se derivan de ellos:

**1<sup>er</sup> objetivo:** Determinar la incidencia y la prevalencia de la depresión postnatal en diferentes momentos del embarazo y postparto. Basado en el trabajo ya realizado por otros autores la hipótesis que se deriva de este objetivo es:

**Hipótesis 1.1.** La incidencia y la prevalencia de la depresión postnatal aumentan en el período postparto.

**2<sup>o</sup> objetivo:** Estudiar la influencia de la historia previa de depresión mayor en la depresión postnatal y en la sintomatología depresiva y ansiosa en los diferentes momentos evaluados. De este objetivo surgen las hipótesis siguientes:

**Hipótesis 2.1.** Las mujeres con historia previa de depresión mayor tienen mayor incidencia y prevalencia de depresión postparto que las mujeres sin historia previa de depresión.

**Hipótesis 2.2.** Las mujeres, con historia previa de depresión tienen mayor sintomatología depresiva en el embarazo y después del parto que las mujeres sin historia previa de depresión.

**Hipótesis 2.3.** Las mujeres, con historia previa de depresión tienen mayor sintomatología ansiosa en el embarazo y después del parto que las mujeres sin historia previa de depresión.

**3<sup>er</sup> objetivo:** Estudiar la influencia de la historia previa de depresión mayor con la ocurrencia de depresión postnatal, dependiendo de las variables hormonales. La hipótesis que se plantea es:

**Hipótesis 3.1.** La aparición de la depresión postnatal en el grupo de mujeres con historia previa de depresión mayor se asocia con aumento de los niveles de cortisol y de progesterona y disminución de los niveles de estrógeno comparadas con el grupo de mujeres sin historia previa de depresión.

**4<sup>o</sup> Objetivo:** Estudiar la influencia de las variables hormonales, demográficas, obstétricas/ginecológicas y psicosociales en la depresión postnatal. Con base a los trabajos realizados sobre el tema sugerimos las siguientes hipótesis:

**Hipótesis 4.1.** La depresión en el embarazo y en el postparto está influenciada por las variables demográficas.

**Hipótesis 4.2.** La depresión en el embarazo y en el postparto está influenciada por las variables obstétricas.

**Hipótesis 4.3.** La depresión en el embarazo y en el postparto está influenciada por las variables psicosociales.

**Hipótesis 4.4.** La depresión está influenciada por los cambios en los niveles de cortisol, estrógenos y progesterona.

**5° objetivo:** Estudiar la asociación entre la depresión de las madres y sus compañeros durante el embarazo y el puerperio. De este objetivo deriva la siguiente hipótesis:

**Hipótesis 5.1.** La depresión en las mujeres está influenciada por la ocurrencia de la depresión en sus compañeros (y viceversa), considerada la pareja como un sistema.

**6° objetivo:** Identificar los perfiles de riesgo de la depresión postnatal.

**Hipótesis 6.1.** Las variables de personalidad y psicosociales pueden estar asociadas a la depresión postnatal, pudiendo ser factores de riesgo.

**7° objetivo:** Validar el Cuestionario Social Support Network Inventory (SSNI) en población portuguesa.

**Hipótesis 7.1.** Para la población portuguesa el SSNI tiene las mismas propiedades psicométricas del estudio original.

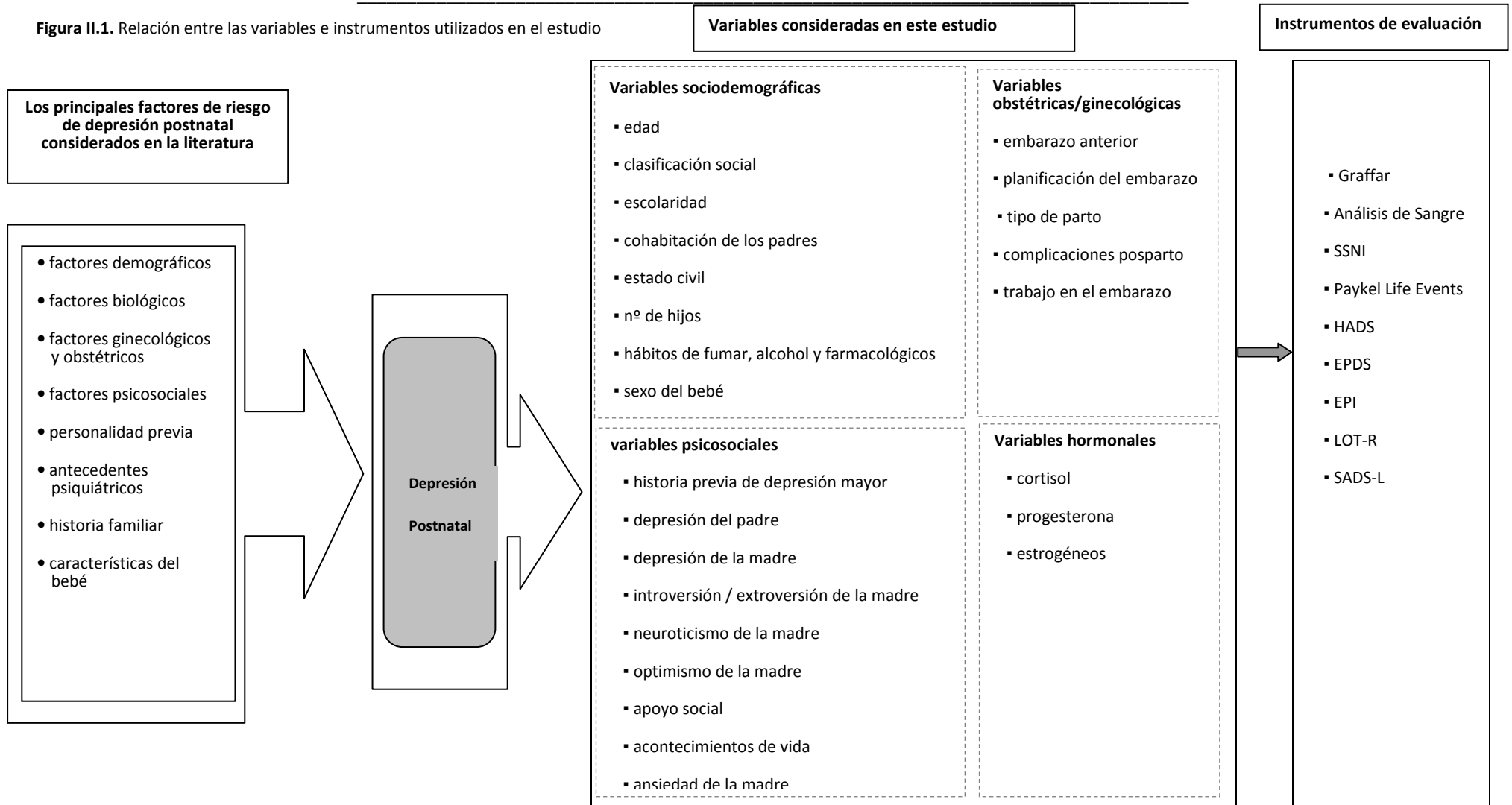
A continuación se describen las variables estudiadas y los instrumentos de evaluación que se han utilizado para su estudio.

## **2.2. Variables e instrumentos de evaluación**

Como se ha indicado, para el estudio de la depresión postnatal, se ha tomado como referencia el modelo biopsicosocial. Dicho modelo, permite contemplar el estudio de la influencia de diferentes variables asociadas en la depresión postnatal. Así, se estudiaron las variables sociodemográficas, obstétricas/ginecológicas, psicosociales y hormonales.

En la Figura II.1, se presentan las principales variables consideradas en este estudio, haciendo su distribución según los cuatro grupos definidos (demográficas, obstétricas/ginecológicas, psicosociales y hormonales). También se identifican los instrumentos utilizados para evaluarlas.

Figura II.1. Relación entre las variables e instrumentos utilizados en el estudio



SSNI: Social Support Network Inventory; HADS: Hospital and Anxiety Depression Scale; EPDS:Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPI: Eysenck Personality Inventory; LOT-R: Life Orientation Test-Revised; SADS-L:entrevista psiquiátrica estandarizada para los trastornos afectivos y esquizofrenia en su version de "a lo largo de la vida"





De acuerdo con el análisis teórico realizado y teniendo como base los factores de riesgo que se encuentran en la literatura sobre la depresión postnatal (ampliamente explorado en el capítulo I), definimos las cuatro categorías de variables que articularan la presente investigación. A continuación se presentan las variables estudiadas y los instrumentos que se utilizaran para su estudio.

### **2.2.1. Variables sociodemográficas**

Las variables sociodemográficas, por definición, se refieren al conjunto de información que permite describir las características demográficas de la muestra y/o población.

Para obtener las variables sociodemográficas se utilizó un cuestionario elaborado para tal efecto: **Hoja Identificativa (Ficha de Identificação-** Anexo 6). En él, se determinaron la información referida a la descripción de la madre y el padre del bebé con respecto a la edad, nacionalidad, raza, educación, profesión, estado civil, datos relativos a cohabitación y el número de hijos. En la segunda parte del cuestionario se recogieron informaciones de los datos obstétricos de la mujer relativos a la existencia o inexistencia de planificación del embarazo, la existencia previa de otro embarazo, número de embarazos previos, tipo de parto, la presencia o ausencia de complicaciones postparto. En la parte tercera, cuarta y quinta, se registraron informaciones sobre los hábitos de fumar, alcohol y la farmacología de la madre y del padre. La sexta y última parte se completó en el período postparto y se recogieron las siguientes informaciones: si la mujer trabajó durante el embarazo, y si lo hizo, hasta qué semana de gestación, y qué tipo de trabajo tenía, el peso de la madre antes de el embarazo, el tipo de parto, el sexo, longitud y peso del bebé y el índice Apgar al minuto primero y quinto después de nacer.

Para evaluar los estratos socio-económicos y el nivel socio-cultural de la familia se utilizó **la Clasificación Social Internacional de Graffar** (Graffar, 1956, Anexo 7). Este método se basa en el estudio de los cinco criterios que fueron incluidos por los autores del cuestionario, a saber: la ocupación, nivel de educación, las fuentes de ingresos de la familia, la comodidad y el aspecto de la casa donde viven. Utilizando la Graffar se reunieron informaciones con respecto a la situación socioeconómica de las madres, lo que resulta la clasificación en el espectro social posible de cinco clases (I a V).

Inicialmente, se atribuye una puntuación para cada uno de los criterios mencionados y posteriormente, se obtuve la clase que la familia ocupa en la sociedad. Los resultados se clasifican en los cinco niveles de clase que tienen la siguiente correspondencia: la clase I, es el más alto nivel y la clase social V, el más bajo nivel social (Graff, 1956). Para la inclusión en las diferentes clases, se obedece a la división de la suma de las puntuaciones de la siguiente manera: Clase I (clase alta) 5 a 9 puntos, Clase II (clase media alta) de 10 a 13 puntos, Clase III (clase media) 14 a 17 puntos; Clase IV (clase media baja) de 18 a 21 puntos y clase V (de bajo grado) 22 a 25 puntos.

### **2.2.2. Variables obstétricas/ ginecológicas**

Las variables obstétricas/ginecológicas se obtuvieron a través de entrevistas con la madre y se registraron en el cuestionario de caracterización socio-demográfica, por razones prácticas (Anexo 6). Las variables evaluadas en este grupo fueron el embarazo previo, la planificación del embarazo en curso y el trabajo durante el embarazo.

Los datos de las otras dos variables incluidas en este grupo se obtuvieron después del nacimiento del bebé: una evaluación de cómo ha ocurrido el nacimiento

(eutócico o distócico) variable que ha sido designada como el tipo de parto, y la otra variable, complicaciones de salud física de la madre o del bebé.

### 2.2.3. Variables psicosociales

Las variables psicosociales son el resultado de la especificidad psicológica de cada uno de los participantes con respecto a su estructura de personalidad y su experiencia en la sociedad.

Como variable psicosocial, inherente a la constitución de los dos grupos de estudio, se consideró la variable *historia previa de depresión mayor*. La obtención del diagnóstico se logró mediante la realización de la entrevista psiquiátrica estandarizada (SADS-L). La **entrevista psiquiátrica estandarizada para los trastornos afectivos y esquizofrenia en su versión de "a lo largo de la vida" (SADS-L, Spitzer, Endicot & Robins, 1978, Anexo 9)**, evalúa la incidencia, diagnóstico y duración de trastornos psicopatológicos. Se define por período anterior, lo ocurrido antes del embarazo actual. Dicho instrumento se administró tanto a la madre como al padre.

Se trata de una entrevista que da información detallada sobre el estado actual y retrospectivo del funcionamiento psicológico con gran rigor y que permite la demarcación de los períodos de perturbación. Sigue la clasificación nosológica del RDC (Research Diagnostic Criteria), que es un esquema similar y aplicable al sistema nosológico de la DSM.

Aunque la entrevista SADS-L fue desarrollada en 1978, sigue siendo validada como herramienta valiosa. Kramer, Bernstein y Phares (2009) la consideran una de las entrevistas más propicias para el establecimiento de un diagnóstico clínico diferencial en más de 20 categorías del Eje 1 del DSM.

Se ha utilizado en varios estudios como una entrevista de diagnóstico clínico, por ejemplo, en el estudio de Alloy et al. (2009), para analizar la importancia del Sistema de Enfoque Conductual (Behavioral Approach System- BAS) y del estilo cognitivo en los trastornos bipolares; y Cohen, Campbell, Matias y Hopkins (1990) que estudiaron la influencia de la depresión en la interacción madre-bebé. Ha sido considerada como muy estricta y precisa y se utiliza ampliamente en estudios experimentales en psiquiatría (Alloy et al., 2008; Jureidini, McHenry & Mansfield, 2008; Nusslock, Abramson, Harmon-Jones, Alloy & Hogan, 2007; Safford et al., 2007). No es muy amplia en las categorías que abarca pero es muy específica. Comparándola con los criterios diagnósticos del DSM, es más estricta y específica, ya que requiere un criterio adicional para la depresión mayor. Según Gavin et al. (2005) que llevaron a cabo una revisión de la literatura de estudios que describen la prevalencia y la incidencia de la depresión postnatal, que fueron publicados en inglés en MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, entre 1980 y Marzo de 2004, que recurrieron al uso de una entrevista clínica semi-estructurada, la entrevista que fue más utilizada en los estudios fue la entrevista psiquiátrica estandarizada para los trastornos afectivos y esquizofrenia (SADS) por tener una excelente fiabilidad y validez.

El SADS-L en su versión ampliada, como refieren Francis-Raniere, Alloy y Abramson (2006), permite el diagnóstico de los trastornos actuales o pasados del eje I; se han incluido ítems para permitir la obtención de un diagnóstico de acuerdo a DSM-IV-TR, así como diagnósticos de acuerdo a RDC; las preguntas agregadas permiten evaluar mejor los matices de la depresión, hipomanía/manía, ciclotimia y trastornos de ansiedad.

En este estudio se utilizó: a) al inicio del estudio para evaluar la situación actual y la anterior de la madre con respecto a su salud mental; b) en lo momento de evaluación a las seis semanas; y c) al año después del parto para formar una medida continua del funcionamiento psicológico de la madre.

Por lo tanto, se evaluaron la depresión prenatal, y el resto de los antecedentes psiquiátricos, así como se evaluó la aparición de nuevos problemas psicológicos asociados con el periodo de postparto, por ejemplo, los trastornos de ansiedad y depresión. Los criterios de inclusión en el grupo A y B surgen a partir del diagnóstico de trastorno depresivo mayor en la vida antes del embarazo o la ausencia de cualquier trastorno depresivo previo, realizado mediante entrevista SADS-L.

Para evaluar la *sintomatología depresiva* se utilizó el **Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**, Cox, Holden y Sagovski, 1987, Anexo 11). Esta formado por diez ítems, con cuatro alternativas de respuesta, tipo Likert, de auto-respuesta. Está traducido a varios idiomas y ha sido utilizado en varios países siendo probablemente la escala más utilizada en todo el mundo para este fin.

Los resultados pueden variar desde un mínimo de 0 y un máximo de 30 puntos. Las puntuaciones altas reflejan niveles más altos de depresión postnatal.

La escala fue validada para la población portuguesa en 1996a por Areias et al. utilizando los mismos procedimientos que los autores de la escala. Los resultados muestran un valor medio de depresión mayor de  $10.00 \pm 3.89$  y menor de  $8.40 \pm 2.88$  para las mujeres; y de  $7.50 \pm 4.80$  y  $8.00 \pm 7.70$  para los hombres. El punto de corte para las mujeres es de 10, con una sensibilidad de 0.65 y una especificidad de 0.91. Así, las mujeres que obtienen un resultado igual o superior a 10 en la escala están clínicamente deprimidas y las mujeres que obtengan una puntuación inferior a 10 en la escala, no están clínicamente deprimidas.

Los resultados del EPDS proporcionan una buena medida del constructo que la escala se propone evaluar (la depresión postnatal), ya que se obtuvieron altos valores de sensibilidad y especificidad. Está validada para la detección de síntomas de depresión y es sensible a las variaciones en los niveles de depresión y, por lo tanto,

puede proporcionar una evaluación continua de los síntomas depresivos (Elliott, Gerrard, Ashton & Cox, 2001).

El EPDS no puede ser utilizado como una herramienta de diagnóstico, de modo que la existencia de síntomas depresivos sugiere la necesidad de llevar a cabo entrevistas de diagnóstico psiquiátrico. Los síntomas depresivos pueden derivarse de otro trastorno diferente de la depresión por lo que se procederá al diagnóstico clínico. El EPDS proporciona un resultado que se refleja en la evaluación de los síntomas depresivos como un continuo de los resultados y la relación con los síntomas de la semana pasada, por lo que si es necesario recoger información retrospectiva hay que usar otra herramienta (Elliott y Leverton, 2000; Shakespeare, 2005).

La ansiedad a menudo se asocia con el embarazo y el postparto, pudiendo o no ocurrir en comorbilidad con la depresión, también fue incluida en este estudio. El estudio sincrónico de la depresión y la ansiedad se considera importante, ya que se ha sugerido la existencia de su co-ocurrencia en todo el ciclo de vida de las personas y, en particular, en el embarazo y el postparto.

Para evaluar la  *sintomatología depresiva y ansiosa*, se optó por la **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS**, Zigmond & Snaith, 1983, Anexo 10), que fue diseñada para evaluar por separado la ansiedad y la depresión. Según los autores, esta escala permite la evaluación de la ansiedad y la depresión usando elementos que no están influenciados por los posibles síntomas de la enfermedad física. Se trata de un cuestionario recomendado para la población no-psiquiátrica, ya que no incluye elementos centrados en los aspectos somáticos. Consta de catorce ítems divididos en dos subescalas: ansiedad y depresión. Hay siete elementos para la ansiedad y siete para la depresión. Para cada ítem, el participante responde como se sintió en la última semana, en relación a su estado emocional a través de una escala de cuatro puntos.

Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la severidad de los síntomas de ansiedad y depresión. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem de la escala.

Para analizar la importancia de la puntuación final, se considera que si los valores obtenidos en el HADS son menores o iguales a 7 no hay perturbaciones. Los valores entre 8 y 10 sugieren indicios de depresión o ansiedad; y los valores mayores o iguales a 11, la presencia de perturbaciones clínicamente significativas del estado de ánimo, que puede subdividirse en moderada (entre 11 y 15) y grave (para valores entre 16 y 21).

En este estudio, se utilizó una versión traducida al portugués por Pais-Ribeiro et al. (2007), que muestran el alto nivel de consistencia interna para las dos subescalas. Para la ansiedad obtuvieron un valor alfa de *Cronbach* de 0.76, en casi todos los ítems con una correlación entre 0.50 y 0.59, excepto para el ítem 11, cuya correlación fue de 0.24, tal como en otros estudios. Para la depresión, el valor de alfa de *Cronbach* fue de 0.81, con una correlación entre 0.60 y 0.69. El ítem 8 tenía un valor de 0.37 lo que se encuentra también en otros estudios.

Con el fin de analizar si el HADS es una medida de estado o rasgo, los autores responsables de la validación (Pais-Ribeiro et al., 2007) llevaron a cabo las correlaciones test-retest, lo que les permitió concluir que esta escala es una medida del estado de ansiedad y depresión. Ante la obtención de estos resultados y su acuerdo con otros estudios sugieren que esta versión de la HADS se puede utilizar como una medida de la ansiedad y la depresión en la población portuguesa.

En cuanto a las características psicológicas de la madre, también se consideraron las variables neuroticismo, extroversión/introversión y optimismo, porque son considerados rasgos fundamentales de la personalidad en la activación de recursos personales para hacer frente a acontecimientos de vida.

Para evaluar el *neuroticismo y extroversión/introversión* se utilizó el **Inventario de Personalidad de Eysenck y Eysenck (EPI)**, Eysenck & Eysenck, 1964, Anexo 12) y tiene como objetivo medir dos dimensiones de la personalidad: neuroticismo-estabilidad emocional y extroversión-introversión. Estas dimensiones se consideran esenciales en una clasificación tipológica de la personalidad.

Para facilitar los aspectos descriptivos de la prueba, la dimensión emocional de estabilidad-neuroticismo se designa sólo por neuroticismo, mientras que la dimensión extroversión-introversión recibe el nombre exclusivo de extroversión. Para cada una de las dos dimensiones mencionadas, y de acuerdo con la puntuación, se puede considerar a las personas con un neuroticismo alto o bajo e igual para la extroversión (Vaz Serra, Ponciano & Freitas, 1980).

El EPI. se compone de dos formas paralelas (A y B), lo que hace posible el retest, sin factores de interferencia de memoria. En nuestro estudio hemos adoptado la forma A. Está formado por 57 ítems de respuesta dicotómica (sí/no), que se agrupan en tres escalas: la falta de sinceridad, neuroticismo y extraversión. La escala de falta de sinceridad (I), o escala de mentira, consta de nueve ítems y detecta a los individuos que tratan de engañar a los investigadores con "las respuestas deseables." Un resultado de "I" de 4 o 5 se considera como el límite a partir del cual las respuestas ya no son aceptables. La escala de Extraversión consta de 24 ítems que varían entre 0 y 24, donde 24 significa la Extraversión máxima y 0 significa introversión. Cuando la puntuación es igual o superior a 14.3 se considera que la persona es extrovertida y cuando el valor es inferior a 14.3 es introvertida. Así se consideró el valor 14.3 como el valor del punto de corte. La escala de neuroticismo también se compone de 24 ítems, que pueden variar desde 0 a 24, donde 24 significa una personalidad completamente neurótica y 0 ausencia de neuroticismo. Para la escala de neuroticismo, el punto de corte es de 14.1, lo que significa que para las puntuaciones mayores o iguales a 14.1 las personas son clasificadas como neuróticas y si el valor es inferior a 14.1 se considera que tienen una personalidad estable.



Para evaluar el *optimismo* se utilizó el **Test de Orientación Vital Revisado (LOT-R)**, Pais-Ribeiro & Pedro, 2006, Anexo 13). Se trata de una escala de auto-respuesta que proporciona información individual del optimismo general, estableciendo la probabilidad de las generalizaciones que las personas acostumbran a hacer. Está formado por diez ítems de los cuales cuatro son distractores. De los otros seis ítems, tres son formulados de manera positiva y tres de manera negativa. Los ítems son valorados de 0 a 3, por lo que la clasificación puede variar entre 0 y 30, y cuanto mayor sea el valor obtenido más optimista es la persona, siendo el valor de 15 como punto de corte. Por encima de ese punto los individuos se clasifican como optimista, y por debajo, como pesimistas. En cuanto a la consistencia interna, el valor encontrado fue de 0.80, un valor que es idéntico a la escala original.

Es una escala que ofrece la oportunidad de evaluar las diferencias individuales en el optimismo, considerado como un rasgo de personalidad estable.

Se incluyen también los *acontecimientos vitales*, variable que se estudió con una preocupación no sólo de identificar el número de acontecimientos significativos en un período retrospectivo de 24 meses, sino también hacer una evaluación del Impacto Negativo Objetivo (INO) que los acontecimientos tuvieron, usando el **Sistema de Clasificación Paykel** (Paykel & Mangen, 1980; Areias, 1994- Anexo 14) para estudiarlos. Está formada por sesenta y cuatro acontecimientos que son identificados en una entrevista semiestructurada.

Se consideran como acontecimientos de vida aquellos que se pueden identificar en el tiempo y que implican cambios en el entorno social externo. Por lo tanto, los cambios internos, realizados fruto de los acontecimientos no están incluidos (Oliveira, Fonseca & Porto, 2002). Aunque algunos acontecimientos son específicos para una determinada edad o sexo, la mayoría pueden ocurrir a cualquier persona. Cualquier acontecimiento que depende de la condición psiquiátrica, como un intento de suicidio o hospitalización psiquiátrica, no se registra, ya que este instrumento

considera los acontecimientos relacionados con la historia psiquiátrica como no siendo independientes (Areias, 1994).

Los 64 acontecimientos específicos, están agrupados en diez categorías: trabajo, escuela, finanzas, salud, pérdida de relevancia, migración, cortejo, problemas legales, relaciones familiares/sociales y las relaciones conyugales. Además, existe la posibilidad de registrar acontecimientos que no pertenecen a ninguna de las categorías predefinidas. Algunas categorías se aplican a toda la población (por ejemplo, salud); otras sólo a algunos individuos (por ejemplo, "trabajo" no se aplica a una persona que no ha trabajado durante el período de referencia y "las relaciones maritales" no se aplican a las personas solteras). Por ello se recomienda que al principio de cada sección, se pregunte si ésta es aplicable a la persona (por ejemplo: "¿ha trabajado en algún momento durante el período de tiempo que cubre esta entrevista?"). Si no, se puede omitir.

Para cada evento se registra el mes de ocurrencia, el grado de independencia en relación a la patología y el impacto negativo objetivo. También se hace una breve descripción de cada acontecimiento.

La independencia se refiere a la necesidad de evaluar si el acontecimiento es independiente de patología. El impacto negativo objetivo (INO), se evalúa por el entrevistador, que evalúa el impacto negativo del acontecimiento sin tener en cuenta las causas particulares de su ocurrencia.

El propósito del análisis de la independencia y del impacto negativo objetivo es utilizar rigurosos criterios de inclusión.

Este inventario fue elaborado para ser utilizado en un período retrospectivo de seis meses, aunque puede ser utilizado para otros períodos de tiempo. Dependiendo de los objetivos del estudio, el paciente debe situarse en los seis meses anteriores a la administración del cuestionario, o a los seis meses anteriores a la aparición de los síntomas. La entrevista debe establecer claramente qué período de tiempo es el

relevante. Después de identificado un acontecimiento, se debe continuar la entrevista hasta que la investigación permita aclarar la naturaleza y circunstancias relacionadas con él. En nuestro estudio, se evaluaron los acontecimientos del período de doce meses anteriores al inicio del estudio, por lo tanto la evaluación de un período retrospectivo de 24 meses.

En la hoja de respuestas se registran dos informaciones del mismo acontecimiento. En primero es sí ha ocurrido más de dos veces, se deben registrar los dos incidentes más graves; el segundo es la evaluación del impacto negativo objetivo (o en caso de igualdad, lo más reciente).

Para el análisis final, se considera que si el acontecimiento tiene un total de INO menor o igual a 3, el acontecimiento tiene un impacto moderado o grave en el individuo. Si el total de INO es superior a 4 se considera que el acontecimiento no tiene ningún impacto en la vida del individuo.

La prueba utilizada para evaluar el *apoyo social*, fue el **Social Support Network Inventory (SSNI**, Flaherty, Gaviria & Pathak, 1983; Areias, 1994, Anexo 9), que evalúa el “apoyo social total” (ssniT) y sus cinco subescalas: “disponibilidad del apoyo social” (ssniD), “reciprocidad de apoyo social” (ssniR), “soporte práctico del apoyo social” (ssniSP), “soporte emocional del apoyo social” (ssniSE) y “apoyo social ante acontecimientos stresantes” (ssniAS).

Flaherty et al. (1983), construyeron una escala de apoyo social que evalúa no sólo el tamaño de la red de apoyo total sino también el apoyo social específico referido a disponibilidad, reciprocidad, apoyo práctico, apoyo emocional y apoyo percibido en acontecimientos de estrés. Además, se diferencia el apoyo cercano del apoyo difuso.

El cuestionario original se compone de veinte ítems pero su versión final consta de once ítems. Los resultados del análisis de componentes principales mostraron que las cinco escalas se agrupan en tres factores principales. Sin embargo, debido al tercer

factor que presenta baja saturación no fue considerado. Por lo tanto el SSNI contiene dos factores principales. El primero explica 50% de la varianza total e incluye las subescalas disponibilidad, apoyo emocional, apoyo práctico y reciprocidad. Estas cuatro escalas están representadas por los nueve primeros ítems del instrumento. El segundo factor está formado por los dos últimos ítems que examinan el apoyo total en respuesta a los dos acontecimientos estresantes recientes. Así, en SSNI sólo son valorados los ítems de E a Q (en este cuestionario las preguntas se ordenan por letras) y los ítems socio-demográficos y dos ítems de exploración no son valorados.

Según los resultados obtenidos (Flaherty et al., 1983), el alfa de *Cronbach* para las 5 subescalas varía entre 0.76 y 0.91, mostrando una buena consistencia interna. Los resultados verificados por Lima, Norman y Lima (2005) en una muestra de mujeres brasileñas en tratamiento de cáncer, el primer factor obtuvo un alfa de *Cronbach* de 0.92 y el segundo factor de 0.83.

El instrumento fue utilizado por Areias (1994). En ausencia de procedimientos de validación adaptados a la población portuguesa un objetivo de este estudio fue su validación en población portuguesa.

#### **2.2.4. Variables hormonales**

Los estudios existentes hasta ahora no son concluyentes en cuanto al papel de las variables hormonales, por lo que creemos que esta área debe estudiarse más a fondo. Las variables hormonales incluidas, según la evaluación de las concentraciones plasmáticas, fueron los niveles de progesterona, cortisol y estrógenos, por su referencia en la literatura donde son señalados como los principales componentes hormonales implicados en este proceso de adaptación física al embarazo y al postparto. Para realizar dichas análisis se ha hecho una extracción de sangre entre las

7:30 am y las 10:00 am. Esto se debe a que el cortisol tiene un ciclo diurno que se traduce en una mayor producción por la mañana y en la disminución durante todo el día (Lai et al., 2005).

### 2.3. Diseño experimental y procedimiento

El estudio planteado requiere del modelo longitudinal, indicado en la literatura como una dimensión importante de este fenómeno (Kalra & Einarson, 2006). Como se ha indicado anteriormente la depresión postnatal, aunque todavía de forma insuficiente se ha estudiado en varias ocasiones durante el embarazo y el posparto. Como mencionaron Leigh y Milgrom (2008) entre otros, los perfiles de riesgo en la depresión durante el embarazo y el puerperio son diferentes. Por lo tanto en este estudio de carácter descriptivo y prospectivo de naturaleza longitudinal hubo cuatro etapas de evaluación: la semana treinta y siete de gestación, la segunda y sexta semana después del parto y doce meses después del nacimiento del bebé. Estos cuatro momentos fueron elegidos por su relevancia en el estudio de la depresión postnatal como se indica a continuación (Tabla II.1).

**Tabla II.1.** Diseño experimental del estudio longitudinal

	Embarazo		Después del nacimiento	
	37 Semanas	2 Semanas	6 Semanas	12 Meses
Cortisol	✓	✓	✓	
Progesterona	✓	✓	✓	
Estrogéneos	✓	✓	✓	
SADS-L	✓		✓	✓
EPI	✓			
SSNI	✓			
Paykel				✓
EPDS	✓	✓	✓	✓
HADS	✓	✓	✓	✓
GRAFFAR	✓			

✓: parámetro evaluado en cada momento; SADS-L: Entrevista Psiquiátrica Estandarizada para los Trastornos Afectivos y Esquizofrenia en su versión de "a lo largo de la vida"; EPI: Eysenck Personality Inventory; SSNI: Social Support Network Inventory; Paykel: Sistema de Clasificación de Paykel; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; GRAFFAR: Clasificación Social Internacional de Graffar

**El primer momento** de evaluación fue la **semana treinta y siete del embarazo** (Tabla II.1). Es un momento muy importante no sólo porque permite la identificación de las características sociodemográficas de las madres, sino también permite la evaluación de los síntomas depresivos y la depresión en el período inmediatamente anterior al nacimiento. Algunos estudios sugieren que este momento es importante porque en algunos casos, lo que se designa de depresión postnatal ha comenzado durante el embarazo (Matthey, 2009; Romero-Gutiérrez, Rosa, Regalado-Cedillo & León, 2010). Nicolson (2001) lo describió como *depresión prenatal* y postula que se produce como resultado de cambios en el cuerpo y reacciones psicológicas a estar embarazada. También podemos recopilar de forma más rigurosa información sobre la historia de vida de la madre durante el período anterior al embarazo. En esta primera evaluación, cuando se analizaron las características demográficas, también se procedió a la evaluación de síntomas depresivos y ansiosos con la EPDS y el HADS, y también se recogieron informaciones sobre las características de la personalidad y antecedentes psiquiátricos- considerados factores de riesgo en la literatura. En esta primera entrevista también se administraron el EPI, LOT-R y SADS-L. Así como se evaluó el apoyo social, a través del SSNI para identificar el tamaño de la red de apoyo y su calidad. En este primer momento también se evaluaron la progesterona, el estrógeno y el cortisol.

**El segundo momento** de la evaluación fue a las **dos semanas después del parto** (Tabla II.1). Se volvió a evaluar los síntomas depresivos y ansiosos a través de EPDS y HADS. Se evaluaron también los mismos parámetros hormonales del primer momento. Las dos semanas después del parto son consideradas en términos de diagnóstico clínico, el momento que se puede hablar de depresión postnatal (capítulo II). Hasta las dos semanas los síntomas depresivos pueden ser considerados dentro de un cuadro clínico denominado *blues* postparto y no como depresión postnatal. Sin embargo, como algunos autores refieren los síntomas depresivos que se manifiestan en este

período pueden ser indicativos de depresión postnatal que se manifestará más tarde (Henshaw et al., 2004), por lo que este momento es considerado fundamental.

**El tercer momento** de la evaluación fue a las **seis semanas después del parto** (Tabla II.1). En la literatura se indica que el momento álgido de la depresión postnatal tiene lugar (Cox et al., 1993; Goodman, 2010). Se considera en este período que se triplica el riesgo de desarrollar una depresión en comparación con otros períodos postnatal. Justo en este momento, no sólo se procedió a la evaluación de la sintomatología de depresión y la ansiedad, sino también se volvió a realizar la entrevista psiquiátrica estandarizada, (SADS-L) para hacer el diagnóstico de los trastornos depresivos o otras formas de psicopatología. También se realizó la evaluación de los parámetros hormonales por última vez (la progesterona, el estrógeno y el cortisol).

Por último, en **el cuarto momento** de la evaluación, a los **doce meses después del parto** (Tabla II.1). Como se señala en la literatura el trastorno puede mantenerse más de un año (Chaudron et al., 2005). Por lo que se evaluó la aparición de la depresión postnatal tardía en el caso de su existencia. Esta información permite conocer si hay madres que expresan los dos tipos de depresión postnatal y así examinar los patrones de aparición, duración y gravedad de síntomas. Para ello, se utilizó el EPDS, HADS y SADS-L como ya se ha indicado. Solo en este último momento se administró la entrevista que permite la clasificación y análisis de los acontecimientos de la vida, realizada a través del Sistema Paykel.

Cuando se llevó a cabo este estudio los compañeros de estas mujeres también fueron evaluados, en los mismos momentos e instrumentos. Se consideró fuente de información para identificar la implicación de los padres en la depresión postnatal (Montgomery, Bailey, Purdon, Snelling & Kauppi, 2009). Se hipotizó que los factores

relacionados con el compañero pueden influir en la depresión de la mujer. Las variables referidas al compañero fueron la educación, los hábitos de fumar, de alcohol y farmacológicos así como la depresión del padre en las cuatro etapas evaluativas consideradas en este estudio.

Según Kennedy, Foy, Sherazi, McDonough y McKeon (2007) existen pocas investigaciones que estudian longitudinalmente los cambios psicosociales de la depresión. Aquellos que lo hacen muestran la necesidad de estudiar los cambios psicosociales. Esto es debido a que dicho trastorno tiende a persistir incluso después de la remisión clínica de la depresión materna. Se observó que los síntomas residuales pueden persistir más de un año y pueden alterar el funcionamiento psicosocial de la pareja.

En resumen, se señala que se trata de un diseño logitudinal realizado en cuatro momentos.

Los **procedimientos** que permitieron concretizar el diseño experimental se describen a continuación.

Los participantes en este estudio fueron invitados a formar parte de el, en la consulta de Obstetricia del Hospital de São João en Oporto. Después de la consulta de enfermería y durante la espera de la evaluación médica, se informó de las características del estudio. La experimentación se realizó en los últimos tres años. Antes del acercamiento directo a la madre había un contacto previo con la enfermera que organizaba el proceso clínico de la madre, para conocer si cumplía o no las características de la muestra. En el contacto directo con la madre, se informó del objetivo del estudio, las características de su participación, el método que se adoptaría para realizar la recogida de la información garantizando la confidencialidad y anonimato de los mismos. Sólo después de proporcionarle todas estas informaciones



le preguntamos si estaba interesada y le gustaría participar en el mismo. Una vez dado su confirmación oral se le presentó el “consentimiento informado” para su firma (Anexo 5).

Las mujeres que accedieron a participar proporcionaron sus datos personales (nombre, número de teléfono, dirección y semanas de gestación). Se acordó con ellas que el teléfono sería el medio de contacto que usaríamos para determinar la primera evaluación y que sería en su casa. Posteriormente, en la trigésima sexta semana de embarazo, se contactaba de nuevo con la mujer para programar el inicio de la evaluación. En la semana treinta y siete del embarazo el psicólogo se desplazaba a casa de la embarazada para la evaluación de acuerdo con el diseño planteado (Tabla II.1). También se desplazó una enfermera para la extracción de sangre.

Después de esta primera evaluación se llamaba regularmente a la madre para confirmar el nacimiento del bebé y organizar las próximas evaluaciones.

Dos y seis semanas y doce meses después del parto se contactó telefónicamente con la madre para obtener una cita con la psicóloga para realizar la evaluación correspondiente a cada momento. También la enfermera quedó para recoger la muestra de sangre (Tabla II.1).

Todas las evaluaciones se hicieron en casa. Como el número de evaluaciones que se realizaban al mismo tiempo era alto, se recurrió a la ayuda de dos asistentes (estudiantes de 5º año de Psicología Clínica del Instituto de Ciencias de la Salud-Norte). Estos asistentes fueron formados para poder recoger todos los elementos necesarios de conformidad con los procedimientos definidos. Hubo reuniones mensuales para supervisar las evaluaciones.

## **2.4. Los participantes**

La muestra utilizada en este estudio, como se ha señalado, fue seleccionada en la consulta de Obstetricia del Hospital de São João, en Oporto, Portugal. El procedimiento consistió en seleccionar las primeras 200 mujeres embarazadas que voluntariamente quisieran participar en el estudio y que cumplieron con los requisitos de inclusión establecidos y que fueron los siguientes:

- No tener un embarazo de "riesgo";
- Capacidad para leer y escribir en portugués lo suficiente para entender y responder a los cuestionarios;
- Vivir en el distrito de Oporto;
- Estar con treinta y seis semanas de embarazo o menos;
- Después de la primera evaluación se formaron dos grupos de sujetos, con base en la historia previa de depresión mayor (Grupo A) donde fueron incluidos 75 madres; y un grupo de madres sin historia previa de depresión (Grupo B) que incluyó 125 madres.

Estas características son las consideradas para seleccionar los participantes que forman el estudio que se presenta.

### **2.4.1. Características de los participantes**

Los participantes fueron 200 (N=200) mujeres embarazadas que viven en Oporto.

Los resultados obtenidos de las variables demográficas (Tabla II.2) de la muestra indican que la edad de la madre, es entre 18 y 42 años ( $M=29.74$ ,  $DT=4.64$ ). Teniendo en cuenta la edad, se dividió los participantes en dos grupos, cuya distribución es homogénea: madres menores de 30 años ( $n=96$ , 49.20%) y el grupo de madres con 30 años o más ( $n=99$ , 50.80%). Con respecto a la edad paterna, el valor medio fue de 31.87 años ( $DT=5.62$ ), teniendo una edad entre 19 y 56 años.

**Tabla II.2.** Características sociodemográficas de los participantes

	n	%
Edad de la madre		
< 29	96	49.20
≥ 30	99	50.80
Edad del padre		
< 29	50	25.30
≥ 30	148	74.70
Estado civil		
Soltero	5	2.50
Casado	166	83.00
Divorciado	1	0.50
Vivir maritalmente	28	14.00
Cohabitación		
Si	194	97.00
No	6	3.00
Años de cohabitación		
≤ 1 año	30	15.00
2 a 5 años	98	49.00
≥ 6 años	68	34.00
Escolaridad de la madre		
Básica	87	43.50
Secundario o Superior	112	56.50
Escolaridad del padre		
Básica	82	54.30
Secundario o Superior	69	45.70
Categorías sociales		
Baja	93	46.50
Media-alta	107	53.50

En cuanto al estado civil, su mayor representación está en el grupo de "casado" con 83.00% de los casos, tras el grupo de madres que viven maritalmente, 14.00%. Los estados civiles menos representados son los solteros (2.50%) y divorciados (0.50%). A pesar de las diferencias relacionadas con el estado civil, 97.00% de las madres declararon vivir con el padre del bebé y 3.00% dijo que no. Se entiende este hecho importante, ya que el estado civil es una designación con respecto a una información

del matrimonio "oficial" y no siempre traduce una convivencia real. Con respecto al tiempo de cohabitación, 15.00% de las madres viven con el padre del bebé hace menos de un año, 49.00% desde 2 a 5 años y 34.00% de 6 o más años.

El nivel educativo de la pareja se distribuye similarmente, siendo que 56.50% (n=112) de las mujeres tienen un nivel de educación secundaria o superior y 45.70% (n=69) de los hombres también; y 43.50% (n=87) de las mujeres y 54.30% (n=82) de los hombres tienen escolaridad baja.

Respecto a la clasificación social de Graffar se agruparon las clases en dos niveles, donde se obtuvo que 46.50% (n=93) de las madres son de clase Baja y 53.50% (n= 107) de clase Media-alta.

A través de la Tabla II.3 se observa que en cuanto a los hábitos de fumar la mayoría de las madres (89.34%) y de padres no fuman (66.89%). Con relación a los hábitos farmacológicos el 91.41% de las madres no toman medicación, así como el 95.39% de los padres. Al analizar los hábitos alcohólicos, se verifica que la mayor parte de las madres habitualmente no bebe (78.28%) y la mayor parte de los padres habitualmente bebe (57.24%).

**Tabla II.3.** Hábitos de fumar, farmacológicos y alcohólicos de la madre y del padre

	madre		Padre	
	n	%	n	%
Hábitos de fumar				
Fumador	21	10.66	50	33.11
No-fumador	176	89.34	101	66.89
Hábitos farmacológicos				
Sin medicación	181	91.41	145	95.39
Con medicación	17	8.59	7	4.61
Hábitos alcohólicos				
Bebe	43	21.72	87	57.24
No bebe	155	78.28	65	42.76

A continuación, se describen los datos de las variables obstétricas/ginecológicas (Tabla II.4).

**Tabla II.4.** Variables obstétricas/ginecológicas de las participantes

	n	%
Planificación del embarazo en curso		
Previsto	149	74.50
No previsto	51	25.50
Embarazo anterior		
Si	101	50.50
No	99	49.50
Nº de hijos vivos		
1	76	88.37
≥ 2	10	11.63
Trabajo durante el embarazo		
Si	166	83.00
No	34	17.00
Trimestre de interrupción del trabajo		
1º trimestre	7	4.20
2º trimestre	22	13.30
3º trimestre	137	82.50
Tipo de parto		
Eutócico	140	70.00
Distócico	60	30.00
Complicaciones postparto		
Sin complicaciones	194	97.00
Con complicaciones	6	3.00
Sexo del bebé		
Femenina	109	54.50
Masculino	90	45.00

Como se observa (Tabla II.4), con respecto a la planificación del embarazo la mayoría lo ha previsto (74.50%) y las madres primíparas representan el 49.50% de la muestra y el 50.50% son multíparas. Por lo que respecto al hecho de ser primípara o multípara, los dos grupos se distribuyen de manera homogénea. De las madres multíparas la mayoría solo tenía un hijo más (88.37%).

En cuanto al trabajo, 83.00% de las madres trabajaban durante el embarazo. De las madres que trabajaron durante el embarazo 4.20% interrumpió el trabajo en el primer trimestre, 13.30% de las madres dejó el trabajo en el segundo trimestre y 82.50% trabajó hasta el tercer trimestre.

El porcentaje de partos eutócicos ha sido mucho mayor que los nacimientos distócitos: 70% y 30% respectivamente, y en casi todas las madres no hubo complicaciones después del parto (97%).

Con respecto al sexo del bebé (Tabla II.5) se distribuye casi por igual entre las niñas (n=109) y los niños (n=90). Se analizaron también las variables relacionadas con el bebé: peso, longitud y índice de Apgar (Tabla II.5). El peso medio de los bebés en esta muestra se encuentra en 3325.57 gramos (DT=470.57), la longitud media es de 49.32 cm (DT=3.92). También se verifica que las niñas tienen un peso medio y una longitud media inferior a los niños, aunque esto no fue estadísticamente significativo.

Con respecto a la puntuación del índice de Apgar en el primer minuto después del nacimiento, la media se sitúa en 8.64 y en el minuto cinco después del nacimiento la media es de 9.78 (Tabla II.5).

**Tabla II.5.** Peso, longitud e índice Apgar del bebé

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Todos los bebés			
Peso (g)	192	3325.57	470.57
Longitud(cm)	192	49.32	3.92
Bebés sexo femenino			
Peso (g)	105	3261.77	484.62
Longitud(cm)	105	48.83	5.03
Bebés sexo masculino			
Peso (g)	87	3402.56	443.64
Longitud(cm)	87	49.91	1.71
Índice Apgar			
1º minuto	8.64	0.99	
5º minuto	9.78	0.59	

## 2.4.2. Caracterización de los participantes por grupo

Como se indicó los participantes se subdividieron en dos grupos (A y B). En cuanto a las características por edad de las madres y de los padres (Tabla II.6), no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

**Tabla II.6.** Edad de la madre y del padre en grupo A y grupo B

		<i>M</i>	<i>DT</i>	mínimo	máximo	<i>t</i>	<i>g/</i>	<i>p</i>
Edad de la madre	Grupo A	30.11	4.08	21	40	0.85	193	ns
	Grupo B	29.53	4.94	18	42			
Edad del padre	Grupo A	32.65	5.3	21	46	1.25	149	ns
	Grupo B	31.45	5.76	19	56			

Grupo A = mujeres con antecedentes de depresión mayor; Grupo B = mujeres sin antecedentes de depresión

Respecto a las características sociodemográficas (Tabla II.7) también se observa que las variables demográficas estado civil, cohabitación, años de cohabitación, escolaridad de la madre, escolaridad del padre y categorías sociales, no presenten diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

**Tabla II.7.** Caracterización sociodemográfica de los participantes por grupos

	Grupo A		Grupo B		$\chi^2$	Gl	p
	N	%	n	%			
Cohabitación							
Si	71	94.7	123	98.4			
No	4	5.3	2	1.6	2.25	1	ns
Años de cohabitación							
≤ 1 año	12	16.00	18	14.40			
2 a 5 años	34	45.30	65	52.00	1.24	2	ns
≥ 6 años	29	38.70	39	31.20			
Escolaridad de la madre							
Básica	40	54.05	47	37.60	5.12	1	ns
Secundaria o superior	34	45.95	78	62.40			
Escolaridad del padre							
Básica	23	40.35	52	52.53	0.23	1	ns
Secundaria o superior	34	59.65	47	47.47			
Categoría social							
Media-alta	34	45.33	73	58.40	3.22	1	ns
Baja	41	54.67	52	41.60			

Grupo A = mujeres con antecedentes de depresión mayor; Grupo B = mujeres sin antecedentes de depresión

En cuanto a los hábitos de fumar, farmacológicos y alcohólicos de la madre y del padre (Tabla II.8), tampoco hay ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. Al igual que lo señalado anteriormente indicaría que los grupos son homogéneos en estos parámetros.

**Tabla II.8.** Hábitos de fumar, farmacológicos y alcohólicos de la madre y del padre, por grupos

	Grupo A		Grupo B		$\chi^2$	gl	p
	n	%	n	%			
Hábitos de fumar de la madre							
Fumador	11	15.07	10	8.06	2.37	1	ns
No Fumador	62	84.93	114	91.94			
Hábitos de fumar del padre							
Fumador	18	34.62	33	33.00	0.04	1	ns
No Fumador	34	65.38	67	67.00			
Hábitos farmacológicos de la madre							
Sin medicación	64	87.67	117	93.60	2.06	1	ns
Con medicación	9	12.33	8	6.40			
Hábitos farmacológicos del padre							
Sin medicación	51	98.08	94	94.00	1.29	1	ns
Con medicación	1	1.92	6	6.00			

**Tabla II.8. (cont.)** Hábitos de fumar, farmacológicos y alcohólicos de la madre y del padre, por grupos

	Grupo A		Grupo B		$\chi^2$	gl	p
	n	%	n	%			
Hábitos alcohólicos de la madre							
Bebe	16	21.92	27	21.60	0.03	1	ns
No bebe	57	78.08	98	78.40			
Hábitos alcohólicos del padre							
Bebe	33	63.46	54	54.00	1.25	1	ns
No bebe	19	36.54	46	46.00			

Grupo A = mujeres con antecedentes de depresión mayor; Grupo B = mujeres sin antecedentes de depresión

En el análisis descriptivo de las variables obstétricas/ginecológicas (Tabla II.9) para los grupos A y B, se observa que ninguna variable se asocia con la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

**Tabla II.9.** Descripción de las variables obstétricas/ginecológicas por grupos

Variables	Grupo A		Grupo B		$\chi^2$	gl	p
	n	%	n	%			
Planificación del embarazo actual							
Planeada	51	68.00	98	78.40			
No planeada	24	32.00	27	21.60	2.67	1	ns
Embarazo anterior							
Si	49	65.30	52	41.6			
No	26	34.70	73	58.4	10.56	1	ns
Nº de hijos vivos							
1	37	86.05	39	90.70	0.45	1	ns
≥2	6	13.95	4	9.30			
Trabajo durante el embarazo							
Si	56	74.70	99.00	79.20			
No	18	24.00	26.00	20.80	0.34	1	ns
Tipo de parto							
Eutócico	49	65.30	91	72.80			
Distócico	26	34.70	34	27.20	1.24	1	ns
Complicaciones postparto							
Sin complicaciones	73	97.30	121	96.80			
Con complicaciones	2	2.70	4	3.20	0.05	1	ns

Grupo A = mujeres con antecedentes de depresión mayor; Grupo B = mujeres sin antecedentes de depresión

Al realizar un análisis comparativo con respecto al peso, longitud e índice de Apgar de los bebés de las madres en el grupo A y B (Tabla II.10), no se observan diferencias estadísticamente significativas. Este dato parece sugerir que las diferencias reportadas por otros estudios en la literatura, puede ser el resultado de la interacción



diferenciadora que eventualmente se establecen durante el desarrollo en las díadas de madres e hijos de madres con y sin historia previa de depresión.

**Tabla II.10.** Peso, longitud e índice Apgar del bebé al nacer

	Grupo A			Grupo B			t	gl	p
	n	M	DT	n	M	DT			
Peso (g)	72	3323.25	562.71	120	3326.96	408.04	-0.05	190	ns
Longitud(cm)	72	48.93	6.04	120	49.55	49.55	-1.07	190	ns
Índice Apgar									
1º minuto	62	8.74	0.85	113	8.58	1.07	1.00	173	ns
5º minuto	62	9.85	0.40	113	9.74	0.67	1.21	173	ns

Grupo A = mujeres con antecedentes de depresión mayor; Grupo B = mujeres sin antecedentes de depresión

En resumen, con esta comparación de los subgrupos, podemos verificar la no existencia de diferencias estadísticamente significativas en todas las variables consideradas, de modo que podemos decir que la variable que los distingue es en realidad la variable que pretendíamos: historia previa de depresión.

## 2.5. Procedimientos estadísticos

El estudio de los resultados obtenidos se llevó a cabo mediante la aplicación del paquete estadístico SPSS- versión 19 para Windows. Elegimos este paquete por su adecuación en las ciencias sociales y humanas.

En términos estadísticos se presentan los siguientes fines:

- Se ha colocado la cuestión de la utilización de estadística paramétrica o no paramétrica. Elegimos estadística no paramétrica dado que las variables de estudio no mostraron normalidad, y su variación no es homogénea y porque algunas de las variables que tenemos muestran desequilibrio entre ellas;

- El análisis de las variables asociadas con la depresión en el embarazo y el puerperio fue uno de nuestros objetivos pero que llevamos a cabo pruebas  $\chi^2$ . Pero,

cuando los supuestos de esta prueba no se han cumplido se utilizó el Test de Fisher; y la realización del test de *McNemar*, para evaluar la asociación de depresión en la pareja;

- Para entender la evolución de la depresión en los períodos estudiados, se utilizó el Test de Friedman también llamado ANOVA de Friedman (test no paramétrico). Las puntuaciones originales se transforman en rangos. Cuando se observaron diferencias, se ha recurrido al Test de Wilcoxon para detectar entre que momentos estas diferencias se producían;

- En todos los análisis se utilizó la corrección de Bonferroni;

- Lo test U de Mann-Whitney fue utilizado como el equivalente no paramétrico del test T de Student, para dos muestras independientes. En el se utilizan los rangos de los casos;

- Para la validación del SSNI en la población portuguesa, se utilizó el valor de alfa de *Cronbach*, coeficiente de la fórmula de acuerdo con Kuder-Richardson, el análisis de la correlación entre diferentes escalas de SSNI a fin de aplicar un análisis factorial para ellos con base en los valores de sus coeficientes de correlación obtenidos a partir de *r* de Pearson;

- Para obtener perfiles de riesgo para la depresión postnatal se utilizó la regresión logística binaria con el método *Forward Enter*. Cuando queremos predecir el comportamiento de una variable dependiente a partir de una o más variables independientes, generalmente pensamos en la aplicación de la regresión. En ella no se supone que entre las variables dependientes e independientes exista una asociación causal (Glass & Hopkins, 1996). Cuando la variable dependiente asume un carácter dicotómico y hay un conjunto de variables independientes, cuantitativas o cualitativas, se aplica la regresión logística binaria.

### III.RESULTADOS

En este capítulo, se procederá al estudio de los resultados obtenidos, siguiendo la siguiente orden: en primer lugar se presentan los resultados de la incidencia y la prevalencia de la depresión en el embarazo y en el período postnatal, considerando tanto la muestra total, como los subgrupos (3.1.); en segundo lugar se determina las características en los cuatro momentos evaluados de la depresión y la ansiedad a través de los resultados obtenidos en las medidas repetidas. Este procedimiento permite la eliminación de posibles viés sistemáticos y la reducción de la varianza del error dentro del grupo (3.2.); en el siguiente punto se analiza la influencia de la historia previa de depresión en la ocurrencia o no de depresión postnatal, así como en la sintomatología depresiva y ansiosa (3.3. Y 3.4.); con el fin de lograr un estudio de la influencia de todas las variables consideradas en la ocurrencia de la depresión postnatal, se realizarán análisis estadísticos para evaluar su variación (3.5.); también se muestran las relaciones entre la depresión de la madre y del padre del bebé, mediante la realización de la prueba de *McNemar* (3.6.); utilizando la regresión logística binaria y teniendo en cuenta todos los resultados obtenidos en los apartados anteriores, se procedió al análisis de perfiles de riesgo para la depresión postnatal en las mujeres a las 6 semanas después del parto y a los 12 meses después del nacimiento del bebé (3.7).



### III. RESULTADOS

#### 3.1. Análisis de incidencia y prevalencia de la depresión en el embarazo y después del parto

El cálculo de incidencia y prevalencia de la depresión en los diferentes períodos de tiempo considerados, se basó en los resultados obtenidos con el SADS-L, que como se ha dicho permitió la realización del diagnóstico clínico de depresión por un psicólogo.

Se calculó la incidencia y prevalencia de depresión en tres ocasiones: durante el embarazo, a las 6 semanas y a los 12 meses después del parto. Esto para la muestra total (N=200) y para los dos grupos: mujeres con una historia previa de depresión mayor (grupo A: N=75) y mujeres sin historia previa de depresión (grupo B: N=125) (Tabla III.1).

**Tabla III.1.** Incidencia y Prevalencia de la depresión durante el embarazo y en el período postnatal

	Muestra Total						Grupo A						Grupo B					
	N	Incidencia		Prevalencia		N	Incidencia		Prevalencia		N	Incidencia		Prevalencia				
		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%			
Embarazo	200	-	-	13	6.50	75	-	-	75	13	17.33	125	0	0.0	125	0	0.0	
Postparto																		
6 semanas	200	33	16.50	37	18.50	75	22	29.33	75	26	34.67	125	11	8.80	125	11	8.80	
12 meses	179	41	22.91	59	32.96	69	24	34.78	64	37	57.82	117	17	14.53	115	22	19.13	

Grupo A = mujeres con antecedentes de depresión mayor; Grupo B = mujeres sin antecedentes de depresión

Si se considera el total de la muestra (Tabla III.1), se observa que, la incidencia de depresión tiene un valor de 16.50% a las 6 semanas después del parto y en 22.91% a los 12 meses después del parto. Estos resultados indican que existe un aumento en el número de nuevos casos a medida que el tiempo pasa. En nuestra muestra, la prevalencia de la depresión durante el embarazo fue de 6.50% y en el período postnatal cuando consideramos las 6 semanas después del nacimiento fue del 18.50%

y a los 12 meses después del parto 32.96%, mostrando un alto porcentaje de casos que no se recuperan con el tiempo.

En cuanto a la incidencia de depresión durante el embarazo, para el grupo A el cálculo no es posible, ya que es el grupo de mujeres con una historia previa de depresión mayor antes del embarazo. Para el grupo B, se pone de relieve que la incidencia es de 0.00% ya que ninguna de las mujeres sin historia previa de depresión se deprimió durante el embarazo.

Teniendo en cuenta el análisis de la prevalencia de la depresión durante el embarazo, los resultados muestran que este es mucho mayor en el grupo A en comparación con los valores del grupo B, 17.33% y 0.00% respectivamente. Por lo tanto, los casos de depresión durante el embarazo son todos en las mujeres que tenían historia previa de depresión mayor, mientras que ninguna mujer sin historia previa de depresión se deprimió durante el embarazo.

En el período postparto (6 semanas y 12 meses después del nacimiento del bebé) en el grupo A la incidencia y prevalencia de la depresión es más alta que en el grupo B. Las mujeres con historia previa de depresión mayor están más deprimidas en cada uno de los períodos de evaluación y también siguen teniendo más depresión a lo largo de todos los períodos de evaluación, que las mujeres sin historia previa de depresión.

Es decir, que la historia previa de depresión mayor mantiene su efecto a lo largo del período estudiado. Lo que sugiere que tendría que ser considerada como un factor de riesgo en la incidencia y prevalencia de este trastorno.

### 3.2. Estudio de la depresión y ansiedad en función del tiempo (medidas repetidas)

Se procede en este punto a estudiar las medidas repetidas realizadas para la sintomatología depresiva y ansiosa. El objetivo es controlar la existencia de posibles fuentes de variabilidad que, a pesar de no relacionarse con la depresión postnatal, pueden tener un efecto. Para ello, se utilizó el test no paramétrico de Friedman (ANOVA) para estudiar el significado de la evolución de la sintomatología depresiva y ansiosa. Cuando se observaron diferencias, se aplicó el Test de Wilcoxon para detectar entre que momentos estas diferencias se producen, con la aplicación de la corrección de Bonferroni, por lo que todos los efectos reportados se refieren a un nivel de significación de 0.008.

#### 3.2.1. Comparación de los síntomas depresivos en los cuatro momentos evaluados

Al igual que con los análisis ya realizados, se estudió, tanto para la muestra total como para cada uno de los grupos (A y B), la variación de sintomatología depresiva a través del tiempo (Tabla III.2).

Tabla III.2. Comparación múltiple para el EPDS durante los cuatro períodos

Muestra Total						Grupo A				Grupo B			
ME1	ME2	Md1	Md2	z	p	Md1	Md2	z	p	Md1	Md2	z	p
1	2	7	6	-2.65	ns	8	8	-0.48	ns	6	5	-3.00	<b>0.003</b>
	3	7	5	-5.43	<b>&lt;0.001</b>	8	6	-2.56	<b>0.011</b>	6	4	-4.86	<b>&lt;0.001</b>
	4	7	6	-1.49	ns	8	8	-0.76	ns	6	6	-2.57	ns
2	3	6	5	-3.30	<b>0.001</b>	8	6	-2.44	<b>0.015</b>	5	4	-2.23	ns
	4	6	6	-1.05	ns	8	8	-0.45	ns	5	6	-1.06	ns
3	4	5	6	-3.21	<b>0.001</b>	6	8	-2.29	<b>0.022</b>	4	6	-2.99	ns

1 = 37 semanas de embarazo; 2 = 2 semanas después del parto; 3 = 6 semanas después del parto, 4 = 12 meses después del parto; ME1: primer momento de evaluación; ME2: segundo momento de evaluación; Md1: Mediana del valor de EPDS del primer momento de evaluación; Md2: Mediana del valor de EPDS del segundo momento de evaluación; Grupo A = mujeres con antecedentes de depresión mayor; Grupo B = mujeres sin antecedentes de depresión

Teniendo en cuenta el total de la muestra se estudió la evolución de la sintomatología depresiva y se rechazó la  $H_0$  ( $\chi^2_{(3)}=22.78$ ,  $p<0.001$ ), por lo que se realizó el Test de Wilcoxon con corrección de Bonferroni.

En la **muestra total**, hay una disminución de la sintomatología depresiva del embarazo (Md=7) a las 6 semanas después del parto (Md=5),  $z = -5.43$ ;  $p<0.001$  y disminución de la sintomatología depresiva de las 2 (Md=6) a las 6 semanas después del parto (Md=5)  $z = -3.30$ ;  $p=0.001$ . Sin embargo se observa un aumento de la sintomatología depresiva de las 6 semanas después del parto (Md=5) a los 12 meses de vida del bebé (Md=6),  $z = -3.21$ ;  $p=0.001$ . Por lo tanto, la tendencia general es de disminución de la sintomatología depresiva durante el primer año de vida del nacimiento del niño, a excepción de los 12 meses de vida en que la sintomatología depresiva aumenta de nuevo.

Cuando **comparamos los grupos A y B** se observa que las mujeres con historia previa de depresión (grupo A) presentaron diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología depresiva entre los 4 momentos ( $\chi^2_{(3)}=8.27$ ,  $p=0.041$ ). El Test de Wilcoxon reveló que las mujeres con antecedentes de depresión presentaban una disminución en los síntomas depresivos desde el embarazo (Md=8) hasta las 6 semanas después del parto (Md=6),  $z= -2.56$ ;  $p=0.011$ , y desde las 2 semanas (Md=8) hasta las 6 semanas después del parto (Md=6),  $z= -2.44$ ;  $p=0.015$ ; pero de las 6 semanas del parto (Md=6) hasta el año de vida del bebé (Md=8) hubo un aumento en la sintomatología depresiva  $z = -2.29$ ;  $p=0.022$ .

Para el grupo B también se realizó la prueba de Friedman que mostró la existencia de variación en la sintomatología depresiva cuando se compararon los 4 momentos temporales ( $\chi^2_{(3)}=20.52$ ,  $p<0.001$ ). Lo que significa que las mujeres sin historia previa de depresión también experimentan cambios estadísticamente significativos en la sintomatología depresiva. Utilizando el Test de Wilcoxon se puede observar que la sintomatología depresiva bajó de modo estadísticamente significativo



del embarazo (Md=6) a los 2 semanas después del parto (Md=5),  $z = -3.00$ ;  $p=0.003$ ; y del embarazo (Md=6) a las 6 semanas después del parto (Md=4),  $z = -4.86$ ;  $p<0.001$ .

Por lo tanto se puede concluir que el grupo de mujeres sin historia previa de depresión la tendencia es de disminuir los síntomas depresivos, mientras que en el grupo de las mujeres con historia previa de depresión esta tendencia se rompe al año después del parto, ya que los síntomas depresivos aumentaron en ese momento, lo que sugiere que la sintomatología depresiva tiene un período de remisión largo.

### 3.2.2. Comparación de los síntomas de ansiedad en los cuatro momentos evaluados

Siguiendo los mismos procedimientos estadísticos adoptados en el punto anterior, se evaluó la evolución de la sintomatología ansiosa en los cuatro momentos de su evaluación (Tabla III.3).

**Tabla III.3.** Comparación múltiple para el HADS ansiedad durante los cuatro períodos

		Muestra Total				Grupo A				Grupo B			
ME1	ME2	Md1	Md2	Z	p	Md1	Md2	z	p	Md1	Md2	z	p
1	2	6	5	-2.42	ns	7	7	-0.76	ns	5	4	-2.51	ns
	3	6	8	-3.13	<b>0.002</b>	7	9	-1.92	ns	5	7	-2.61	ns
	4	6	13	-10.42	<b>&lt;0.001</b>	7	12	-5.45	<b>&lt;0.001</b>	5	13	-8.81	<b>&lt;0.001</b>
2	3	5	8	-5.12	<b>&lt;0.001</b>	7	9	-2.96	<b>0.003</b>	4	7	-4.26	<b>&lt;0.001</b>
	4	5	13	-10.46	<b>&lt;0.001</b>	7	12	-5.92	<b>&lt;0.001</b>	4	13	-8.63	<b>&lt;0.001</b>
3	4	8	13	-10.52	<b>&lt;0.001</b>	9	12	-5.51	<b>&lt;0.001</b>	7	13	-8.85	<b>&lt;0.001</b>

1 = 37 semanas de embarazo; 2 = 2 semanas después del parto; 3 = 6 semanas después del parto; 4 = 12 meses después del parto; ME1: primer momento de evaluación; ME2: segundo momento de evaluación; Md1: Mediana del valor de HADS del primer momento de evaluación; Md2: Mediana del valor de HADS del segundo momento de evaluación; Grupo A = mujeres con antecedentes de depresión mayor; Grupo B = mujeres sin antecedentes de depresión

Al considerar el total de la muestra, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad en los cuatro momentos ( $\chi^2_{(3)}=231.73$ ,  $p<0.001$ ). Al realizar el Test Wilcoxon para la muestra total, se identificó que hubo aumento de la sintomatología ansiosa en los siguientes momentos: del embarazo (Md=6) hasta las 6

---

semanas postparto (Md=8),  $z = -3.13$ ;  $p = 0.002$ , y hasta los 12 meses postparto (Md=13),  $z = -10.42$ ;  $p < 0.001$ ; de las 2 semanas postparto (Md=5) hasta las 6 semanas postparto (Md=8),  $z = -5.12$ ,  $p < 0.001$ , y hasta los 12 meses postparto (Md=13),  $z = -10.46$ ;  $p < 0.001$ ; así como a las 6 semanas del postparto (Md=8) hasta los 12 meses del postparto (Md=13),  $z = -10.52$ ;  $p < 0.001$ . Es decir, que con excepción del período de embarazo hasta las 2 semanas postparto, todas las madres tuvieron un aumento estadísticamente significativo en la sintomatología ansiosa durante el primer año después del parto.

También se observó que existían diferencias en la sintomatología ansiosa para los cuatro momentos en el grupo A ( $\chi^2_{(3)}=66.67$ ;  $p < 0.001$ ) y en el grupo B ( $\chi^2_{(3)}=167.89$ ;  $p < 0.001$ ).

Al realizar el Test Wilcoxon, se identificó que hubo un aumento de la sintomatología ansiosa en el grupo de mujeres con historia previa de depresión (grupo A): del embarazo (Md=7) hasta los 12 meses postparto (Md=12),  $z = -5.45$ ;  $p < 0.001$ ; de las 2 semanas postparto (Md=7) hasta las 6 semanas del postparto (Md=9),  $z = -2.96$ ,  $p = 0.003$  y hasta los 12 meses del postparto (Md=12),  $z = -5.92$ ;  $p < 0.001$ ; así como de las 6 semanas del postparto (Md=9) hasta los 12 meses del postparto (Md=12),  $z = -5.51$ ;  $p < 0.001$ .

Al realizar el Test Wilcoxon, para el grupo de mujeres sin sintomatología depresiva previa (grupo B), se identificó que hubo un aumento de la sintomatología ansiosa en los siguientes momentos: del embarazo (Md=5) hasta los 12 meses del postparto (Md=13),  $z = -8.81$ ;  $p < 0.001$ ; de las 2 semanas del postparto (Md=4) hasta las 6 semanas del postparto (Md=7),  $z = -4.26$ ,  $p < 0.001$  y hasta los 12 meses del postparto (Md=13),  $z = -8.63$ ;  $p < 0.001$ ; bien como de las 6 semanas del postparto (Md=7) hasta los 12 meses del postparto (Md=13),  $z = -8.85$ ;  $p < 0.001$ .

Como puede observarse la tendencia de la variación de los valores de mediana fue exactamente el mismo en ambos grupos (A y B). Lo que se observó fue un aumento

progresivo de los valores de la Mediana referente a la sintomatología ansiosa y siempre con diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de los periodos evaluados.

### 3.3. Estudio de la influencia de la historia previa de depresión mayor sobre la depresión postnatal y la sintomatología depresiva en el embarazo y después del parto

El estudio de las diferencias de depresión evaluada por el SADS-L (entrevista de diagnóstico clínico), y la sintomatología depresiva y ansiosa evaluadas por el EPDS y HADS (cuestionarios de autoinforme), entre los dos grupos (A y B) y en cada uno de los momentos de evaluación se presentan a continuación.

#### 3.3.1. Estudio de la influencia de la historia previa de depresión mayor en la depresión postnatal

Utilizando los resultados del diagnóstico clínico realizado con la entrevista psiquiátrica SADS-L, se analizó cómo se manifiesta la depresión en los dos grupos considerados.

**Tabla III.4.** Historia de depresión mayor y depresión postnatal: diagnóstico clínico

Variables	Grupo A		Grupo B		$\chi^2$	gl	p
	n	%	n	%			
SADSL 6 semanas							
Con depresión	26	34.67	11	8.80	20.80	1	<0.001
Sin depresión	49	65.33	114	91.20			
SADSL 12 meses							
Con depresión	37	57.81	22	19.13	27.84	1	<0.001
Sin depresión	27	42.19	93	80.87			

SADSL 6 semanas: el diagnóstico clínico realizado por el SADS-L a las 6 semanas después del parto; SADSL 12 meses: el diagnóstico clínico realizado por el SADS-L a los 12 meses posteriores al parto; Grupo A = mujeres con antecedentes de depresión mayor; Grupo B = mujeres sin antecedentes de depresión

Como puede observarse (Tabla III.4), existe una asociación entre la historia previa de depresión mayor y la depresión postnatal a las 6 semanas después del parto y a los 12 meses. En el grupo con antecedentes de depresión mayor, la proporción de mujeres con diagnóstico clínico de depresión postnatal es estadística y significativamente mayor en los dos momentos en que el diagnóstico se efectuó. Esto sugiere que la existencia previa de depresión mayor influencia el diagnóstico clínico de depresión postnatal.

### 3.3.2. Estudio de la influencia de la historia previa de depresión mayor sobre la sintomatología depresiva

Con el fin de analizar la posible existencia de diferencias significativas en la manifestación de la sintomatología depresiva en el embarazo y en el puerperio, teniendo en cuenta la presencia o ausencia de antecedentes de depresión mayor, se realizó la prueba de Mann-Whitney (U) (Tabla III.5), para comparar los resultados del grupo A y B.

**Tabla III.5.** Historia previa de depresión mayor y sintomatología depresiva en el embarazo y en el puerpério

	<i>U</i>	Grupo A	Grupo B	<i>p</i>
		<i>Mean rank</i>	<i>Mean rank</i>	
Embarazo	3294.50	117.98	89.36	<b>0.001</b>
Después del parto				
2 semanas	2973.00	123.36	86.78	<b>&lt;0.001</b>
6 semanas	3346.50	118.38	89.77	<b>0.001</b>
12 meses	2179.00	112.45	76.61	<b>&lt;0.001</b>

Grupo A = mujeres con antecedentes de depresión mayor; Grupo B = mujeres sin antecedentes de depresión

Se observa (Tabla III.5) la existencia de un fuerte efecto de la historia previa de depresión mayor en la manifestación de la sintomatología depresiva en el embarazo y en el puerperio, ya que los resultados del procedimiento estadístico revelaron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres con una historia de

depresión mayor y las mujeres sin antecedentes de depresión. Así, como puede observarse, las mujeres con una historia previa de depresión mayor (grupo A) son las que tienen niveles significativamente más altos de sintomatología depresiva, lo que indica que la depresión postnatal no es sólo más frecuente, sino más grave en el grupo de mujeres con historial previo de depresión mayor.

Mediante el análisis comparativo de los resultados de evaluación de depresión con base en su diagnóstico clínico (punto 3.3.1.) y la evaluación de la sintomatología depresiva con base en el autoinforme (punto 3.3.2.), se concluye que en ambos casos las mujeres con historia previa de depresión mayor están más deprimidas que las mujeres sin historia previa de depresión. Lo que permite verificar el acuerdo entre la evaluación profesional y la auto-percepción de las mujeres en cuanto a sus alteraciones de humor.

### **3.4. Estudio de la influencia de las variables hormonales en función de la historia previa de depresión mayor en la ocurrencia de depresión postnatal**

Para las variables hormonales que consideramos (estrógenos, progesterona y cortisol) se examinó su variación en función de la historia previa de depresión en las madres.

Comenzamos por examinar si existen diferencias en los valores medios de los parámetros hormonales de cada grupo. Los resultados indican que las diferencias de medias no son estadísticamente significativas entre los grupos, para ningún parámetro hormonal, en ninguno de los momentos evaluados (Tabla III.6). Por lo tanto, no inciden en la historia previa de depresión los parámetros hormonales considerados.

**Tabla III.6.** Comparación de los valores medios de los parámetros hormonales examinados en función de la historia previa de depresión mayor

Parámetros hormonales	Grupo A			Grupo B			<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Cortisol 1ªav	74	23.53	5.94	125	23.62	6.29	-0.104	197	ns
Estrogéneos 1ªav	75	19377.74	7627.55	125	20273.91	6740.02	-0.866	198	ns
Progesterona 1ª av	75	195.72	65.58	125	208.75	71.02	-1.292	198	ns
Cortisol 2ªav	73	14.90	5.76	125	14.98	8.20	-0.80	196	ns
Estrogéneos 2ªav	73	32.18	12.91	125	35.70	23.16	-1.194	196	ns
Progesterona 2ª av	73	1.58	4.43	125	1.47	3.10	0.201	196	ns
Cortisol 3ªav	73	14.83	13.16	122	11.93	6.14	2.09	193	ns
Estrogéneos 3ªav	73	27.50	23.49	122	28.04	15.23	-0.194	193	ns
Progesterona 3ª av	68	1.33	2.89	121	1.17	2.11	0.436	187	ns

Grupo A = mujeres con antecedentes de depresión mayor; Grupo B = mujeres con antecedentes de depresión; Cortisol 1ªav= cortisol a las 37 semanas de embarazo; Estrogéneos 1ªav= estrogéneos a las 37 semanas de embarazo; Progesterona 1ªav= progesterona a las 37 semanas de embarazo; Cortisol 2ªav= cortisol a las 2 semanas; Estrogéneos 2ªav= estrogéneos a las 2 semanas; Progesterona 2ª av= progesterona a las 2 semanas; Cortisol 3ªav= cortisol a las 6 semanas; Estrogéneos 3ªav= estrogéneos a las 6 semanas; Progesterona 3ªav= progesterona a las 6 semanas

Dado que, en términos de valores medios no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, se verificó si podría haber algún efecto sobre el grado de reducción de estos parámetros hormonales entre un momento y el siguiente, en cada uno de los grupos. Por lo tanto, decidimos crear la variable queda 1 que corresponde a una diferencia de valores entre los parámetros hormonales de las 2 semanas después del parto y el embarazo; y la variable queda 2 que corresponde a la diferencia entre las 6 semanas y las 2 semanas después del parto. Llevamos a cabo este procedimiento para cada parámetro hormonal considerado: estrógenos, progesterona y cortisol (Tabla III.7).

**Tabla III.7. Comparación** de la caída media en los parámetros hormonales entre dos períodos evaluados en función de la historia de depresión mayor

Parámetros hormonales	Grupo A		Grupo B		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Queda1 de estrógenos	19261.52	7708.14	20238.22	6737.01	-0.93	196	ns
Queda2 de estrógenos	4.48	20.39	7.53	24.50	-0.89	192	ns
Queda1 de progesterona	193.16	66.77	207.28	71.38	-1.38	196	ns
Queda2 de progesterona	0.33	1.99	0.30	3.81	0.06	186	ns
Queda1 de cortisol	8.56	8.21	8.64	9.45	-0.066	195	ns
Queda2 de cortisol	0.17	14.26	3.07	9.92	-1.67	192	ns

Grupo A = mujeres con antecedentes de depresión mayor; Grupo B = mujeres con antecedentes de depresión; Queda1 de estrógeno = diferencia entre los niveles de estrógenos de las 2 semanas después del parto y 37 semanas de embarazo; Queda2 de estrógeno = diferencia entre los niveles de estrógeno de las 2 y 6 semanas después del parto; Queda1 progesterona = diferencia en los niveles de progesterona entre las 2 semanas después del parto y 37 semanas de embarazo; Queda2 progesterona = diferencia en los niveles de progesterona entre las 2 y 6 semanas después del parto; Queda1 de cortisol = diferencia en los niveles de cortisol entre las 2 semanas después del parto y 37 semanas de embarazo; Queda2 de cortisol = diferencia de los niveles de cortisol entre las 2 y 6 semanas después del parto;

Cuando se analiza si existen diferencias estadísticamente significativas con relación a los valores de la disminución de caída de los valores de los parámetros hormonales (estrógenos, progesterona y cortisol) entre dos etapas de la evaluación, al considerar los antecedentes de depresión mayor, se observó que en ninguno de los tiempos considerados se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas. Estos resultados parecen indicar que los parámetros hormonales no se revelan diferenciadores entre el grupo de mujeres con y sin historia previa de depresión.

### **3.5. Estudio de la influencia de los factores demográficos, obstétricos/ginecológicas, psicosociales y hormonales en la ocurrencia de depresión postnatal en la muestra total**

En este punto, se presentan los resultados obtenidos en estudio de la influencia de otras variables en la ocurrencia de la depresión postnatal. Se han considerado las variables sociodemográficas, obstétricas/ginecológicas, psicosociales y hormonales para la generalidad de las mujeres. Para reducir al mínimo el número de variables con frecuencias observadas bajas, se convirtió algunas de las variables en variables dicotómicas. Se utilizó el Test de  $\chi^2$  y cuando no se cumplían las normas para el uso de  $\chi^2$ , se utilizó el Test exacto de Fisher con la corrección de Bonferroni.

#### **3.5.1. Estudio de la influencia de las variables demográficas en la ocurrencia de depresión postnatal para la muestra total**

Teniendo en cuenta el total de la muestra, se procedió a estudiar la influencia de las variables sociodemográficas en la manifestación del diagnóstico clínico de

depresión para la muestra total en cada uno de los tiempos evaluados. Con el uso de la corrección de Bonferroni se utilizó un nivel de significación  $p < 0.005$ .

En la Tabla III.8, vemos que en el embarazo, a las 6 semanas e a los 12 meses postparto no hubo variables demográficas que mostraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la ocurrencia de depresión.

**Tabla III.8.** Relación entre variables sociodemográficas y depresión para el total de participantes

Variables	Depresión Embarazo					Depresión 6 semanas					Depresión 12 meses				
			$\chi^2$	gl	p			$\chi^2$	gl	p			$\chi^2$	gl	p
	con	sin				con	sin				con	sin			
Cohabitación con el padre															
Si	13	181	0.43	1	ns	34	160	4.07	1	ns	54	119	7.13	1	ns
No	0	6					3				5	1			
Educación de la madre															
Básica	9	78	3.68	1	ns	20	67	1.97	1	ns	19	56	3.10	1	ns
Secundaria o Superior	4	108				17	95				39	64			
Educación del padre															
Básica	9	73	1.34	1	ns	15	67	1.39	1	ns	19	55	0.56	1	ns
Secundaria o Superior	4	66				8	62				21	46			
Categorías sociales															
Baja	10	83	5.17	1	ns	21	72	1.92	1	ns	26	54	0.01	1	ns
Media-alta	3	104				16	91				33	66			
Hábitos de Fumar de la madre															
Fumador	2	19	0.33	1	ns	8	13	6.18	1	ns	7	10	0.76	1	ns
No fumador	11	165				28	148				49	110			
Hábitos de Fumar del hombre															
Fumador	2	49	2.10	1	ns	7	44	0.12	1	ns	12	34	0.08	1	ns
No fumador	11	90				16	85				27	68			
Hábitos alcohólicos de la madre															
Habitualmente bebe	6	37	4.89	1	ns	8	35	0.000	1	ns	10	30	1.23	1	ns
No bebe	7	148				29	126				47	90			
Hábitos alcohólicos del padre															
Habitualmente bebe	12	75	7.14	1	ns	15	72	0.71	1	ns	24	58	0.25	1	ns
No bebe	1	64				8	57				15	44			
Hábitos farmacológicos de madre															
Sin medicación	13	168	1.31	1	ns	33	148	0.29	1	ns	51	112	0.79	1	ns
Con medicación	0	17				4	13				6	8			
Hábitos farmacológicos del padre															
Sin medicación	13	132	0.69	1	ns	23	122	1.31	1	ns	38	97	0.38	1	ns
Con medicación	0	7				0	7				1	5			

En resumen, en lo que respecta a las variables demográficas consideradas (Cohabitación con el padre, Educación de la madre, Educación del padre, Categorías sociales, Hábitos de Fumar de la madre y del padre, Hábitos alcohólicos de la madre y del padre, Hábitos farmacológicos de la madre y del padre) parece que estas no influyen en la depresión en el embarazo y después del parto durante el primer año de vida de un bebé, ya que no se encuentra para ninguna de ellas diferencias



estadísticamente significativas para cada uno de los três momentos evaluados (Tabla III.8). Así, en esta muestra tener o no tener depresión en el embarazo y en el período postparto no ha sido un acontecimiento que sufrió la influencia de características sociodemográficas.

### 3.5.2. Estudio de la influencia de las variables obstétricas en la ocurrencia de depresión postnatal para el total de participantes

En cuanto a la influencia de las variables obstétricas en cada uno de los periodos, los resultados, que se reportam a valores  $p$  con corrección de Bonferroni de 0.001, se presentan en la Tabla III.9.

**Tabla III.9.** Relación entre las variables obstétricas/ginecológicas y depresión para el total de participantes

Variables	Depresión Embarazo					Depresión 6 semanas					Depresión 12 meses				
			$\chi^2$	gl	p			$\chi^2$	gl	p			$\chi^2$	gl	p
	con	sin				con	sin				con	sin			
Planificación del embarazo															
Planeada	10	139	0.04	1	ns	24	125	2.22	1	ns	39	94	3.10	1	ns
No planeada	3	48				13	38				20	26			
Embarazo anterior															
Sí	10	91	3.88	1	ns	24	77	3.75	1	ns	29	60	0.01	1	ns
No	3	96				13	86				30	60			
Tipo de parto															
Eutócico	6	134	3.77	1	ns	24	116	0.57	1	ns	38	86	0.98	1	ns
Distócico	7	53				13	47				21	34			
Complicaciones postparto															
Sin complicaciones	12	182	1.05	1	ns	36	158	0.01	1	ns	57	117	0.12	1	ns
Con complicaciones	1	5				1	5				2	3			
Trabajo durante el embarazo															
Sí	10	145	0.01	1	ns	27	128	0.64	1	ns	47	92	0.44	1	ns
No	3	41				10	34				11	28			

Se puede observar (Tabla III.9) que no estuvo en ningún momento evaluada, la influencia de las variables obstétricas consideradas (Planificación del embarazo, Embarazo anterior, Tipo de parto, Complicaciones postparto, Trabajo durante el embarazo) en la manifestación de depresión en el embarazo o en el postparto. Por lo

tanto parece que podemos afirmar que las variables demográficas no interfieren con la expresión clínica de la depresión en las mujeres.

### 3.5.3. Estudio de la influencia de variables psicosociales en la ocurrencia de depresión postnatal para todos los participantes

El estudio de la influencia de variables psicosociales durante el embarazo se describe en la Tabla III.10, donde la corrección de Bonferroni considera un valor de  $p < 0.004$ .

**Tabla III.10.** Relación entre las variables psicosociales y depresión para todos los participantes

Variables	Depresión Embarazo					Depresión 6 semanas					Depresión 12 meses								
	con		sin		$\chi^2$	gl	p	con		sin		$\chi^2$	gl	p	con		sin		
Depresión previa del padre																			
Con depresión previa	1	8	0.09	1	ns	1	8	0.11	1	ns	3	6	0.12	1	ns				
Sin depresión previa	12	133				22	123				37	96							
Depresión del padre embarazo																			
Con depresión previa	3	22	0.49	1	ns	5	20	0.60	1	ns	5	19	0.77	1	ns				
Sin depresión previa	10	119				18	111				35	83							
Neuroticismo de la madre																			
Neurótico	4	27	2.48	1	ns	10	21	4.61	1	ns	17	7	17.99	1	<0.001				
Estable	9	160				27	142				42	113							
Introversión/extroversión de la madre																			
Introverso	10	111	1.46	1	ns	26	95	1.61	1	ns	34	73	0.02	1	ns				
Extroverso	3	74				11	66				23	47							
Optimismo de la madre																			
Optimista	5	110	2.06	1	ns	115	102	9.29	1	0.002	28	79	5.56	1	ns				
Pesimista	8	77				24	61				31	41							
Ansiedad materna 37 semanas																			
Sin ansiedad	6	127	2.68	1	ns	14	119	15.48	1	<0.001	28	92	16.00	1	<0.001				
Con ansiedad	7	59				22	49				31	27							
Ansiedad materna 2 semanas																			
Sin ansiedad	-	-	-	-	-	16	125	16.22	1	<0.001	32	99	16.10	1	<0.001				
Con ansiedad	-	-				21	38				27	21							
Ansiedad materna 6 semanas																			
Sin ansiedad	-	-	-	-	-	6	93	20.12	1	<0.001	17	73	16.22	1	<0.001				
Con ansiedad	-	-				31	70				42	47							
Ansiedad materna 12 meses																			
Sin ansiedad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0	4.19	1	ns				
Con ansiedad	-	-				-	-				56	120							

Resultados

**Tabla III.10.** (cont.) Relación entre las variables psicosociales y depresión para todos los participantes

Variables	$\chi^2$ gl p						$\chi^2$ gl p						$\chi^2$ gl p							
	Depresión Embarazo			Depresión 6 semanas			Depresión 12 meses			Depresión 6 semanas			Depresión 12 meses			Depresión 12 meses				
	con	sin		con	sin		con	sin		con	sin		con	sin		con	sin			
ssniT																				
Bajo	0	66	639	1	ns	66	50	034	1	ns	20	33	061	1	ns					
Alto	6	65				65	52				27	33								
ssniD																				
Bajo	5	102	136	1	ns	18	89	029	1	ns	30	65	018	1	ns					
Alto	8	83				18	73				29	55								
ssniR																				
Bajo	3	98	434	1	ns	22	79	180	1	ns	28	59	005	1	ns					
Alto	10	87				14	83				31	61								
ssniSP																				
Bajo	7	106	006	1	ns	26	87	412	1	ns	31	66	0010	1	ns					
Alto	6	79				10	75				28	54								
ssniSE																				
Bajo	8	109	003	1	ns	25	92	195	1	ns	32	70	027	1	ns					
Alto	5	76				11	70				27	50								
ssniNIAS																				
Bajo	1	65	286	1	ns	15	51	003	1	ns	23	34	007	1	ns					
Alto	5	60				14	51				24	32								
INO																				
Con impacto	8	148	166	1	ns	31	125	080	1	ns	51	88	418	1	ns					
Sin impacto	4	33				5	32				7	30								

ssniT: apoyo social total; ssni D: disponibilidad de apoyo social; ssni R: reciprocidad de apoyo social; ssni SP: soporte práctico del apoyo social; ssni SE: soporte emocional del apoyo social; ssni AS: apoyo social ante acontecimientos stresantes; INO: Impacto Negativo Objetivo

Durante el embarazo, ninguna de las variables psicosociales considerados parece tener un efecto en la ocurrencia de depresión ya que no se encuentran valores significativos (Tabla III.10).

De las variables psicosociales consideradas a las 6 semanas, parece que asume un papel importante en la ocurrencia de depresión de la madre sus características de personalidad como el optimismo  $\chi^2_{(1)}=9.29$ ,  $p=0.002$ . El hecho de tener ansiedad durante el embarazo ( $\chi^2_{(1)}=15.48$ ,  $p<0.001$ ), a las 2 semanas ( $\chi^2_{(1)}=16.22$ ,  $p<0.001$ ) y a las 6 semanas ( $\chi^2_{(1)}=20.12$ ,  $p<0.001$ ), se revelaron factores relacionados con la depresión postnatal a las 6 semanas. Por lo tanto, se observa un efecto de las variables de personalidad de la madre en la depresión postnatal en este período.

Al observarse las variables psicosociales a los 12 meses después del nacimiento del bebé, las variables que mostraron ser estadísticamente significativas fueron los

rasgos de neuroticismo ( $\chi^2_{(1)}=17.99$ ,  $p<0.001$ ); y su ansiedad durante el embarazo ( $\chi^2_{(1)}=16.00$ ,  $p<0.001$ ), a las 2 semanas ( $\chi^2_{(1)}=16.10$ ,  $p<0.001$ ), a las 6 semanas ( $\chi^2_{(1)}=16.22$ ,  $p<0.001$ ).

Como puede observarse las características personales influyen en la manifestación de la depresión en el período postparto (a las 6 semanas postparto y a los 12 meses después del nacimiento del bebé).

En cuanto a la percepción de apoyo social para las mujeres (Tabla III.11) se desprende que en la muestra el valor medio de la percepción global es 191.78 (DT=40.51). Teniendo en cuenta a las sub-escalas, aquella en que las mujeres revelan que la red proporciona más apoyo a ellas es en relación con el apoyo emocional (M=77.21, DT= 16.44) y en aquella en que demostraron una menor percepción de apoyo de la red es la sub-escala disponibilidad (M=20.79, DT=3.86).

**Tabla III.11.** Comparación de percepción de apoyo social para todas las mujeres

	N	M	DT
ssni T	198	191.78	40.51
ssni D	198	20.79	3.86
ssni R	198	40.21	7.96
ssni SP	198	39.24	8.72
ssni SE	198	77.21	16.44
ssni AS	131	21.66	16.73

ssniT: apoyo social total; ssni D: disponibilidad de apoyo social; ssni R: reciprocidad de apoyo social; ssni SP: soporte práctico del apoyo social; ssni SE: soporte emocional del apoyo social; ssni AS: apoyo social ante acontecimientos stresantes

En el análisis de **la red de apoyo social**, considerando el número de personas significativas para las madres, se observa que casi la mitad de las participantes informaron tener menos de cinco personas que consideran significativas para ellas (42.23%) y la otra mitad informó de tener más de 6 personas significativas en su red de apoyo social (53.77%) (Tabla III.12).

**Tabla III.12.** Extensión de la red de apoyo social, tipo de relación con la persona más importante e Impacto Negativo Objetivo de los acontecimientos vitales

	N	%
Nº de personas significativas		
≤ 5 personas	92	46.23
≥ 6 personas	107	53.77
Tipo de relación con la persona más importante		
Cónyuge	148	74.0
Otro miembro familiar viviendo en el hogar	35	17.50
Otro miembro familiar no viviendo en el hogar	12	6.00
Compañero de clase o de trabajo	1	0.50
Otro	2	1.00
Impacto de los Acontecimientos vitales negativos		
Sin impacto negativo objetivo	37	19.20
Con impacto negativo objetivo	156	80.80

Teniendo en cuenta las personas importantes y analizando qué tipo de relación tienen con la persona mencionada como la más importante, la gran mayoría de la muestra identifica al cónyuge (74.00%), seguido por otros elementos de la familia que vive en el hogar (17.50%). Sólo una mujer reportó un compañero de clase o de trabajo (0.50%) y sólo dos mujeres reportaron otras personas como su mayor apoyo social (1.00%) (Tabla III.12).

El número de acontecimientos vitales negativos reportados por las mujeres tiene un valor medio de 3.99. Al pormenorizar este análisis y considerar el impacto negativo objetivo de los acontecimientos (INO), se observó que 80.80% de estos acontecimientos fueron evaluados como teniendo un impacto negativo objetivo (Tabla III.12).

En cuanto al **“apoyo social total”** reportado por los dos grupos (A y B) no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, por lo que esta cifra parece revelar que, en general, no hay gran diferencia en la percepción de apoyo en el grupo de mujeres con y sin historia previa de depresión mayor en cuanto a la percepción global de su apoyo social (Tabla III.13). Sin embargo, en dos de las sub-escalas, hubo valores de percepciones significativamente diferentes en los dos grupos. En las subescalas **“soporte práctico del apoyo social”** y **“soporte emocional del apoyo social”**,

las mujeres de lo grupo B (sin historia previa de depresión) muestran una mayor percepción de satisfacción que las mujeres de lo grupo A (con historia previa de depresión mayor).

**Tabla III.13.** Comparación de la percepción del apoyo social entre las mujeres con o sin historia previa de depresión

	grupo	n	M	DT	t	gl	p
ssni T	A	73	186.89	47.41	-1.30	196	ns
	B	125	194.64	35.78			
ssni D	A	73	20.40	4.37	-1.09	196	ns
	B	125	21.02	3.52			
ssni R	A	73	38.90	9.04	-1.78	196	ns
	B	125	40.98	7.18			
ssni SP	A	73	37.08	9.26	-2.70	196	0.008
	B	125	40.50	8.16			
ssni SE	A	73	73.34	17.60	-2.56	196	0.01
	B	125	79.46	15.35			
ssni AS	A	53	23.64	16.68	1.12	129	ns
	B	78	20.31	16.73			

ssniT: apoyo social total; ssni D: disponibilidad de apoyo social; ssni R: reciprocidad de apoyo social; ssni SP: soporte práctico del apoyo social; ssni SE: soporte emocional del apoyo social; ssni AS: apoyo social ante acontecimientos stresantes; Grupo A = mujeres con antecedentes de depresión mayor; Grupo B = mujeres sin antecedentes de depresión

En cuanto al número de personas significativas de la red de apoyo social en el grupo A y B, los resultados sugieren que en estos dos grupos el número de personas significativas no es diferente cuando se considera la historia previa de depresión (Tabla III.14). Esto sugiere que más importante que el número de personas puede ser la diferenciación respecto a la percepción del tipo de apoyo social disponible (Tabla III.13).

**Tabla III.14.** Comparación de la extensión de la red de apoyo social e Impacto Negativo Objetivo de los acontecimientos vitales por grupos

	Grupo A		Grupo B		$\chi^2$	gl	p
	n	%	n	%			
Nº de personas significativas							
≤ 5 personas	37	50.00	55	44.00	0.67	1	ns
≥ 6 personas	37	50.00	70	56.00			
Impacto de los Acontecimientos vitales negativos							
Sin impacto negativo objetivo	9	12.50	28	23.14	3.30	1	ns
Con impacto negativo objetivo	63	87.50	93	76.86			

Grupo A = mujeres con antecedentes de depresión mayor; Grupo B = mujeres sin antecedentes de depresión

Cuando efectuamos la clasificación de los acontecimientos de vida negativos en acontecimientos con y sin impacto negativo objetivo, también no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.

Sobre la base de los datos de la Tabla III.15 se desprende que existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al número de acontecimientos negativos informados por las mujeres en ambos grupos. Las mujeres con historia previa de depresión mayor (grupo A) perciben un mayor número de acontecimientos negativos en sus vidas, durante el primero año de la vida de su bebé, que las mujeres sin historia previa de depresión (grupo B).

**Tabla III.15.** Nº de acontecimientos vitales negativos por grupo

	Grupo A		Grupo B	<i>p</i>
	<i>U</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>	
Nº de acontecimientos negativos	2395.50	107.01	78.18	<b>&lt;0.001</b>

Grupo A = mujeres con antecedentes de depresión mayor; Grupo B = mujeres sin antecedentes de depresión

Las diferencias con respecto a los acontecimientos vitales tienen más que ver con la percepción del mismo que con su impacto real y objetivo. Así, los datos sugieren que las madres con depresión previa tienden a percibir sus acontecimientos de vida como más negativos que las madres sin antecedentes de depresión que valoran sus acontecimientos de vida de manera más objetiva.

### **3.5.4. Estudio de la influencia de las variables hormonales en la ocurrencia de depresión postnatal para todos los participantes**

Con respecto a las variables hormonales (estrógenos, progesterona y cortisol) examinamos la variación de sus valores en función de la depresión en las primeras tres etapas de la evaluación en nuestro estudio.

Analizando el cambio en los parámetros hormonales en función de la depresión evaluada por el SADS-L a las 37 semanas de embarazo, a las 6 semanas después del parto y a los 12 meses después del nacimiento del bebé, no hay diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los momentos considerados para la muestra total (Tabla III.16), al igual de lo encontrado para los grupos A y B (Tabla III.6).

**Tabla III.16.** Cambios en los niveles hormonales en el análisis de la depresión para todos los participantes

	Estrogeneos <sup>a</sup>			Progesterona <sup>a</sup>			Cortisol <sup>a</sup>		
	<i>U</i>	<i>Mean rank</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>Mean rank</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>Mean rank</i>	<i>p</i>
SADSL 6 semanas									
Con dep. previa	2828.50	193.00	ns	2843.50	101.51	ns	2778.00	101.63	ns
Sin dep. previa		98.96			99.05			100.99	

<sup>a</sup>parámetros hormonales fueron considerados para cada vez; SADSL 6 semanas: el diagnóstico clínico realizado por el SADS-L a las 6 semanas después del parto

Los resultados sugieren que los cambios en los parámetros hormonales estudiados no ejercen influencia sobre la depresión en la muestra. Por lo que no es posible decir que los cambios hormonales que son tan específicos y tan agudos en este período particular, en la vida de una mujer, influyen en la manifestación de la depresión. Esta conclusión se extiende a las hormonas de carácter reproductivo (estrogeneos y progesterona) y al cortisol.

### 3.6. Identificación de la asociación entre la depresión de la madre y del padre en el embarazo y después del parto

La asociación entre la depresión en el embarazo y la depresión postnatal de la mujer y del hombre se estudió a través de la prueba de McNemar. La prueba de McNemar es un procedimiento estadístico no paramétrico, aplicado cuando tenemos una muestra sobre la cual queremos obtener información sobre dos variables dicotómicas para cada individuo en la muestra, y tenemos la intención de probar la



hipótesis que las probabilidades de que surjan los pares sean iguales. La hipótesis nula es que hay coincidencia de diagnóstico entre la pareja. Cuando no acepta esta hipótesis se considera o  $p \leq 0.05$ .

**Tabla III.17.** Relación entre la depresión en el embarazo y en el periodo postnatal en las parejas

	DAGM	DDGM	D6M	D12M
DAGH	$p=0.053$	$p=0.071$	$p=0.868$	$p=0.027$
DDGH	$p<0.001$	$p=0.50$	$p=0.024$	$p<0.001$
D6H	$p<0.001$	$p=0.167$	$p<0.001$	$p<0.001$
D12H	$p=0.014$	$p=0.424$	$p=0.864$	$p<0.001$

DAGM: depresión en las mujeres antes del embarazo; DDGM: depresión durante el embarazo en las mujeres; D6M: depresión a las 6 semanas en las mujeres; D12M: depresión a los 12 meses en las mujeres; DAGH: depresión antes del embarazo en los hombres; DDGH: depresión durante el embarazo en los hombres; D6H: depresión a las 6 semanas en los hombres; D12H: depresión a los 12 meses en los hombres

Al analizar los resultados de los niveles de significación con la prueba de McNemar (Tabla III.17), se observó que las asociaciones entre la depresión de las mujeres y la depresión de los hombres se produce de diferentes formas. Así, la depresión antes del embarazo de las mujeres y la depresión antes del embarazo del hombre se asocian ( $p=0.053$ ), lo que sugiere la existencia de cierta similitud entre la pareja en cuanto al inicio de la depresión antes del embarazo.

La historia previa de depresión de los hombres también se asoció con la depresión que se manifestó en la mujer durante el embarazo ( $p=0.071$ ), y a las 6 semanas del postparto ( $p=0.868$ ). Parece, pues, que se muestra claramente un efecto de la historia previa de depresión del hombre durante los períodos más cercanos al parto para las mujeres.

La depresión de la mujer durante el embarazo se asocia con la depresión del hombre a las 6 semanas ( $p=0.167$ ) y a los 12 meses postparto ( $p=0.424$ ). En consecuencia, se constata la influencia de la depresión de las mujeres durante el

embarazo, en el proceso de adaptación del hombre a su rol parental, teniendo un condicionamiento negativo.

También la depresión en las mujeres a las 6 semanas del postparto se asocia con la depresión del compañero a los 12 meses del postparto ( $p=0.864$ ). Estos resultados indican que en el plazo de un año después del nacimiento del bebé el hombre manifiesta sus síntomas depresivos cuando las mujeres estuvieron deprimidas en el período anterior, lo que sugiere que los hombres son más propensos a deprimirse después de la ocurrencia de depresión en sus parejas.

*En síntesis*, podemos concluir que existen diferentes variables que pueden influir en la depresión en las mujeres en el embarazo y después del parto (Tabla III.18).

**Tabla III.18.** Síntesis de las variables que influyen en la depresión en el embarazo y en el puerperio

37 semanas de embarazo	6 semanas postparto	12 meses postparto
<b>Variables demográficas</b>		
<b>Variables obstétricas</b>		
<b>Variables psicosociales</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia previa de depresión mayor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia previa de depresión mayor de la madre</li> <li>• Historia previa de depresión mayor del padre</li> <li>• Optimismo de la mujer</li> <li>• Ansiedad de la mujer a las 37 semanas de embarazo</li> <li>• Ansiedad de la mujer a las 2 semanas postparto</li> <li>• Ansiedad de la mujeres a las 6 semanas postparto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia previa de depresión mayor</li> <li>• Neuroticismo de la mujer</li> <li>• Ansiedad de la mujer a las 37 semanas de embarazo</li> <li>• Ansiedad de la mujer a las 2 semanas postparto</li> <li>• Ansiedad de las mujeres a las 6 semanas postparto</li> <li>• Acontecimientos con INO</li> </ul>

Como puede observarse (Tabla III.18), las variables hormonales, las variables obstétricas y demográficas no mostraron tener impacto en la experiencia depresiva de las mujeres en el embarazo o después del parto.

Sin lugar a dudas, el grupo de las variables psicosociales ha mostrado incidir en la depresión de la mujer. En este grupo, la historia previa de depresión mayor, la depresión del compañero, el neuroticismo y el optimismo de las mujeres, su ansiedad y los acontecimientos vitales con impacto negativo objetivo, mostraron ser importantes en la ocurrencia de depresión posparto de las mujeres.

### **3.7. Definición de perfiles de riesgo para la depresión en el periodo postnatal**

Uno de los objetivos de este estudio fue identificar los perfiles de riesgo para la ocurrencia de depresión postnatal en las mujeres. Después de estudiar los resultados anteriores para entender la relación entre los distintos tipos de variables consideradas y la depresión postnatal, fue posible intentar identificar las variables que pueden ser factor de riesgo.

Para cumplir con este objetivo se llevó a cabo un análisis de regresión logística binaria, ya que la variable dependiente es dicotómica (con o sin depresión, obtenidos a través del diagnóstico clínico realizado con la SADS-L).

Se utilizó el método Enter en que todas las variables introducidas tuvieran el mismo grado de importancia para evidenciar en los resultados las variables que constituyen factores de riesgo.

Según Field (2005) debemos tener mucho cuidado en la elección de las variables introducidas como posibles predictores del modelo. Ello, sugiere que cuanto

menos variables predictores se incluyan mejor es el modelo obtenido, y que estas variables pueden ser elegidas basándose en la literatura científica existente o con base en los resultados de las pruebas estadísticas realizadas en el estudio. Este fue el método adoptado aquí, por lo que en cada momento las variables seleccionadas para entrar en la predicción se destacaron en los puntos anteriores como relevantes desde el punto de vista de la significación estadística para aparición de la depresión postnatal en cada período considerado en este estudio.

Para la identificación de perfiles de riesgo para la depresión postnatal, se analizaron los resultados utilizando la regresión logística binaria. Para ello, se analizaron dos etapas distintas: a) a las seis semanas postparto, b) a los doce meses postparto.

Para definir el perfil de riesgo a las 6 semanas se consideró como variable dependiente la SADS-L a las 6 semanas postparto y como variables independientes las siguientes variables: historia previa de depresión de la mujer, depresión a las 6 semanas del hombre, dimensión “soporte práctico del apoyo social”, neuroticismo de la mujer, optimismo de la mujer y el nivel socioeconómico.

Para definir el perfil de riesgo a los 12 meses se consideró como variable dependiente la SADS-L a los 12 meses postparto y como variables independientes las siguientes variables: historia previa de depresión de la mujer, depresión a los 12 meses del hombre, neuroticismo de la mujer, ansiedad de la mujer a los 12 meses y acontecimientos vitales con impacto negativo objetivo. Los resultados obtenidos se presentan a continuación.

Después de haber llevado a cabo el análisis de regresión logística binaria se analizaron las Tablas de clasificación de casos para identificar el porcentaje de casos correctamente clasificados y se observó el valor de 88.6% a las 6 semanas postparto y el valor de 79.1% a los 12 meses postparto, que son buenos valores de referencia.

En la Tabla III.19 se muestra la prueba de razón de verosimilitudes (Test Omnibus), donde  $\chi^2(6)=40.82$ ;  $p<0.001$  a las 6 semanas después del parto y  $\chi^2(5)=43.23$ ;  $p<0.001$  a los 12 meses después el parto. Así, genéricamente, se puede concluir que hay al menos una variable independiente en el modelo con capacidad predictora sobre la variable dependiente en cada uno de estos dos momentos considerados. Lo que nos permitirá en los pasos siguientes proceder al análisis de las variables.

**Tabla III.19.** Estudio predictivo: Test Omnibus y Test de Hosmer y Lemeshow en el período postnatal

	$\chi^2$	gl	$p$
Test Omnibus			
Modelo a las 6 semanas	40.82	6	<0.001
Modelo a los 12 meses	43.23	5	<0.001
Test de Hosmer y Lemeshow			
Modelo a las 6 semanas	10.76	8	0.216
Modelo a los 12 meses	10.54	8	0.229

Con base a los valores del Test de Hosmer y Lemeshow (Tabla III.19) podemos observar que  $\chi^2_{HL(8)}=10.76$ ,  $p=0.216$  a las 6 semanas postparto y  $\chi^2_{HL(8)}=10.54$ ,  $p=0.229$  a los 12 meses postparto, por lo que podemos concluir que los valores estimados en el modelo se aproximaron a los valores observados en cada momento. Es decir que los modelos se ajustan a los datos.

Analizando los datos a las *6 semanas postparto* (Tabla III.20), de acuerdo con el test de Wald, la historia previa de depresión de la mujer ( $\chi^2_{Wald(1)}=11.71$ ,  $p=0.001$ , OR=17.28), la depresión del hombre a las seis semanas ( $\chi^2_{Wald(1)}=11.47$ ,  $p=0.001$ , OR=108.40) y el optimismo de la mujer ( $\chi^2_{Wald(1)}=3.94$ ,  $p=0.047$ , OR=0.84) son variables significativas que predicen la depresión postparto en la mujer.

Analizando los datos a los *12 meses del postparto* (Tabla III.20), de acuerdo con el test de Wald, la historia previa de depresión de la mujer ( $\chi^2_{Wald(1)}=13.86$ ,  $p<0.001$ , OR=6.96), la depresión a los 12 meses del hombre ( $\chi^2_{Wald(1)}=8.59$ ,  $p=0.003$ , OR=8.01) y el neuroticismo de la mujer ( $\chi^2_{Wald(1)}=4.60$ ,  $p=0.032$ , OR=1.15) son las variables

significativas en el modelo, que predicen la probabilidad de depresión postparto en la mujer.

**Tabla III.20.** Modelo predictivo de regresión logística binaria de la depresión en el periodo postnatal

	$\beta$	DT	Wald	p	OR	IC95%
<b>VARIABLES A LAS 6 SEMANAS</b>						
Historia previa de depresión de la mujer	2.85	0.83	11.71	0.001	17.28	[3.38;88.35]
Depresión a las 6 semanas del hombre	4.69	1.38	11.47	0.001	108.40	[7.20;1631.98]
Apoyo social practico de la mujer	-0.02	0.04	0.26	0.610	0.98	[0.92;1.05]
Neuroticismo de la mujer	-0.08	0.07	1.25	0.264	0.92	[0.80;1.07]
Optimismo de la mujer	-0.18	0.09	3.94	0.047	0.84	[0.70;0.99]
Nivel socio-económico	0.11	0.32	0.12	0.733	1.12	[0.59;2.10]
Constante	0.32	2.33	0.02	0.891	1.37	
<b>VARIABLES A LOS 12 MESES</b>						
Historia previa de depresión de la mujer	1.94	0.52	13.86	<0.001	6.96	[2.51;19.34]
Depresión a los 12 meses del hombre	2.08	0.71	8.59	0.003	8.01	[1.99;32.17]
Neuroticismo de la mujer	0.14	0.07	4.60	0.032	1.15	[1.01;1.30]
Ansiedad de la mujer a los 12 meses	-0.19	0.12	2.43	0.119	0.83	[0.65;1.05]
INO de la mujer	0.93	0.72	1.67	0.196	2.54	[0.62;10.45]
Constante	-2.26	2.08	1.18	0.277	0.10	

$R^2_{6 \text{ semanas}}=0.253$  (Cox & Snell), 0.452 (Nagelkerke);  $R^2_{12 \text{ meses}}=0.285$  (Cox & Snell), 0.426 (Nagelkerke);  
INO: Impacto Negativo Objetivo

Así que en el período inmediatamente después del parto (6 semanas postparto) y el período posnatal tardío (12 meses postparto) se encontraron la historia previa de depresión de la mujer y la depresión del hombre como factores de predicción y una característica de personalidad distintiva para cada uno de estos períodos.

A las 6 semanas del postparto, el riesgo de depresión postnatal es mayor en las mujeres que tienen historia previa de depresión y cuyos maridos también se deprimen. Durante este período, además de estos dos factores de riesgo, el optimismo de la mujer emerge como un factor protector de ocurrencia de depresión postnatal.

A los 12 meses del postparto, el riesgo de depresión postnatal es mayor en las mujeres que tenían historia previa de depresión y cuyos maridos también se deprimen a los 12 meses de postparto, así como en las mujeres neuróticas. En este período, no surgió ningún elemento de protección.

Lo que podemos encontrar de común en estos periodos es que la historia previa de depresión de la mujer ha demostrado ser un importante factor de riesgo a las 6 semanas y a los 12 meses postparto. También es común el hecho de que en cada

momento se evidenció como un factor de riesgo la depresión de la mujer simultánea con la del compañero.

Sin embargo, la personalidad de la mujer también tiene un papel importante en la ocurrencia de depresión postnatal ya que ser optimista puede protegerla de depresión postnatal a las 6 semanas postparto; y a los 12 meses, el riesgo de depresión postnatal aumenta si se tiene una personalidad neurótica.





## **IV.CONCLUSIONES**

En este capítulo se presentan las conclusiones de los resultados obtenidos, que pueden derivarse del presente trabajo. Así, se presentarán las conclusiones referentes a cada uno de los objetivos y sus respectivas hipótesis (planteadas en el capítulo II), con la finalidad de aportar una mayor claridad al estudio de las relaciones encontradas y analizar sus posibles consecuencias, teniendo como referencia la síntesis de la literatura realizada en los capítulos anteriores.



## IV. CONCLUSIONES

**Objetivo 1:** Determinar la incidencia y la prevalencia de la depresión postnatal en diferentes momentos en el embarazo y en el postparto.

**Hipótesis 1.1.:** La incidencia y la prevalencia de la depresión postnatal aumentan en el período postparto.

Comenzamos hablando de los resultados sobre la incidencia y prevalencia de la depresión en el embarazo y en el postparto. En esta muestra, la incidencia de mujeres deprimidas en cada momento se evaluó con base a la entrevista psiquiátrica, y los resultados mostraron que su nivel más alto se encuentra en los doce meses del postparto. Cuando se realiza un estudio longitudinal como este, se ha podido comprobar que un año después del nacimiento la depresión postnatal toma valores muy altos. Quizás sea reflejo del cansancio acumulado de más de doce meses de cuidar el bebé.

La incidencia, como en otros estudios, es alta, siendo en nuestra muestra, ligeramente más alta que la media reportada por algunos autores, lo que nos hace suponer que los 12 meses del postparto siguen siendo un momento de alto riesgo para la manifestación de depresión postnatal en las mujeres. Así, cuando reflexionamos sobre la intervención en esta cuestión, debemos considerar un período prolongado de tiempo para que podamos hacer un seguimiento efectivo de las madres. Asumir el período de ocurrencia de la depresión postnatal sólo en los primeros meses después del nacimiento del bebé puede no ser suficiente, tal como también habían concluido Kalra y Einarson (2006) y Lobato et al. (2011). Es entonces necesaria la planificación de acciones de intervención de carácter longitudinal. Es decir, que es necesario apoyar a las madres en el período postparto inmediato en muchas cuestiones relacionadas con

la construcción del rol maternal así como apoyarlas en las cuestiones de orden práctico relacionadas con el cuidado del bebé. Pero, si no se sigue apoyando a estas madres por más tiempo pueden volver los problemas y pueden surgir muchas más dudas y dificultades que nunca tuvieron la oportunidad de solucionar. Un año después del nacimiento del bebé las madres continúan expresando una elevada sintomatología depresiva. Probablemente, por una parte, debido a la falta de una supervisión eficaz durante todo el período que lo precedió. Y, en segundo lugar, debido a nuevos problemas que surgen y nuevas preguntas que se colocan ante la próxima fase de desarrollo del bebé. Esto puede llevar a las madres a repensar su papel lo que tiene como resultado una mayor vulnerabilidad y el desarrollo de un trastorno de depresión mayor.

**Objetivo 2:** Estudiar la influencia de la historia previa de depresión mayor en la depresión postnatal y en la sintomatología depresiva y ansiosa en los diferentes momentos evaluados.

La historia psiquiátrica previa, ha sido reportada como una variable importante a tener en cuenta al estudiar la depresión postnatal (Seimyr et al., 2004; Perren, Wyl, Bürgin, Simoni & Klitzing, 2005) y ha sustentado la definición de los principales objetivos de nuestro estudio. Los resultados, confirman que la historia psiquiátrica previa es una variable importante en la manifestación de depresión postnatal. De hecho, en las mujeres con historia previa de depresión mayor se diagnosticaron en número estadística y significativamente superior la depresión postnatal y la sintomatología depresiva y ansiosa.

**Hipótesis 2.1.:** Las mujeres con historia previa de depresión mayor tienen mayor incidencia y prevalencia de depresión postparto que las mujeres sin historia previa de depresión.

El análisis de los resultados, mostró que las mujeres con historia previa de depresión mayor, tienen mayores tasas de incidencia y prevalencia de depresión en el embarazo y en el postparto. Esto nos permite decir que la historia previa de depresión mayor en las mujeres es un factor de riesgo para la depresión en el embarazo y para la depresión postnatal, en la misma secuencia de datos que se observaron en otros estudios (Bowen et al., 2009; Luke et al., 2009; Matthey, 2009; Séjourne et al., 2011). Estos resultados sugieren que una evaluación psicológica que permita realizar un diagnóstico clínico de depresión previa de las mujeres puede ser importante. Por lo tanto, por un lado podría ser hecho el acompañamiento precoz y en segundo lugar el seguimiento longitudinal de las mujeres con depresión previa y que están embarazadas, minimizando así el impacto de la depresión postnatal en todos los actores sociales involucrados.

Como la incidencia y prevalencia aumentaron durante todo el período de evaluación considerado, reforzamos la importancia de acompañar a estas madres longitudinalmente. Ya que este trastorno no es de remisión espontánea. Pueden incluso los casos de depresión postnatal persistir durante largos períodos lo que afecta a la calidad de vida, desarrollo y al bienestar psicológico y físico de las madres, de los bebés y del resto de la familia.

**Hipótesis 2.2.:** Las mujeres con historia previa de depresión tienen mayor sintomatología depresiva en el embarazo y después del parto que las mujeres sin historia previa de depresión.

Como fue nuestra intención evaluar la evolución de la sintomatología depresiva en los primeros 12 meses postparto, se consideró importante realizar un estudio de medidas repetidas de la sintomatología. Esto se realizó para asegurar que los efectos que se han encontrado en los diferentes momentos no se deben a la existencia de otras variables sino a la propia sintomatología depresiva y ansiosa.

En el análisis efectuado en la muestra total y en cada grupo (A y B), el estudio comparativo de evolución de la sintomatología depresiva confirma que en realidad podemos encontrar una diferencia a lo largo de los 12 meses de vida de las mujeres después del parto. Esto sugiere la existencia de diferencias en la vivencia de este tipo de síntomas, dependiendo de la historia previa de depresión mayor, tal como también señalaron Howell et al. (2009).

Cuando estudiamos la relación entre el diagnóstico clínico de depresión (evaluado por el SADS-L) y la sintomatología depresiva (evaluada por el EPDS), se llegó a la conclusión de que en las mujeres con historia previa de depresión mayor se diagnostica un mayor porcentaje, cuyo valor es estadísticamente significativo, de depresión y de sintomatología depresiva. La evaluación de la depresión por la entrevista clínica y la evaluación de la sintomatología depresiva mediante un cuestionario de autoinforme, evidenciaron resultados corroborantes entre sí. Estos resultados refuerzan, en nuestra opinión, la importancia de la historia previa de depresión de una mujer que está embarazada y que está en su primer año de adaptación al proceso de maternidad, como sugieren Bussel et al. (2009) y Lanes et al. (2011).

Por lo tanto, teniendo en cuenta los resultados y como ya se indicó, sería importante incluir en las evaluaciones periódicas que se producen durante el embarazo, el estudio de la historia psiquiátrica previa de la mujer. De la misma forma que se han definido parámetros hormonales y físicos a evaluar a lo largo del período de embarazo es fundamental asumir que la evaluación de antecedentes psiquiátricos también debe ser incluida. Este comportamiento preventivo podría estar asociado a

medidas de acompañamiento de las madres desde el comienzo del embarazo y debería mantenerse después del nacimiento del bebé. En el Reino Unido, esto ya está asumido como una medida clave para mantener un buen equilibrio tanto para la madre como para el bebé.

**Hipótesis 2.3.:** Las mujeres con la historia previa de depresión mayor tienen mayor sintomatología ansiosa en el embarazo y después del parto que las mujeres sin historia previa de depresión.

En el período postnatal, la ansiedad de la mujer resultó ser un factor determinante en asociación con la depresión. Estos resultados corroboran los obtenidos por Hart y McMahon (2006), que en su análisis de regresión la ansiedad estado y rasgo representaron 25% de la variación en las preocupaciones maternas con la maternidad. La ansiedad debe ser tomada como un trastorno importante en el período postnatal. Para Brockington, Macdonald y Wainscott (2006), esta debe ser evaluada en el periodo prenatal y en el periodo postnatal. Después del parto, los temores generales relacionados con la salud y la seguridad del bebé dan lugar a la ansiedad y esta ansiedad debe evaluarse para determinar si llega a límites patológicos, con todas las consecuencias que se pueden asociar. También Giakoumaki, Vasilakos, Lili, Skouroliakou y Liosis (2009), en un estudio de evaluación del papel de la ansiedad materna durante el puerperio, llevado a cabo en Grecia encontraron que los síntomas de ansiedad, además de ser muy comunes, tienden a persistir por lo menos hasta los 3 meses después del parto en comorbilidad con síntomas depresivos.

En un estudio que analiza la evolución de los síntomas de la depresión y la ansiedad Moss, Skouteris, Wertheim, Paxton y Milgrom (2009) observaron que los síntomas depresivos y de ansiedad muestran estabilidad a lo largo de un período de 12

meses después del parto. También señalaron que la ansiedad predice un aumento de síntomas depresivos desde los últimos meses del embarazo al postparto.

En síntesis, con respecto a la sintomatología depresiva y ansiosa estas se han mostrado en todos los momentos evaluados, superiores en las madres con antecedentes de depresión mayor. Esto pone de relieve no sólo la importancia de considerar la evaluación de la historia previa de depresión de la mujer embarazada, como ya se ha señalado, sino también refuerza los resultados de otros estudios que encuentran una relación de co-morbilidad entre la depresión y la ansiedad durante el embarazo y después del parto, como por ejemplo, refieren Woolhouse, Brown, Krastev, Perlan y Gunn (2009) y Coelho, Murray, Royal-Lawson y Cooper (2011).

**Objetivo 3:** Estudiar la influencia de la historia previa de depresión mayor con la ocurrencia de depresión postnatal dependiendo de las variables hormonales.

**Hipótesis 3.1.:** La aparición de la depresión postnatal en el grupo de mujeres con historia previa de depresión mayor se asocia con aumento de los niveles de cortisol, y progesterona y disminución de los niveles de estrógeno cuando se comparan con el grupo de mujeres sin historia previa de depresión.

Suponiendo la posible influencia de la historia previa de depresión mayor, se procedió a su estudio teniendo en cuenta las variables hormonales en los dos grupos.

Al contrario de otros estudios (ex: Taylor et al., 2009) no se encontraron diferencias significativas en los parámetros hormonales estudiados. Tal como aboga Steiner (2006), no hay conclusiones unificadoras en cuanto a la influencia de los



factores hormonales que permitan emprender acciones de diagnóstico, terapéuticas, de pronóstico o de prevención. Más que los cambios hormonales en sí, pueden ocurrir reacciones intrínsecas anormales a algunos de los cambios hormonales en algunas mujeres. Sin embargo, al igual que en otro estudio (King et al. 2010), los resultados que se obtuvieron no indicaron diferencias inherentes a los factores hormonales para cada grupo. Esto no significa, a nuestro juicio, que los factores hormonales pueden ser excluidos como posibles factores explicativos. Significa que queda por explicar el papel de las fluctuaciones hormonales en este período particular de la vida de las mujeres.

Por lo tanto, no podemos confirmar la importancia de los factores hormonales en la aparición de la depresión postnatal y, por tanto, es necesario estudiar esta relación con más profundidad.

**Objetivo 4:** Estudiar la influencia de las variables hormonales, demográficas, obstétricas/ginecológicas y psicosociales en la depresión postnatal.

Los factores de diferenciación que nosotros encontramos, relativos a las mujeres con y sin depresión postnatal, se encuentran principalmente en el ámbito psicosocial y clínico.

Dado que en este estudio se han incluido diferentes tipos de variables se consideró importante evaluar las diferencias en la sintomatología depresiva en su función para la muestra total.

**Hipótesis 4.1.:** La depresión en el embarazo y en el postparto está influenciada por las variables demográficas.

Con respecto a la depresión, las variables demográficas no revelaron diferencias estadísticamente significativas en su ocurrencia. Sin embargo, a pesar de que las diferencias no fueron estadísticamente significativas, las mujeres que cohabitan con el padre del bebé revelaron menos sintomatología depresiva, lo que hace suponer, como informan otros estudios que el apoyo social y más específicamente del compañero es un factor importante en el proceso de adaptación a la maternidad (ex: Satoh et al., 2009). La presencia del compañero parece ser extremadamente importante para que las madres tengan con quien compartir preguntas, a quien pedir ayuda inmediata sea esta de naturaleza emocional sea de naturaleza instrumental.

Las restantes variables demográficas parecen tener un efecto muy débil en las mujeres de la muestra, lo que nos hace suponer que no serán el tipo de variables más influyentes en la depresión postnatal.

**Hipótesis 4.2.:** La depresión en el embarazo y en el postparto está influenciada por las variables obstétricas.

En el campo de las variables obstétricas, también ninguna resultó importante en la diferenciación de la ocurrencia de depresión. Aunque no sea estadísticamente significativa la diferencia, con respecto al embarazo anterior, la mujer que había estado embarazada y tenía otro(s) hijo(s), revela diferencias en cuanto a la depresión a las 37 semanas de embarazo al contrario de lo que fue encontrado por Satoh et al. en 2009. A las 37 semanas de embarazo las mujeres con embarazo previo estaban más deprimidas. Probablemente porque tenían miedo de ser incapaces de conciliar el cuidado del bebé que venía con los cuidados que tenían que seguir prestando al lo(s) hijo(s) que ya tenían. También pueden posiblemente tener miedo de dar a luz, una experiencia que encontraron antes y que puede provocar el temor de que algo pueda

ir mal durante el parto, dejando a lo(s) hijo(s) indefenso(s). En contacto directo con las madres tuvimos la oportunidad de ver que se trataba de un miedo que a menudo espresaron. Las madres informaron estar afectadas con anterioridad por todas las exigencias que sabían, por experiencia, que estaban relacionadas con el cuidado de un recién nacido y con todos los requisitos, que también sabían por experiencia, que los niños que ya tenían necesitaban. El anticipo de estas necesidades tan diferentes, preocupaba a las madres lo que puede ser fuente de ansiedad y depresión.

En los períodos posteriores de la evaluación hecha en este estudio, esta variable no manifestó tener importancia, lo que sugiere que las mujeres han encontrado estrategias de conciliación y resolución de los problemas o dificultades encontrados.

**Hipótesis 4.3.:** La depresión en el embarazo y en el postparto está influenciada por las variables psicosociales.

Las variables estudiadas por nosotros, que resultaron estar relacionadas con la depresión fueron las variables del grupo que se definió como psicosociales. De estas, las que han demostrado ser influyentes fueron la historia previa de depresión, la ansiedad, el neuroticismo, el optimismo, el apoyo social y los acontecimientos vitales con impacto negativo objetivo.

Ahora vamos a hablar de la influencia del *neuroticismo* de la mujer que mostró una asociación estadísticamente significativa con la depresión postnatal. Las madres neuróticas están más deprimidas, y con sintomatología depresiva clínicamente significativa. Estos resultados coinciden con los de Bussel et al. (2009) para quien el neuroticismo mostró tener una asociación positiva con los valores de la sintomatología depresiva. Por lo tanto, consideramos que la personalidad de la madre, y en este caso

particular, los rasgos neuróticos, juegan un papel importante en la ocurrencia de sintomatología depresiva y de depresión postnatal. Dudley et al. (2001) señalaron que incluso la depresión postnatal en el primer año de vida de un bebé se explica principalmente por el neuroticismo. Las mujeres neuróticas, tienden a ver la realidad de manera diferente de las mujeres estables. El neuroticismo como rasgo de personalidad se asocia con la tendencia a valorar los acontecimientos negativos, dificultad en la búsqueda de soluciones para resolver los problemas cotidianos, y dificultad en aceptar la ayuda y la creación de una red de apoyo social. Bussel et al. (2009) también concluyeron que el neuroticismo está asociado con un aumento en los síntomas depresivos y ansiosos durante el embarazo y el postparto. Con estas características asociadas al neuroticismo, fácilmente se concluye que la sintomatología depresiva y la depresión se pueden manifestar con mayor facilidad, en las mujeres más neuróticas (Gelabert et al., 2011). Para las mujeres neuróticas, las exigencias inherentes al cuidado del bebé parecen más insuperables. Estas mujeres también tienen dificultades para equilibrar las necesidades personales con las necesidades del bebé, por lo que se sienten menos capaces de hacerlo. Esto crea un círculo vicioso de interpretación y sentimientos negativos de incapacidad, lo que puede originar un aumento en los síntomas depresivos. La capacidad de ajustar los objetivos personales para esta fase de transición particular aumenta el bienestar de la mujer lo que no sucede cuando las mujeres son neuróticas.

El *optimismo* también ha demostrado ser un rasgo de personalidad importante en la depresión postnatal. Los resultados indican que las mujeres con antecedentes psiquiátricos son menos optimistas. Las mujeres deprimidas tienen una lectura menos positiva de la realidad. El optimismo está asociado con niveles más bajos de depresión al contrario del neuroticismo. Por lo tanto, estamos hablando de dos rasgos de personalidad que se describen en la literatura como antagónicos y que, en esta muestra, también se comportan de manera distinta entre sí. Para Alkar y Gençöz

(2005) el optimismo también se reveló asociado negativamente con la depresión postnatal.

El optimismo ha demostrado ser, una variable importante, ya que se asocia negativamente con la depresión y con el neuroticismo anterior de la madre. Como se describe en Aspinwall, Richter y Hoffman III (2001), el optimismo está asociado con una mayor flexibilidad de los procesos cognitivos que a su vez puede facilitar la adaptación exitosa a nuevas situaciones. Sin embargo, el optimismo parece conferir resistencia al desarrollo de síntomas de depresión después del nacimiento del bebé (Churchill & Davis, 2010).

El *apoyo social* ha sido identificado como un importante mediador en la relación de las personas con los acontecimientos de vida (Seimyr et al., 2004). En este estudio, se investigó de que forma el apoyo social se relaciona con la depresión, y se obtuvieron resultados que revelan la existencia de relación entre dos dimensiones del apoyo social (“soporte emocional del apoyo social” y “soporte práctico del apoyo social”). La depresión durante el embarazo es mayor cuando hay menos percepción relativa del apoyo social, menor percepción de soporte emocional y menos apoyo social práctico (Bielinski-Blattman et al., 2009; Reid et al., 2009). Estas dimensiones sugieren que para las mujeres es importante el apoyo obtenido por su red de apoyo social en su dimensión emocional y operacional. Es decir, si la mujer siente como gratificante el apoyo que recibe, tiende a sentirse menos deprimida. Así, parece ser importante el apoyo recibido y proporcionado permitiendo el intercambio de afecto positivo y negativo con los más cercanos a ella. La dimensión apoyo practico tomó un papel importante, tal vez porque en esta fase la madre tiene necesidad de sentir que su red proporciona soporte para el manejo de tareas de carácter operativo con las cuales se enfrenta y a las que tiene necesidad de responder con eficacia. Esta necesidad que la madre tiene que responder a las exigencias inherentes al cuidado de los niños puede ser más fácil, si hay apoyo de los demás.

Respecto a los *acontecimientos vitales con impacto* negativo, las mujeres con historia previa de depresión tienen un mayor número de acontecimientos vitales con impacto negativo durante el primer año de vida de su bebé (Seimyr et al., 2004). Generalmente se postula que las personas deprimidas examinan la vida de una manera negativa, sin conseguir vivir el lado positivo y de que a menudo no se dan cuenta que existe. Al analizar la influencia de la existencia de acontecimientos vitales con un impacto negativo en el último año, constatamos que existen diferencias estadísticamente significativas entre las madres con sintomatología depresiva en cuanto a los acontecimientos con un impacto moderado y severo, cuando se comparan con las madres sin acontecimientos con impacto moderado y severo. Así llegamos a la conclusión de que acontecimientos de vida por sí solos pueden influir en la expresión de la sintomatología depresiva.

**Hipótesis 4.4.:** La depresión está influenciada por los cambios en los niveles de cortisol, estrogeneos y progesterona.

En esta hipótesis, se defendió que la ocurrencia de la depresión en las mujeres estaría influenciada por los cambios hormonales. Sin embargo, los datos indicaron que no existen diferencias con respecto a los parámetros hormonales en las mujeres con depresión en comparación con las mujeres sin depresión. Aunque otros estudios sugieren esta asociación (ex: Evans et al., 2008; Juruena et al., 2009; Taylor et al., 2009) los datos de este estudio no confirman esta relación.

Por lo tanto consideramos que esta área debe estudiarse más a fondo, por ejemplo, en busca de otros posibles factores biológicos como sugieren Segman et al.

(2010), o buscar otra manera de considerar la influencia de factores hormonales en la ocurrencia de la depresión postnatal.

**Objetivo 5:** Estudiar la asociación entre la depresión de las madres y sus compañeros durante el embarazo y el puerperio.

**Hipótesis 5.1.:** La depresión en las mujeres está influenciada por la ocurrencia de la depresión en sus compañeros (y viceversa), considerada la pareja como un sistema.

Dado que este estudio se llevó a cabo en un equipo más amplio donde además de las variables relacionadas con las mujeres también se examinaron, variables relacionadas con el hombre, se optó por estudiar la asociación de depresión en el embarazo y en el período posnatal de la mujer con la pareja. Al analizar los datos de la relación de depresión entre la pareja, parece que esta ya es evidente entre ellos en el período anterior al embarazo. Esto nos lleva a pensar si hay una tendencia de estilo de procesamiento cognitivo en personas con depresión, que hace que se sientan mejor con las personas que tienen un estilo de procesamiento similar a su realidad (también depresivo). Así, la asociación entre historia previa de depresión del hombre y de la mujer permite poner de relieve una vez más la influencia que la historia psiquiátrica previa puede ejercer (Rahman & Creed, 2007).

La historia previa de depresión del hombre también se manifestó importante para la depresión postnatal en las mujeres, ya que durante el embarazo y a las seis semanas postparto, reveló su influencia. Interesante es también el hecho de que la depresión del hombre se asocia con la depresión de la mujer, tal como concluyeron Wee et al. (2011). Hombres cuyas esposas se deprimieron tienen más probabilidad de

deprimirse a los 12 meses del postparto, lo que apoya el argumento de que es importante hacer el seguimiento de la mujer durante un largo período que no debe limitarse al período postparto inmediato. También en Melrose (2010) y en Mao, Zhu y Su (2011) la depresión del hombre se asocia con la depresión de la compañera. Estos datos señalan la importancia de considerar la pareja como un sistema familiar en estrés cuando nace un bebé, por lo que es importante incluir a ambos padres en los programas de intervención como por ejemplo, sugiere Barnes (2006).

Así, sería importante con respecto a la evaluación de los antecedentes psiquiátricos que esta se dirigiese no sólo a las mujeres, sino también a los hombres, teniendo en cuenta la familia en su conjunto, desde el inicio de la construcción de la nueva dinámica familiar asociada al nacimiento del hijo.

**Objetivo 6:** Identificar los perfiles de riesgo de la depresión postnatal.

**Hipótesis 6.1.:** Las variables de personalidad y psicosociales pueden estar asociadas a la depresión postnatal, pudiendo ser factores de riesgo.

Tras el análisis detallado de estos datos, se realizó un estudio de factores de riesgo asociados con la depresión postnatal para identificar perfiles de riesgo de ocurrencia de la depresión postnatal. Para el análisis de los perfiles de riesgo se tuvo en cuenta el período de 6 semanas y el periodo de 12 meses después del parto. A través de las diferentes pruebas realizadas, se verificó que, además de la existencia de similitudes también se produjeron especificidades de cada momento, tal como ocurrió en los estudios de Bunevicius et al. (2009) y Oppo et al. (2009) en que hubo factores que indicaron como los predictores en el embarazo, mientras que otros tomaron una especificidad de acuerdo con el trimestre evaluado.



En este estudio, a las 6 semanas postparto, los factores de riesgo fueron la historia previa de depresión mayor en las mujeres y co-ocurrencia depresiva de la pareja. Así que a las 6 semanas del postparto, las variables que se incluyen como componentes del perfil de riesgo para la depresión postnatal están todas relacionadas con la depresión en sí. Montgomery et al. (2009), estudiaron la importancia de la componente psicológica del compañero en las mujeres con depresión postnatal y observaron que la disponibilidad física y emocional de su compañero resulta ser un pilar importante para el reequilibrio de la mujer.

Sin embargo, en este estudio, al analizar el perfil de riesgo a los doce meses, las variables asociadas con la depresión previa son también muy importantes. A los 12 meses, también se observa la influencia del neuroticismo en la depresión postnatal. El Neuroticismo conduce a una interpretación errónea de la realidad, que también lleva a la depresión.

El optimismo demostró ser un factor protector para la depresión postnatal a las 6 semanas, por lo que se hipotiza que tiene su papel al asociarse a la perseverancia para hacer frente a los acontecimientos vitales.

A modo de resumen, del análisis de perfiles de riesgo, nos gustaría poner de relieve la especial importancia que la historia previa de depresión tiene. Así que incluso si hay otras variables, se supone que esta debe ser especialmente controlada cuando se hace el seguimiento de las mujeres embarazadas.

**Objetivo 7:** Validar el cuestionario Social Support Network Inventory (SSNI) en población portuguesa.

**Hipótesis 7.1.:** Para la población portuguesa el SSNI tiene las mismas propiedades psicométricas del estudio original.

Teniendo en cuenta, como ya se explicó, los datos sobre los padres y madres, se procedió a la validación del SSNI para la población portuguesa. Los resultados mostraron que en la población portuguesa las propiedades psicométricas siguen siendo las mismas que en el estudio original de Flaherty et al. (1983). Así, este instrumento puede utilizarse en Portugal para la evaluación no sólo del apoyo social total sino también para especificar las diferentes dimensiones que puede tomar.

**En resumen,** podemos decir que existen variables psicosociales (historia previa de depresión, ansiedad, neuroticismo, apoyo social y acontecimientos vitales con impacto negativo objetivo), que se asocian con aumento de la depresión en el embarazo y en el período posnatal. Los resultados de estas variables, están de acuerdo a las aportaciones señaladas en la revisión de la literatura, lo que sugiere que deben ser exploradas durante el seguimiento de las mujeres que tuvieron un hijo. Ross et al. (2004) al desarrollar un modelo biopsicosocial para explicar la depresión postnatal, llegaron a la conclusión de que es importante tener en cuenta las variables biológicas y psicosociales en el análisis de los trastornos del estado de ánimo asociados con el parto.

Otra cuestión que podría plantearse en relación con el tipo de diagnóstico que se lleva a cabo en el sistema de salud, como abogan Goodman y Tyer-Viola (2010), es que el número de casos diagnosticados por los médicos es más bajo que los que realmente ocurren. Le, Perry y Sheng (2009), utilizaron Internet para hacer el diagnóstico de depresión postnatal, dando lugar, para estos autores, a la convicción de que esto podría ser un buen vehículo para el diagnóstico, lo que permitiría un acceso más fácil a un mayor número de mujeres con los síntomas depresivos.

Debido a la existencia de varios factores asociados con la depresión postnatal, es importante que su estudio se detalle ya que las consecuencias se extienden a todo el sistema familiar y social.

## **V.DISCUSIÓN**

En este apartado se hace una reflexión general sobre las relaciones encontradas en este estudio, analizándose sus implicaciones para la práctica y reflexionando sobre sus aportaciones y limitaciones.



## V. DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo contribuir a la mejor comprensión de la relación entre la depresión postnatal y algunas variables sociodemográficas, psicosociales, obstétricas/ginecológicas y hormonales.

Tras la realización de este trabajo fue, sin embargo, posible sugerir alguna relación entre los factores psicosociales y depresión postnatal. Entre estos se destacan los antecedentes psiquiátricos de la mujer y el neuroticismo de las mujeres, como posibles desencadenantes de este proceso. O por lo menos como factores de riesgo que deben ser evaluados en los sistemas de seguimiento existentes para las mujeres embarazadas y en el periodo cercano al nacimiento del hijo.

Como protector de la depresión postnatal, surge el optimismo, que en este estudio se relaciona con la depresión postnatal de forma negativa. Propuestas de intervención podrían tener en cuenta la necesidad de desarrollar este rasgo de personalidad estimulando a las mujeres la posibilidad de observar el mundo de forma positiva.

Este estudio pone de manifiesto que la depresión postnatal tiene una etiología diversa, pero que los principales factores desencadenantes, probablemente se encuentran en el contexto personal y social. Es importante con estos conocimientos, estimular nuevos estudios para comparar los datos de la población portuguesa. A partir de ahí, nuevas enseñanzas podrán ser observadas, por lo que al igual que en otros países, tendría que ser posible comenzar a desarrollar un cuerpo estructurado de conocimientos que a su vez puede conducir a la planificación de acciones concretas a desarrollar.

La incidencia y prevalencia de trastornos es alta, y como no existe consenso en las estrategias de intervención, es urgente al menos crear mecanismos de activación para plantear esta cuestión para el debate en los equipos de salud y también en la

población general. Se debe promover un reconocimiento temprano de la depresión postnatal de forma que sea posible proponer estrategias de intervención ajustadas a cada caso, evitando que sus consecuencias tengan un impacto en todo el sistema familiar.

Al analizar cuáles son las principales implicaciones clínicas de este trabajo podemos decir que consideramos importante asumir que la identificación precoz de la depresión postnatal puede ayudar al equipo de salud a promover intervenciones oportunas a fin de minimizar los impactos negativos sobre los diversos actores sociales involucrados.

Debido a que el EPDS revela una buena sensibilidad podría ser utilizado como un instrumento para el examen inicial de los síntomas depresivos y cuando se detectasen casos de riesgo deberían ser remitidos para el diagnóstico clínico a realizar por un psicólogo o un psiquiatra, que podría llevar a cabo una entrevista psiquiátrica para la profundización de la situación.

Otra implicación que en nuestra opinión es extremadamente importante es la existencia de síntomas depresivos un año después del parto. Este hecho, sugiere la necesidad de reconsiderar una política diferente para prevenir las consecuencias que van más allá del período postnatal inmediato.

Reflexionando sobre las principales aportaciones de este trabajo para el cuerpo de los conocimientos científicos existentes sobre el tema, cabe señalar que es el único estudio realizado en Portugal, que evalúa de manera tan completa el problema planteado. Concretamente se evaluaron longitudinalmente dimensiones que están relacionadas con la depresión postnatal (las variables sociodemográficas, psicosociales, obstetricias/ginecológicas y hormonales). En particular, el nivel hormonal con un número tan grande de participantes con evaluación en tres momentos distintos y en tres parámetros hormonales diferentes (estrógenos, progesterona y cortisol). Este hecho, es sin duda, una aportación importante al relacionarse diferentes niveles de variables en diferentes momentos, siguiendo la lógica del estudio longitudinal.

Otra importante aportación es el hecho de que se ha evaluado la depresión postnatal con base al diagnóstico clínico realizado por un psicólogo y al mismo tiempo se evaluó la sintomatología depresiva con medidas de autoinforme. Así, se señala que recurrir a la entrevista clínica (SADS-L) fue un factor distintivo de gran importancia al permitir el diagnóstico por un profesional de la salud.

Ya que fue un estudio promovido como parte de un equipo, también nos ha permitido seleccionar los datos relacionados con el padre del bebé, reforzando la importancia de estudiar la depresión postnatal hacia una perspectiva multidimensional y multisistémica. Es decir, que no se puede ver la depresión postnatal sólo desde el punto de vista de las mujeres, sino también bajo la influencia y la interacción con su compañero. Es de resaltar que en este estudio, el hombre fue acompañado también longitudinalmente, en los mismos períodos de evaluación diseñados para las mujeres. Esta metodología ha permitido estudiar como interactúan entre sí cuanto hay una historia previa de depresión mayor. También, identificar como se manifiesta la depresión postnatal en la interacción en la pareja en los diferentes momentos evaluados.

Otro aspecto que creemos que ha resultado crucial fue el hecho de que el análisis realizado ha permitido definir perfiles de riesgo para la depresión postnatal en las mujeres. Estos resultan ser de gran importancia para la clínica, no sólo porque permiten la identificación temprana, sino también el seguimiento continuo de la mujer que tiene las características asociadas a este perfil de riesgo. Se señala otra vez que debe tenerse en cuenta que en la definición de perfiles de riesgo fue posible introducir variables relacionadas con la depresión de su pareja.

Además, resultó muy importante la validación del SSNI para la población portuguesa, ya que así, de ahora en adelante puede ser utilizado para diferentes contextos en Portugal ya que se trata de una herramienta de evaluación integral del apoyo social.

Por último, nos gustaría destacar otra de las contribuciones que consiste en haber hecho un estudio riguroso sobre la etiología de la depresión postnatal verificando la existencia de consecuencias psicosociales (incluyendo la interacción con los compañeros).

Al igual que en todos los estudios, después de finalizarlo se puede también reflexionar sobre algunas de sus limitaciones para que en futuras investigaciones éstas se puedan rectificar. En este estudio, no fue posible seguir a las madres y los niños durante un período más largo, para determinar si los efectos de las variables que hemos encontrado continúan haciendo efecto, o si cualquier otra pudiese surgir.

Una sugerencia para la intervención es que podría ser importante llevar a cabo grupos de intervención con diferentes métodos y ver qué método funcionó mejor con determinadas madres y no funcionó con otras madres, tratando de caracterizar los factores diferenciadores que llevan a resultados diferentes. Esto podría ayudar a planificar intervenciones más eficaces.

Una vez que se documenta en la literatura la dificultad de mantener la participación de las mujeres en los programas de intervención, sería útil llevar a cabo investigaciones para entender mejor cual es la manera de contar con su participación en los programas de intervención, reduciendo el temor de la estigmatización. A medida que la depresión postnatal es considerada un fenómeno multidimensional, con múltiples consecuencias, es importante que se estructuren estrategias de intervención. Como introducir un enfoque de familia, abordando no sólo la intervención con la madre, teniendo en cuenta toda la familia (la madre, el padre, el bebé y otros niños). Esto permitiría intervenir más profundamente y también aumentar la probabilidad de una mayor participación en la intervención.

Una vez más, asumiendo a la familia como un sistema abierto en múltiples intercambios no sólo con el mundo exterior, sino también entre los diversos elementos del sistema, serían necesarios más estudios para analizar la co-ocurrencia de la



depresión postnatal en parejas considerando la posibilidad de que ambos los padres se influyen mutuamente en la experiencia de la depresión postnatal.

También creemos que el desarrollo de folletos sobre la depresión postnatal, para ser colocados en centros de salud, hospitales y clínicas para dar a conocer estos temas podría contribuir a su desmitificación. Podría promoverse, por una parte, un mayor auto-reconocimiento de las mujeres y, en segundo lugar, una mayor participación de la comunidad en general y de las redes de apoyo social, en particular. Este tipo de intervención podría aumentar su sensibilidad a este problema siendo una ayuda importante no sólo para las mujeres con depresión postnatal, sino también para el equipo clínico.

En conclusión, a pesar de las limitaciones mencionadas, esperamos haber contribuido a ayudar a aclarar la etiología de la depresión postnatal y proporcionar reflexiones sobre sus implicaciones psicosociales. También esperamos que este trabajo sea sólo el dínamo para despertar nuevas investigaciones.

En este momento, la siguiente fase de los trabajos (ya comenzada) prevé la divulgación de nuestros datos en la comunidad científica internacional, que como muchos otros, pueden ser discutidos por un grupo de pares.

Tenemos también la intención de continuar la investigación con el objetivo de contribuir para crear un cuerpo de conocimientos más sólido que permita la planificación de futuras estrategias de intervención.

La Organización Mundial de la Salud en 2009 ha indicado una serie de recomendaciones para la prevención de factores de riesgo asociados con la maternidad y la depresión postnatal. Con ello, se plantea la importancia de promover un consenso en la comunidad científica frente a esta problemática considerándola de manera integral. Este hecho puede ser un buen incentivo para continuar con investigaciones en esta área a fin de intentar entender lo que sigue siendo inexplicable.



## **IV. CONCLUSÕES**

Neste capítulo apresentam-se as conclusões dos resultados obtidos. Assim, apresentam-se as conclusões referentes a cada um dos objectivos definidos e hipóteses a eles inerentes (apresentadas no capítulo II), com o fim de imprimir maior clareza na análise das relações encontradas e analisar as suas possíveis consequências, tendo como referência a síntese bibliográfica efectuada nos capítulos anteriores.



## IV. CONCLUSÕES

**Objectivo 1:** Determinar a incidência e prevalência da depressão pós-natal em diferentes momentos na gravidez e no pós-parto.

**Hipótese 1.1.:** A incidência e a prevalência da depressão pós-natal aumentam no período pós-parto.

Começaremos por discutir os resultados relativos à incidência e prevalência da depressão na gravidez e no período pós-natal. Nesta amostra, a incidência de mulheres deprimidas em cada momento, foi avaliada com base na entrevista psiquiátrica, tendo os resultados evidenciado que o seu ponto mais elevado se situa aos doze meses após o parto. Isto é, quando fazemos um estudo longitudinal como este, pudemos então constatar, que um ano após o nascimento do bebé, a depressão pós-natal assume valores muito elevados. Talvez neste momento, as mães revelem um cansaço acumulado ao longo de doze meses de prestação de cuidados ao bebé.

A incidência, tal como noutros estudos, revela-se alta, sendo na nossa amostra, um pouco acima da média referida por alguns autores, fazendo-nos supôr que os 12 meses pós-parto são ainda um período de risco elevado para a manifestação de depressão pós-natal nas mulheres. Desta forma, quando ponderamos a intervenção nesta problemática, devemos considerar um período de tempo alargado para que possamos fazer um efectivo acompanhamento das mães. Encarar o período de emergência da depressão pós-natal apenas nos primeiros meses após o nascimento do bebé, poderá não ser suficiente, tal como também já tinham concluído Kalra e Einarson (2006) e Lobato et al. (2011). É então necessário que se planifiquem acções de intervenção longitudinais. Isto é, que visem apoiar as mães no período pós-parto

imediatamente onde inúmeras questões relacionadas com a construção do papel de mãe se colocam, bem como dúvidas de natureza prática referentes aos cuidados a prestar ao bebé. Se não se apoiar estas mães por mais tempo podem reaparecer os problemas e podem surgir dúvidas e dificuldades para as quais nunca existiu uma oportunidade de solução. Um ano após o nascimento do bebé as mães continuam a manifestar uma elevada sintomatologia depressiva. Provavelmente, por um lado, devido à falta de acompanhamento efectivo em todo o período que se antecedeu. E, por outro lado, porque novas questões e novas dúvidas se colocam perante a próxima fase de desenvolvimento do bebé, que pode levar as mães a reequacionar o seu papel, não se sentindo ainda seguras, surgindo assim maior vulnerabilidade à estruturação de um quadro Depressivo Major.

**Objectivo 2:** Estudar a influência da história anterior de depressão major na depressão pós-natal e na sintomatologia depressiva e ansiosa em cada momento de avaliação.

A história psiquiátrica anterior, tem sido referida como uma variável importante a ser considerada quando estudamos a depressão pós-natal (Seimyr et al., 2004; Perren, Wyl, Büjlin, Simoni & Klitzing, 2005), estando na base da definição dos grandes objectivos do nosso estudo. Os dados por nós obtidos, confirmam que a história psiquiátrica anterior é uma variável importante na manifestação da depressão pós-natal. De facto, mulheres com história anterior de Depressão Major, foram diagnosticadas em número estatística e significativamente superior, como tendo depressão pós-natal e, evidenciando maior sintomatologia depressiva e ansiosa.

**Hipótese 2.1.:** As mulheres com história anterior de depressão major têm maior incidência e prevalência de depressão pós-natal que as mulheres sem história anterior de depressão.

Pela análise dos resultados efectuada, verificou-se também que as mulheres com história anterior de depressão Major, têm taxas mais elevadas de incidência e prevalência de depressão na gravidez e no pós-parto. Permitindo-nos assim afirmar que a história anterior de depressão Major na mulher é um factor de risco para a depressão na gravidez e no pós-parto da própria mulher, na mesma sequência de outros dados encontrados (Bowen et al., 2009; Luke et al.; 2009, Matthey, 2009; Séjourne et al., 2011). Sugerem-nos estes dados que uma avaliação psicológica onde se realize o diagnóstico clínico da depressão da mulher no seu período de vida anterior à gravidez pode ser importante. Pode dessa forma efectuar-se por um lado o acompanhamento precoce e, por outro lado, o acompanhamento longitudinal, das mulheres que anteriormente tiveram depressão e que se encontrem grávidas, minimizando assim o impacto da depressão pós-natal em todos os actores sociais envolvidos.

Como a incidência e prevalência aumentaram ao longo de todo o período avaliativo considerado, reforçamos a importância de acompanhar longitudinalmente estas mães. Sugerem os dados que esta perturbação não terá tendência à remissão espontânea. Poderão inclusivamente os casos de depressão pós-natal manter-se por grandes períodos de vida afectando assim a qualidade de vida e o bem-estar psicológico e físico das mães, dos bebés e dos restantes elementos da família.

**Hipótese 2.2.:** Nas mulheres com história anterior de depressão major existe maior sintomatologia depressiva na gravidez e no período pós-parto, do que em mulheres sem história anterior de depressão.

Tendo sido um dos nossos objectivos avaliar a evolução da sintomatologia depressiva e ansiosa ao longo dos primeiros 12 meses após o parto, considerou-se importante efectuar um estudo de medidas repetidas destes dois tipos de sintomatologia, por forma a garantir que os efeitos que se verificaram em cada um dos momentos separadamente, não se deveram à existência de outras variáveis que não a própria sintomatologia depressiva e ansiosa.

Quer na análise efectuada em cada um dos grupos (A e B), quer na análise para a amostra total, o estudo de comparação da avaliação da sintomatologia depressiva ao longo dos quatro momentos revelou que efectivamente podemos encontrar uma diferença ao longo destes 12 meses de vida das mulheres após o parto. Tal sugere-nos a existência de diferenças na vivência desta sintomatologia, em função da história anterior de depressão Major, tal como para Howell et al.( 2009).

Quando se estudou a relação entre diagnóstico clínico de depressão (avaliado pela SADS-L) e de sintomatologia depressiva (avaliada pelo EPDS), chegou-se à conclusão de que às mulheres com história anterior de depressão Major foi diagnosticada clinicamente uma percentagem estatística e significativamente superior de depressão e de sintomatologia depressiva. A avaliação da depressão por entrevista clínica e a avaliação da sintomatologia depressiva por questionário de auto-preenchimento, permitiu verificar resultados corroborantes entre si. Estes resultados reforçam a nosso ver, a importância efectiva da história anterior de depressão na vida de uma mulher que se encontra grávida ou que se encontra no seu primeiro ano de adaptação ao processo de parentalidade, como sugerem Bussel et al.(2009) e Lanes et al. (2011).

Assim, tendo em consideração os nossos resultados, e como já se referiu, seria importante incluir nas avaliações periódicas que ocorrem durante a gravidez, a pesquisa do historial psiquiátrico da mulher. Tal como se definiram parâmetros físicos e hormonais a avaliar ao longo do período de gravidez, é extremamente importante que se assuma que a avaliação da história psiquiátrica anterior também o deva ser.



Este comportamento preventivo, poderia estar associado a medidas de acompanhamento destas mães desde o início da gravidez, e deveria manter-se após o nascimento do bebê. No Reino Unido, esta é já uma medida assumida como fulcral na manutenção do bom equilíbrio para a mãe e para o bebê.

**Hipótese 2.3.:** Nas mulheres com história anterior de depressão major existe maior sintomatologia ansiosa na gravidez e no período pós-parto, do que em mulheres sem história anterior de depressão.

No período pós-natal, a ansiedade da mulher revelou ser um factor determinante na associação com a depressão. Resultados estes que corroboram os obtidos por Hart e McMahon (2006) que nas análises de regressões que realizaram verificaram que a ansiedade traço e estado representavam 25% da variância das preocupações das mulheres com a maternidade. A ansiedade deve ser assumida como uma manifestação importante no período pós-parto. Para Brockington, Macdonald e Wainscott (2006) esta deve ser avaliada quer no período pré-parto quer no período pós-parto. Após o parto, medos gerais em relação à saúde e segurança do bebê acabam por dar origem a ansiedade, ansiedade esta que deve ser avaliada de modo a poder verificar-se se atinge limites patológicos com todas as consequências a que tal poderá estar associado. Também Giakoumaki, Vasilaki, Lili, Skouroliakou e Liosis (2009), num estudo de avaliação do papel da ansiedade maternal no pós-parto, conduzido na Grécia, concluíram que a ansiedade além de ser uma sintomatologia muito comum, tende a persistir pelo menos até aos 3 meses pós-parto em comorbilidade com a sintomatologia depressiva.

Num estudo de análise da evolução dos sintomas de depressão e ansiedade Moss, Skouteris, Wertheim, Paxton e Milgrom (2009) verificaram que os sintomas depressivos e ansiosos revelaram estabilidade ao longo de um período de 12 meses após o parto. Também concluíram que a ansiedade predizia o aumento de

sintomatologia depressiva do fim da gravidez para o início do período pós-parto.

Em síntese, no que diz respeito à sintomatologia depressiva e ansiosa, revelaram-se em todos os momentos superiores nas mães com história anterior de depressão Major. Este facto realça não só a importância de considerar a avaliação da história prévia de depressão da mulher grávida, como já se assinalou, mas também reforça os resultados de outros estudos em que é encontrada uma relação de comorbibilidade entre sintomatologia depressiva e ansiosa na gravidez e no pós-parto, como por exemplo referem Woolhouse, Brown, Krastev, Perlan e Gunn (2009) e Coelho, Murray, Royal-Lawson e Cooper (2011).

**Objectivo 3.:** Estudar a influência da história anterior de depressão major na ocorrência de depressão pós-natal e na sintomatologia depressiva e ansiosa, em função das variáveis hormonais.

**Hipótese 3.1.:** A depressão pós-natal no grupo de mulheres com história anterior de depressão major associa-se com um aumento dos níveis de cortisol e de progesterona e diminuição dos níveis de estrogénio quando comparadas com o grupo de mulheres sem história anterior de depressão.

Considerando ainda a importância da possível influência da história anterior de depressão Major, procedeu-se ao seu estudo tendo em consideração as variáveis hormonais nos dois grupos.

Ao contrário de outros estudos (ex: Taylor et al. 2009) não se encontraram diferenças resultantes dos parâmetros hormonais. Tal como nos refere Steiner (2006),

não existem conclusões unificadoras quanto à influência dos factores hormonais que permitam conduzir a acções diagnósticas, terapêuticas, prognósticas ou preventivas. Mais do que as mudanças hormonais em si, poderão existir reacções intrínsecas anormais a algumas das modificações hormonais em algumas mulheres. Porém, à semelhança de outro estudo (King et al., 2010), os resultados por nós obtidos não evidenciaram diferenças inerentes aos factores hormonais em cada um dos grupos. Tal facto, não significa, a nosso ver, que os factores hormonais possam ser excluídos como possíveis factores explicativos. Significa, isso sim, que ainda permanece por explicar o papel das flutuações hormonais neste período específico de vida das mulheres.

Assim, não podemos confirmar a importância dos factores hormonais na manifestação da depressão pós-natal pelo que é, assim necessário aprofundar o estudo desta relação.

**Objectivo 4:** Estudar a influência das variáveis hormonais, demográficas, obstétricas/ginecológicas e dos factores psicossociais no aparecimento de depressão pós-natal.

Os factores diferenciadores por nós encontrados, quanto às mulheres com e sem depressão pós-natal, situam-se fundamentalmente nos domínios psicossocial e clínico.

Uma vez que todo o nosso estudo incluiu diferentes tipos de variáveis, considerou-se importante avaliar as diferenças na sintomatologia depressiva em função das outras variáveis para a totalidade da nossa amostra.

**Hipótese 4.1.:** A depressão na gravidez e no pós-parto é influenciada por variáveis demográficas.

No que diz respeito à ocorrência de depressão, as variáveis demográficas não revelaram diferenças estatisticamente significativas. Contudo, apesar de as diferenças não serem estatisticamente significativas, verificou-se que as mulheres que coabitam com o pai do bebé revelaram menor sintomatologia depressiva, fazendo supor, tal como outros estudos afirmam, que o suporte social e mais concretamente o do companheiro, é um factor importante para a adaptação ao processo de maternidade (ex: Satoh et al., 2009). A presença do companheiro revela-se de extrema importância para as mães, que assim têm com quem partilhar as dúvidas, têm a quem pedir apoio imediato quer de natureza afectiva, quer de carácter instrumental.

As restantes variáveis demográficas parecem ter um efeito muito débil na nossa amostra, o que nos leva a supor que não serão as mais importantes na possível explicação da depressão pós-natal.

**Hipótese 4.2.:** A depressão na gravidez e no pós-parto é influenciada por variáveis obstétricas.

No domínio das variáveis obstétricas, nenhuma se revelou importante na diferenciação da manifestação da depressão. Embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa, no que se refere à gravidez anterior, o facto de a mulher já ter estado grávida e ter outro(s) filho(s), revelou-se diferenciador quanto à depressão evidenciada às 37 semanas de gravidez, ao contrário do que foi encontrado por Satoh et al. (2009). Às 37 semanas de gravidez as mães com gravidez anterior estavam mais deprimidas. Provavelmente, pelo facto de recearem neste período, não

conseguir conciliar os cuidados a prestar ao bebé que está para nascer, com os que tem que continuar a prestar ao(s) filho(s) já existentes. Podendo também, eventualmente, ter medo do parto, uma experiência que já vivenciaram anteriormente e que pode desencadear o medo de que algo possa correr mal, deixando o(s) outro(s) filho(s) desamparado(s). No contacto directo com as mães tivemos a oportunidade de constatar que este era um receio muitas vezes verbalizado. As mães referiam estar antecipadamente preocupadas com todas as exigências, que por experiência própria sabiam estar associadas aos cuidados de um recém-nascido, com todas as exigências, que mais uma vez por experiência própria também sabiam que os filhos que já tinham ao momento, lhes colocavam. O antecipar da conjugação destas necessidades tão diferentes, deixava as mães apreensivas, podendo estar assim na origem da ansiedade e da depressão.

Nos períodos posteriores de avaliação por nós efectuados, esta variável não manifesta a sua importância, parecendo sugerir que a mulher entretanto já terá encontrado estratégias de conciliação e de resolução das questões/desafios com que se deparou.

**Hipótese 4.3.:** A depressão na gravidez e no pós-parto é influenciada por variáveis psicossociais.

As variáveis por nós estudadas, que revelaram estar presentes em maior número na associação com a depressão foram variáveis do grupo que nós definimos como sendo variáveis psicossociais. Destas, as que manifestaram o seu efeito foram a história anterior de depressão, a ansiedade, o neuroticismo, o optimismo, o suporte social e os acontecimentos de vida com impacto negativo objectivo.

Discutiremos agora a influência do *neuroticismo* da mulher que revelou uma associação estatisticamente significativa com a depressão no período pós-parto. Mães neuróticas, estão mais deprimidas, assumindo os valores da sintomatologia depressiva significado clínico. Estes resultados são concordantes com os de Bussel et al. (2009) em que o neuroticismo evidenciou uma associação positiva com os valores de sintomatologia depressiva. Desta forma, podemos considerar que a personalidade da mãe, e, neste caso particular, os traços neuróticos, assume um papel importante para a manifestação de depressão e de sintomatologia depressiva. Dudley et al. (2001) defendem inclusivamente que a depressão pós-natal no primeiro ano de vida do bebé é na sua maioria explicada pelo neuroticismo. Mulheres neuróticas, tendem a ver a realidade de modo diferente das mulheres estáveis. O neuroticismo, como característica da personalidade, está associado à tendência para valorizar os acontecimentos negativos, dificuldade em encontrar soluções para a resolução de problemas quotidianos, bem como dificuldade em aceitar ajuda e em construir uma rede de suporte social. Bussel et al. (2009) também concluíram que o neuroticismo está associado ao aumento dos sintomas depressivos e ansiosos durante a gravidez e no pós-parto (Gelabart et al., 2011). Com estas características associadas ao neuroticismo, facilmente se depreende que a depressão e a sintomatologia depressiva possam mais facilmente manifestar-se, nas mulheres mais neuróticas. Às mulheres neuróticas, as exigências inerentes ao cuidar do bebé parecem mais intransponíveis. Estas mulheres terão também dificuldade em conciliar as necessidades pessoais com as do bebé, sentindo-se simultaneamente menos capazes de o fazer. Cria-se assim um ciclo vicioso de interpretação negativa e de sentimentos de inadequabilidade, o que poderá estar na origem do aumento da sintomatologia depressiva. A capacidade de reajustar os objectivos pessoais a esta fase específica de transição aumenta o bem-estar da mulher, o que não acontece quando estas são neuróticas.

O *optimismo* também se revelou um traço de personalidade importante na vivência da depressão pós-natal. Os resultados indicam que as mulheres com história psiquiátrica anterior são menos otimistas. As mulheres mais deprimidas têm uma leitura menos positiva da realidade. O optimismo associa-se a menores níveis de depressão ao contrário do neuroticismo. Por conseguinte, estamos a falar de dois traços de personalidade que na literatura são descritos como antagónicos e que, na nossa amostra, também se comportam de modo distinto. Para Alkarl e Gençöz (2005) os afectos negativos revelaram também uma associação negativa com a depressão pós-natal.

O optimismo revelou-se assim, uma variável importante já que se associou de forma negativa com a depressão e com o neuroticismo anterior da mãe. Tal como referem Aspinwall, Richter e Hoffman III (2001) o optimismo está associado a maior flexibilidade de processamento cognitivo o que por sua vez poderá facilitar a adaptação bem sucedida a novas situações. Não obstante, o optimismo parece conferir resistência ao desenvolvimento de sintomas depressivos após o nascimento do bebé (Churchill & Davis, 2010).

O *suporte social* tem sido apontado como um importante mediador na relação das pessoas com os acontecimentos de vida (Seimyr et al., 2004). No nosso estudo, pretendíamos averiguar de que modo o suporte social se correlaciona com a manifestação de depressão, obtendo-se resultados que evidenciam a existência de relação entre duas dimensões do suporte social por nós avaliado (“suporte emocional do apoio social” e “suporte prático do apoio social”). A depressão na gravidez é maior quando existe menor percepção de suporte social, menor percepção de suporte emocional e menor suporte social prático (Bielinski-Blattman et al., 2009; Reid et al., 2009). Estas dimensões sugerem que para a mulher é importante o suporte obtido pela sua rede social de apoio na sua componente afectiva e operacional. Isto é, se a mulher sente que recebe apoio, percebendo-o como gratificante, sente-se menos

deprimida. Parece assim ser importante o suporte recebido e proporcionado, permitindo que simultaneamente exista a partilha de afectos positivos e negativos com os que lhe são próximos. A dimensão suporte prático assumiu um papel importante, talvez porque neste período a mãe necessita de sentir que a sua rede lhe faculta apoio para lidar com tarefas de natureza operacional com as quais se defronta e às quais tem necessidade de dar uma resposta efectiva. Esta necessidade que a mãe tem de dar uma resposta às exigências inerentes ao cuidar do filho pode ser facilitada se existir apoio de terceiros.

No que se refere aos *acontecimentos de vida com impacto negativo*, as mulheres com história psiquiátrica anterior referem também um maior número de acontecimentos de vida com impacto negativo, durante o primeiro ano de vida do bebé (Seimyr et al., 2004). Habitualmente postula-se que as pessoas deprimidas analisam a vida de forma negativa, tendo dificuldade em vivenciar o seu lado positivo, do qual muitas vezes nem se apercebem. Ao analisarmos a influência da existência de acontecimentos de vida com impacto negativo, no último ano, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas quanto à sintomatologia depressiva em mães com acontecimentos com impacto moderado grave e mães sem acontecimentos com impacto moderado grave. Desta forma concluímos que, os acontecimentos de vida, por si só, poderão influenciar a manifestação de sintomatologia depressiva.



**Hipótese 4.4.:** A ocorrência de depressão é influenciada pelas variações nos níveis de cortisol, estrogéneos e progesterona.

Nesta hipótese defendeu-se que a ocorrência da depressão pós-natal nas mulheres seria influenciada pelas alterações hormonais. Porém, os nossos dados indicam que não existem diferenças em relação aos parâmetros hormonais nas mulheres com depressão quando comparadas com as mulheres sem depressão. Embora outros estudos sugiram esta associação (ex: Evans et al., 2008; Juruena et al., 2009; Taylor et al., 2009) os nossos dados não confirmam essa relação.

Consideramos por isso, que se deve continuar a estudar esta área, procurando por exemplo, outros possíveis factores biológicos como sugerem Segman et al. (2010) ou procurar outra forma de considerar a influência dos factores hormonais no aparecimento da depressão pós-natal.

**Objectivo 5:** Estudar a associação entre a depressão no casal durante a gravidez e no período pós-parto.

**Hipótese 5.1.:** Considerando o casal como um sistema, a ocorrência de depressão nas mulheres é influenciada pela ocorrência de depressão nos seus companheiros (e vice-versa).

Uma vez que este estudo se realizou numa equipa mais alargada onde para além das variáveis relacionadas com a mulher também se analisaram outras dimensões, uma das quais as variáveis relacionadas com o homem, optamos por tentar verificar a existência de associação de depressão na gravidez e no período pós-

natal da mulher com a do homem. Ao relacionar a depressão entre os elementos do casal, verifica-se que a depressão entre eles já se evidencia no período que antecede a gravidez. Este facto leva-nos a pensar se existirá uma tendência de estilo de processamento cognitivo nas pessoas com depressão, que as faça sentir-se melhor com pessoas que tenham um estilo de processamento da realidade semelhante ao seu (também depressivo). Assim, a associação entre depressão anterior do homem e depressão anterior da mulher permite realçar mais uma vez a influência que a história psiquiátrica anterior poderá exercer (Rahman & Creed, 2007).

A história de depressão anterior do homem também se revelou importante para a depressão pós-natal da mulher, uma vez que quer durante a gravidez quer às 6 semanas pós-parto, esta revelou exercer efeito. Interessante é também o facto de a depressão do homem estar associada à depressão da mulher, tal como concluíram Wee et al. (2011) e para Mao, Zhu e Su (2011). Homens cujas mulheres deprimiram têm maior probabilidade de deprimir até aos 12 meses pós-parto, apoiando assim o argumento da necessidade de acompanhamento das mulheres por um período alargado que não se cinja ao pós-parto imediato. Também para Melrose (2010) a depressão do homem também se associa com a depressão da mulher. Estes dados realçam a importância de se considerar o casal como um sistema familiar sob *stress* quando nasce um bebé, sendo importante incluir ambos os pais nos programas de intervenção, como por exemplo, sugere Barnes (2006).

Seria importante, no que diz respeito à avaliação da história psiquiátrica anterior que esta fosse dirigida não só à mulher mas também ao homem, considerando a família como um todo, desde o início da construção da nova dinâmica familiar que o nascimento de um filho implica.

**Objectivo 6:** Identificar perfis de risco para a ocorrência de depressão pós-natal.

**Hipótese 6.1.:** As variáveis de personalidade e psicossociais podem estar associadas à depressão pós-natal, podendo ser factores de risco.

Após esta análise pormenorizada dos dados, conduzimos um estudo dos factores de risco associados à depressão pós-natal, na tentativa de identificar perfis de risco. Para a análise dos perfis de risco da depressão pós-natal consideramos o período das 6 semanas e dos 12 meses pós-parto. Através das várias análises conduzidas, fomos verificando, que apesar de existirem semelhanças também ocorriam especificidades próprias de cada um dos momentos, tal como aconteceu no estudo de Bunevicius et al. (2009) e Oppo et al. (2009) em que existiram factores que se revelaram predictores na gravidez enquanto outros assumiram uma especificidade de acordo com o trimestre avaliado.

No nosso estudo, às 6 semanas pós-parto, os factores de risco são a história anterior de depressão Major na mulher e a co-ocorrência de depressão do companheiro. Assim, às 6 semanas após o parto, as variáveis que se revelam constituintes do perfil de risco para a depressão pós-natal são todas elas relacionadas com a depressão em si. Montgomery et al. (2009), ao conduzirem um estudo de análise da importância do papel do marido em mulheres com depressão pós-parto, verificaram que a disponibilidade física e emocional do marido se revela um pilar importante para o equilíbrio da mulher.

Aliás, neste estudo, quando analisamos o perfil de risco para os 12 meses, as variáveis associadas à depressão anterior revelam-se também muito importantes.

Aos 12 meses, surge ainda a variável neuroticismo da mulher como caracterizadora da depressão pós-natal. O neuroticismo, conduz a uma leitura distorcida da realidade, o que também leva ao aumento da depressão.

O optimismo, revelou-se como um factor protector de depressão pós-natal às 6 semanas, fazendo supor que tem um papel no aumento da perseverança para lidar com os acontecimentos de vida.

Como síntese, da análise dos perfis de risco, realçamos a particular importância que a história de depressão anterior à gravidez assumiu nos dois períodos pós-parto considerados. Assim, mesmo existindo outras variáveis, assumimos que esta deverá ser especialmente controlada aquando do acompanhamento das mulheres gestantes.

**Objectivo 7:** Validar o questionário Social Support Network Inventory (SSNI) para a população portuguesa.

**Hipótese 7.1.:** Para a população portuguesa o SSNI tem as mesmas propriedades psicométricas que no estudo original.

Tendo em conta, como já se explicou, os dados sobre os pais e sobre as mães, procedeu-se à validação do SSNI para a população portuguesa. Os resultados mostraram que para a população portuguesa se mantêm as mesmas propriedades que no estudo original de Flaherty et al. (1983), pelo que se pode concluir que este é um bom instrumento para ser usado em Portugal para a avaliação não só do suporte social total, bem como para especificar diferentes dimensões que este pode assumir.

**Em resumo** podemos então afirmar que existem assim variáveis psicossociais (história anterior de depressão, ansiedade, neuroticismo, suporte social e

acontecimentos de vida com impacto negativo objectivo), que estão associadas a um aumento da depressão na gravidez e no período pós-natal. Os nossos resultados para estas variáveis, vão de encontro a outros apontados na revisão bibliográfica efectuada, sugerindo que deverão ser bem exploradas aquando do acompanhamento das mulheres que tiveram um filho. Ross et al. (2004) ao elaborarem um modelo biopsicossocial explicativo da depressão pós-natal, concluíram que é importante considerarmos variáveis biológicas e psicossociais na análise das perturbações de humor associadas ao parto.

Uma outra questão que poderá ser levantada no que diz respeito ao tipo de diagnóstico que tem vindo a ser efectuada e que tal como afirmam Goodman e Tyer-Viola (2010) é que o número de casos diagnosticados pelos médicos é inferior aos que na realidade ocorrem. Le, Perry e Sheng (2009), usaram a internet para efectuar o diagnóstico da depressão pós-natal, tendo resultado, para estes autores, a convicção de que este poderá ser um bom veículo de diagnóstico e que permitiria o acesso mais fácil a um maior número de mulheres com sintomatologia depressiva.

Sendo diversos os factores associados à depressão pós-natal, é fundamental que o seu estudo seja aprofundado uma vez que as suas consequências se alargam a todo o sistema familiar e social.



## **V. DISCUSSÃO**

Neste capítulo, efectua-se uma reflexão geral sobre as relações encontradas neste estudo, analisando-se as suas implicações para a prática clínica e reflectindo sobre os seus contributos e limitações.





## V. DISCUSSÃO

Com o presente trabalho pretendeu-se contribuir para uma melhor compreensão da relação entre depressão pós-natal e algumas variáveis sociodemográficas, psicossociais, obstétrica/ginecológicas e hormonais.

Na sequência da realização deste trabalho, foi possível sugerir a existência de relação entre alguns factores psicossociais e a depressão pós-natal. Entre estes, realçam-se a história psiquiátrica anterior da mulher e o neuroticismo da mulher, como potenciais desencadeadores deste processo. Ou, pelo menos, como factores de risco que devem ser avaliados nos sistemas de acompanhamento às mulheres grávidas e no período adjacente ao nascimento de um filho.

Como protector da depressão pós-natal, apareceu o optimismo que se relaciona, neste estudo de modo negativo com a mesma. Propostas interventivas, poderiam ter em consideração a necessidade de desenvolver este traço de personalidade, proporcionando às mulheres a capacidade de observar o mundo de forma mais positiva.

Conclui-se assim, que a depressão pós-natal tem uma etiologia diversificada mas que os principais factores desencadeadores, provavelmente se situam no domínio pessoal e social. Importa, na posse destes conhecimentos, promover novos estudos que permitam na população portuguesa comparar dados. A partir daí, novas ilações poderão ser retiradas, para que à semelhança de outros países, se comece a desenvolver um corpo estruturado de conhecimentos que possam por sua vez conduzir ao planeamento de acções concretas a serem desenvolvidas.

Sendo a incidência e prevalência desta perturbação elevadas, é urgente já que ainda não existem estratégias interventivas consensuais, pelo menos despoletar mecanismos de sensibilização para a discussão desta problemática nas equipas de saúde e também na população em geral. Promovendo um reconhecimento precoce da depressão pós-natal é possível propor estratégias de intervenção ajustadas e

reajustadas a cada caso para evitar que esta se vá agravando e que as suas consequências se façam sentir de forma mais acentuada em todo o sistema familiar.

Analisando quais as principais implicações clínicas deste trabalho podemos dizer que consideramos importante assumir que proceder à identificação precoce da depressão pós-natal poderá ajudar a equipa de saúde a promover intervenções atempadas, de modo a minimizar impactos negativos nos vários actores sociais nela envolvidos.

Como o EPDS revela uma boa sensibilidade poderia ser utilizado como instrumento inicial de despiste da sintomatologia depressiva e quando detectados casos de risco deveriam ser encaminhados para o diagnóstico ser efectuado por um psicólogo ou psiquiatra, que procederia de modo exaustivo à realização de uma entrevista psiquiátrica para o aprofundamento da situação.

Outra implicação a nosso ver extremamente importante é que existindo manifestação de sintomatologia depressiva um ano após o parto, importa repensar a intervenção nesta problemática pois as consequências situam-se muito para além do período imediatamente após o nascimento do bebé, com todas as consequências que lhe são inerentes.

Reflectindo sobre os principais contributos deste trabalho para o corpo de conhecimentos científicos já existentes sobre o tema, gostaríamos de realçar que é, até ao momento, é o único estudo efectuado em Portugal, que avalia de forma tão aprofundada a problemática aqui em questão. Pois, é um estudo que permitiu o acompanhamento longitudinal de um grupo de mães que foram avaliadas em várias dimensões que se pensa poderem estar relacionadas com a depressão pós-natal (variáveis demográficas, clínicas, psicossociais, obstétricas/ginecológicas e hormonais). Em especial, neste domínio é de particular relevância o estudo efectuado ao nível hormonal com um número tão elevado de sujeitos, em três momentos avaliativos e em três parâmetros hormonais distintos (cortisol, progesterona e estrogénios). Esta é

sem dúvida uma dimensão fundamental, uma vez que num único estudo, se cruzam diferentes níveis de variáveis em diferentes momentos.

Uma outra importante contribuição resulta do facto de se ter avaliado a depressão pós-natal com base no diagnóstico clínico efectuado por um psicólogo e, simultaneamente, ter avaliado a sintomatologia depressiva com medidas de auto-relato. Assim, salienta-se que recorrer à entrevista clínica (SADS-L) foi sem dúvida um factor distintivo de grande importância ao permitir o diagnóstico por um profissional de saúde.

Ao ser um estudo promovido no âmbito de uma equipa, permitiu-nos também seleccionar dados inerentes ao pai do bebé, reforçando assim a importância de se estudar a depressão pós-natal de forma multidimensional e multisistémica. Isto é, não pode ser encarada apenas sob o ponto de vista da mulher, mas também sob a influência e interacção com o seu conjugue. De realçar, que neste estudo de conjugação da avaliação do homem, este também foi acompanhado longitudinalmente nos mesmos períodos avaliativos desenhados para a mulher, o que permitiu estudar por exemplo a sua interacção mútua quanto à existência de história prévia de depressão maior e quanto à existência de interacção na manifestação de depressão pós-natal.

Outra dimensão central, foi o facto de a análise efectuada ter permitido definir perfis de risco para a depressão pós-natal na mulher. Estes revelam-se de grande importância para a área clínica, pois permitem não só a identificação precoce, bem como o acompanhamento continuado da mulher que reúna as características associadas a este perfil de risco. É de salientar, que na definição destes perfis de risco, foi possível introduzir também variáveis relacionadas com a depressão do seu companheiro.

Também muito importante se revelou a validação portuguesa do SSNI, pois assim, poderá doravante ser utilizado para diversos contextos na população portuguesa.

Por último, gostaríamos de realçar um outro contributo que a nosso ver é fundamental e que consiste no facto de se ter feito um estudo rigoroso sobre a etiologia da depressão pós-natal e de ter verificado a existência de implicações psicossociais da manifestação da depressão pós-natal (nomeadamente na interacção com a depressão do companheiro).

Como em todos os estudos, após a sua conclusão é necessário reflectir sobre algumas das suas limitações em ordem a que em investigações futuras estas possam ser rectificadas. Neste estudo, devido ao constrangimento temporal não foi possível acompanhar as mães e as crianças por um período mais alargado, de modo a verificar se os efeitos das variáveis por nós encontradas se mantêm, ou se, eventualmente poderão surgir outras que até ao momento não revelaram influência.

Uma sugestão que podemos deixar é a de que poderia ser também importante conduzir grupos de intervenção com diferentes metodologias e perceber qual a metodologia que funcionou melhor com determinadas mães e não com outras, tentando caracterizar exaustivamente quais os factores diferenciadores que poderão dar origem a resultados distintos. Isto poderia ajudar a planificar intervenções mais eficazes.

Uma vez que se encontra documentada na literatura a dificuldade de envolvimento e manutenção das mulheres em programas de intervenção, seria útil conduzir investigações que permitam perceber a melhor forma de envolver as mães na participação de programas de intervenção, reduzindo assim o medo que estas têm de serem estigmatizadas. Sendo a depressão pós-natal um fenómeno multidimensional com múltiplas consequências, importa também que aquando da planificação de estratégias de intervenção se adopte um foco familiar, dirigindo a intervenção não apenas para a mãe, mas sim considerando a família como um alvo de intervenção (mãe, pai, bebé e outros filhos). Pois, não só se interviria de modo mais profundo, como provavelmente se garantiria maior envolvimento na intervenção.

Mais uma vez, assumindo a família como um sistema aberto em que existem múltiplas trocas não só com o exterior mas também entre os diversos elementos do sistema familiar seria necessário fomentar mais estudos para analisar a co-ocorrência de depressão pós-natal nos casais, para que se considerasse a possibilidade de ambos os pais se influenciarem mutuamente na vivência da depressão pós-natal.

Parece-nos também que desenvolver panfletos informativos sobre a depressão pós-natal, a serem colocados nos centros de saúde, hospitais e clínicas, para promover a sensibilização para esta problemática poderia contribuir para a sua desmistificação. Poderia promover-se por um lado, maior auto-reconhecimento da mulher e, por outro lado, maior envolvimento da comunidade em geral e das redes de suporte social em particular, que poderiam aumentar a sua sensibilidade para este problema, podendo ser um importante auxílio não só para a mulher com depressão pós-natal, como também para a equipa clínica.

Em conclusão, apesar das limitações referidas, pensamos ter contribuído para ajudar a clarificar a etiologia da depressão pós-natal e para proporcionar uma reflexão sobre as suas implicações psicossociais. Esperamos também que este trabalho seja apenas o dínamo para o despertar de novas curiosidades, de novas investigações.

Neste momento, a próxima fase de trabalho (já iniciada) prevê a divulgação dos nossos dados na comunidade científica internacional, para que à semelhança de muitos outros, sejam discutidos por um grupo de pares.

Pretendemos dar continuidade à investigação, com vista à constituição de um corpo com sólidos conhecimentos que futuramente permita o planeamento de estratégias de intervenção.

Sendo que a World Health Organization em 2009 fez uma série de recomendações para que se faça prevenção de factores de risco associados à maternidade, há que continuar a repensar a depressão pós-natal, pelo menos até se encontrar maior consenso na comunidade científica, encarando esta problemática

numa perspectiva holística. Este facto poder tornar-se um bom incentivo para continuar a desenvolver investigações nesta área, com a finalidade de tentar entender o que ainda continua inexplicável.

## **VI.REFERENCIAS**





- Adler, E., & Cox, J. (1983). Breast feeding and post-natal depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 139-144.
- Ahokas, A., & Aito, M. (1999). Role of estradiol in puerperal psychosis. *Psychopharmacology*, 147, 108-110.
- Ahokas, A., & Aito, M. (2000). Association between oestradiol and puerperal psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 167-170.
- Ahokas, A., Kaukoranta, J., & Aito, M. (1999). Effect of oestradiol on postpartum depression. *Psychopharmacology*, 146, 108-110.
- Alami, K. M., Kadri, N., & Berrada, S. (2006). Prevalence and psychosocial correlates of depressed mood during pregnancy and after childbirth in a Moroccan sample. *Archives of Women`s Mental Health*, 9, 343-346.
- Albertsson-Karlgren, U., Graff, M., & Nettelbladt, P. (2001). Mental disease postpartum and parent-infant interaction-evaluation of videotaped sessions. *Child Abuse Review*, 10, 5-17.
- Alkar, Ö., & Gençöz, T. (2005). Critical factors associated with early postpartum depression among Turkish women. *Contemporary Family Therapy*, 27(2), 263-275.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Walshaw, P. D., Cogswell, A., Sylvia, L. G., Hughes, M. E.,...Hogan, M.E. (2008). Behavioral Approach System (BAS) and Behavioral Inhibition System (BIS) sensitivities and bipolar spectrum disorders: Prospective prediction of bipolar mood episodes. *Bipolar Disorders*, 10, 310-322.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Walshaw, P. D., Gerstein, R. K., Keyser, J. D., Whitehouse, W. G.,...Harmon-Jones, E. (2009). Behavioral Approach System (BAS)-relevant cognitive styles and Bipolar Spectrum Disorders: concurrent and prospective associations. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 459-471.

- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. Climepsi Editores: 4ª edição, Texto Revisto.
- Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Stevens, J., Holleb, L. J., Novak, A. L., & Ginkel, J. B. (2005). In-home cognitive-behavior therapy for depression: an adapted treatment for first-time mothers in home visitation. *Best Practices in Mental Health, 1*(1), 1-14.
- Ansara, D., Cohen, M. M., Gallop, R., Kung, R., & Schei, B. (2005). Predictors of women's physical health problems after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 26*(2), 115–125.
- Areias, M. E. G. (1994). Maternidade e depressão no casal. Tese de Doutoramento realizada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Areias, M. E. G., Augusto, A. R., Figueiredo, B., Calheiros, J. M., & Figueiredo, E. (1993). Psicopatologia do puerpério: a especificidade das perturbações emocionais associadas com o nascimento de um filho. *Separata de Arquivos de Medicina, 7*(2), 103-105.
- Areias, M. E. G., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996a). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth: validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese Mothers. *British Journal of Psychiatry, 169*, 30-35.
- Areias, M. E. G., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996b). Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry, 169*, 36-41.
- Armstrong, K., & Edwards H. (2004). The effectiveness of a pram-walking exercise programme in reducing depressive symptomatology for postnatal women. *International Journal of Nursing Practice, 10*, 177-194.

- Armstrong, S.J. & Small, R.E. (2010). The paradox of screening: rural women`s views on screening for postnatal depression. *BioMed Central Public Health*, 10, 744, from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/744>
- Ashman, S. B., & Dawson, G. (2002). *Maternal depression, infant psychobiological development, and risk for depression*. In S.H. Goodman & Gotlib, I.H. (Eds.), *Children of depressed parents: mechanisms of risk and implications for treatment* (pp. 37-58). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Aspinwall, L. G., Richter, L., & Hoffman III, R.R. (2001). Understanding how optimism works: an examination of optimists` adaptative moderation of belief and behavior. In E. C. Chang (2001). *Optimism & pessimism- implications for theory, research and practice* (pp.217-238). *American Psychological Association*. Washington, D.C.
- Atkinson, A. K., & Rickel, A. U. (1984). Postpartum depression in primiparus parents. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(1), 115-119.
- Ball, H. A., McGuffin, P., & Farmer, A. E. (2008). Attributional style and depression. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 275-278.
- Ballard, G., Davis, R., Cullen, P. C., Mohan, R. N., & Dean, C. (1994). Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry*, 164, 782-788.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Revista de Psicologia da Vector Editora*, 7(1), 39-48.
- Barnes, D. L. (2006). Postpartum depression: its impact on couples and marital satisfaction. *Journal of Systemic Therapies*, 25(3), 25-42.
- Beck, C. T. (1996). Postpartum depressed mothers` experiences interacting with their children. *American Journal of Nursing Company*, 45, 98-104.

- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research, 50* (5), 275-285.
- Beeghly, M., Weinberg, M. K., Olson, K. L., Kernan, H., Riley, J., & Tronick, E. Z. (2002). Stability and change in level of maternal depressive symptomatology during the first postpartum year. *Journal of Affective Disorders, 71*, 169-180.
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Depression during pregnancy overview of clinical factors. *Clinical Drug Investigation, 24* (3), 157-179.
- Berle, J. O. (2004). The challenges of motherhood and mental health. *World Psychiatry, 3*(2), 101-102.
- Berle, J. O., Steen, V. M., Aamo, T. O., Breilid, H., Zahlsen, K., & Spigset, O. (2004). Breastfeeding during maternal antidepressant treatment with serotonin reuptake inhibitors: infant exposure, clinical symptoms, and cytochrome P450 genotypes. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 1228-1234.
- Bernazzani, O., Marks, M. N., Bifulco, A., Siddle, K., Asten, P., & Conroy, S. (2005). Assessing psychosocial risk in pregnant/postpartum women using the contextual assessment of maternity experience (CAME) Recent life adversity, social support and maternal feelings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*(6), 497-508.
- Bielinski-Blattmann, D., Lemola, S., Jaussi, C., Stadlmayr, W., & Grob, A. (2009). Postpartum depressive symptoms in the first 17 months after childbirth: the impact of an emotionally supportive partnership. *International Journal of Public Health, 54*, 333-339.
- Bilszta, L. C., Tang, M., Meyer, D., Milgrom, J., Ericksen, J., & Buist, A. E. (2008). Single motherhood versus poor partner relationship: outcomes for antenatal mental

- health. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 42(1), 56-65.
- Blenning, C. E., & Paladine, H. (2005). An approach to the postpartum office visit. *American Family Physician*, 72(12), 2491-2496.
- Blier, P. (2006). Pregnancy, depression, antidepressants and breast-feeding. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 31(4), 226-228.
- Bloch, M., Schmidt, P., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L., & Rubinow, D. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *The American Journal of Psychiatry*, 157(6), 924-930.
- Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D., & Klein, E. (2005). Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry*, 28, 3– 8.
- Blum, L. D. (2007). Psychodynamics of postpartum depression. *Psychoanalytic Psychology*, 24(1), 45-62.
- Boath, E., Bradley, E., & Henshaw, C. (2004). Women's views of antidepressants in the treatment of postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25(3/4), 221-233.
- Boath, E., Bradley, E., & Henshaw, C. (2005). The prevention of postnatal depression: a narrative systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 26(3), 185-192.
- Boath, E., & Henshaw, C. (2001). The treatment of postnatal depression: a comprehensive literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19(3), 215-248.
- Boath, E., Pryce, A., & Cox, J. (1998). Postnatal depression: the impact on the family. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, 199-203.

- Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M., & Koren, G. (2004). Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Canadian Journal of Psychiatry*, *49*(11), 726-735.
- Born, L., Zinga, D., & Steiner, M. (2004). Challenges in identifying and diagnosing postpartum disorders. *Primary Psychiatry*, *11*(3), 29-36.
- Bowen, A., Stewart, N., Baetz, M., & Muhajarine, N. (2009). Antenatal depression in socially high-risk women in Canada, *63*, 414-416.
- Boyd, R. C. , Pearson, J. L., & Blehar, M. C. (2002). Prevention and treatment of depression in pregnancy and the postpartum period – summary of a maternal depression roundtable: a U.S. perspective. *Archives of Women`s Mental Health*, *4*, 79–82.
- Boyce, P., & Hickey, A. (2005). Psychosocial risk factors to Major depression after childbirth. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *40*, 605-612.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1989). *A relação mais precoce: os pais, os bebês e a interação precoce*. Terramar.
- Brennan, P. A., Hammen, C., Anderson, M. J., Bor, W., Najman, J. M., & Williams, G. M. (2000). Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: relationships with child outcomes at age 5. *Developmental Psychology*, *36*(6), 759-766.
- Brites, J., Moreira, C., & Baptista, A. (2000). Estudo de factores psicossociais relacionados com a depressão pós-parto. *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA, 207-219.
- Brockington, I. (2004a). Diagnosis and management of post-partum disorders: a review. *World Psychiatry*, *3*(2), 89-95.
- Brockington, I. (2004b). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*, *363*, 303-310.

- Brockington, I., Macdonald, E., & Wainscott, G. (2006). Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 253-263.
- Brown, S.J., Yelland, J.S., Sutherland, G.A., Baghurst, P.A. & Robinson, J.S. (2011). Stressful life events, social health issues and low birthweight in an Australian population-based birth cohort: challenges and opportunities in antenatal care. *BioMed Central Public Health*, 11, 196, from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/196>
- Brunette, M. F., & Jacobson, T. (2006). Children of parents with mental illness: outcomes and interventions. In V. Hendrick (Ed), *Psychiatric disorders in pregnancy and the postpartum: principles and treatment* (pp.197-227). New Jersey: Humana Press Inc.
- Bryman, A., & Cramer, D. (1992). *Análise de dados em Ciências Sociais*. Oeiras: Celta Editora.
- Buist, A. (2002). Mental health in pregnancy: the sleeping giant. *Australasian Psychiatry*, 10(3), 203-206.
- Buist, A., Minto, B., Szego, K., Samhuel, M., Shawyer, L., & O'Connor, L. (2004). Mother-baby psychiatric units in Australia- the Victorian experience. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 81-87.
- Buist, A., Speelman, C., Hayes, B., Reay, R., Milgrom, J., Meyer, D., & Condon, J. (2007). Impact of education on women with perinatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(1), 49-54.
- Bunevicius, R., Kusminskas, L., Bunevicius, A., Nadisauskiene, R. J., Jureniene, K., & Pop, V. J. M. (2009). Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 88, 599-605.

- Bussel, J. C. H., Spitz, B., & Demyttenaere, K. (2009). Depressive symptomatology in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal antenatal orientations. *Archives of Women's Mental Health, 12*, 155-166.
- Carter, F. A., Carter, J. D., Luty, S. E., Wilson, D. A., Frampton, C. M. A., & Joyce, P. R. (2005). Screening and treatment for depression during pregnancy: a cautionary note. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 39*, 255–261.
- Carver, C. S., & Scheier, M. (2001). Optimism, pessimism, and self-regulation. In E. C. Chang (2001). *Optimism & pessimism- implications for theory, research and practice* (pp.31-51). American Psychological Association. Washington, D.C.
- Cazas, O., & Glangeaud-Freudenthal, N. M. C. (2004). The history of mother-baby units (MBUs) in France and Belgium and of the French version of the Marcé checklist. *Archives of Women's Mental Health, 7*, 53–58.
- Chabrol, H., Teissedre, F., Armitage, J., Danel, M., & Walburg, V. (2004). Acceptability of psychotherapy and antidepressants for postnatal depression among newly delivered mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 22*(1), 5–12.
- Chan, S.W., Williamson, V. & McCutcheon, H. (2009). A comparative study of the experience of a group of Hong Kong Chinese and Australian women diagnosed with postpartum depression. *Perspectives in Psychiatric Care, 45*(2), 108-118.
- Chaudron, L. H., Kitzman, H. J., Szilagyi, P. G., Sidora-Arcoelo, K., & Anson, E. (2005). Changes in maternal depressive symptoms across the postpartum year at well child care visits. *Ambulatory Pediatrics, 6*(4), 221-224.
- Chaudron, L. H., Szilagyi, P. G., Kitzman, H. J., Wadkins, H. I. M., & Conwell, Y. (2004). Detection of postpartum depressive symptoms by screening at well-child visits. *Pediatrics, 113*(3), 551-558.



- Chung, E. K., McCollum, K. F., Elo, I. T., Lee, H. J., & Culhane, J. F. (2004). Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income Women. *Pediatrics*, *113*(6), 523-529.
- Churchill, A. C., & Davis, C. (2010). Realistic orientation and the transition to motherhood. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *29*(1), 39-67.
- Clark, R., Tluczek, A., & Wenzel, A. (2003). Psychotherapy for postpartum depression: a preliminary report. *American Journal of Orthopsychiatry*, *73*(4), 441-454.
- Coelho, H.F., Murray, L.M., Royal-Lawson, M. & Cooper, P.J. (2011). Antenatal anxiety disorder as a predictor of postnatal depression: a longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, *129*, 348-353.
- Cohen, J. F., Campbell, S. B., Matias, R., & Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology*, *26*(1), 15-23.
- Cohen, M. M., Schei, B., Ansara, D., Gallop, R., Stuckless, N., & Stewart, D. E. (2002). A history of personal violence and postpartum depression: is there a link? *Archives of Women's Mental Health*, *4*, 83-92.
- Collins, N. L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw, S. C. M. (1993). Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*(6), 1243-1258.
- Compas, B. E., Langrock, A. M., Keller, G. Merchant, M. J., & Copeland, M. E. (2002). *Children coping with parental depression: processes of adaptation to family stress*. In S. H. Goodman & Gotlib, I. H. (Eds.), *Children of depressed parents: mechanisms of risk and implications for treatment* (pp.227-252). Washington D.C.: American Psychological Association.

- Condon, J. T., Boyce, P., & Corkindale, C. J. (2004). The first-time fathers study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*, 56–64.
- Cooper, C., Jones, L., Dunn, E., Forty, L., Haque, S., Oyeboode, S.,...Jones, I. (2007). Clinical presentation of postnatal and non-postnatal depressive episodes. *Psychological Medicine, 37*, 1273-1280.
- 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:1. impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry, 182*, 412-419.
- Correa, A. (2007). Depresión y estrógenos: son los estrógenos una opción terapéutica? *Universitas Médica, 48*(3), 277-290.
- Costa, D., Lowensteyn, I., Abrahamowicz, M., Ionescu-Ilttu, R., Dritsa, M., Rippen, N.,...Khalife, S. (2009). A randomized clinical trial of exercise to alleviate postpartum depressed mood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 30* (3), 191-200.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry, 150*, 782-786.
- Cox, J. L., Murray, D., & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry, 163*, 27-31.
- Craig, E. A., Judd, F., & Hodgins, G. (2005). Therapeutic group for women with postnatal depression in rural Victoria: a pilot study. *Australasian Psychiatry, 13*(3), 291-295.

- Crockenberg, S. C., & Leerkes, E. M. (2003). Parental acceptance, postpartum depression, and maternal sensitivity: mediating and moderating processes. *Journal of Family Psychology, 17*(1), 80-93.
- Curran, M., Hazen, N., Jacobvitz, D., & Sasaki, T. (2006). How representations of the parental marriage predict marital emotional attunement during the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology, 20*(3), 477-484.
- Cutrona, C. E. (1983). Causal attributions and perinatal depression. *Journal of Abnormal Psychology, 92*(2), 161-172.
- Cutrona, C. E., & Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression. *Child Development, 57*, 1507-1518.
- Dagher, R. K., McGovern, P. M., Alexander, B. H., Dowd, B. E., Ukestad, L. K., & McCaffrey, D. J. (2009). The psychosocial work environment and maternal postpartum depression. *International Journal of Behavioral Medicine, 16*, 339-346.
- Da-Silva, V. A., Moraes-Santos, A. R, Carvalho, M. S., Martins, M. L. P., & Teixeira, N. A. (1998). Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian woman. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 31*, 799-804.
- Dearing, E., Taylor, B. A., & McCartney, K. (2004). Implications of family income dynamics for women's depressive symptoms during the first 3 years after childbirth. *American Journal of Public Health, 94*(8), 1372-1377.
- Dennis, C. L. (2004a). Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *Journal of Affective Disorders, 78*, 163-169.

- Dennis, C. L. (2004b). Influence of depressive symptomatology on maternal health service utilization and general health. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 183-191.
- Dennis, C. L., & Boyce, P. (2004). Further psychometric testing of a brief personality scale to measure vulnerability to postpartum depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25, 305-311.
- Dennis, C. L., Jassen, P. A., & Singer, J. (2004). Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 338-346.
- Dennis, C. L., & Letourneau, N. (2007). Global and relationship-specific perceptions of support and the development of postpartum depressive symptomatology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 389-395.
- Dennis, C. L., & McQueen, K. (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*, 123(4), e736-e751.
- Dennis, C. L., & Ross, L. E. (2006). The clinical utility of maternal self-reported personal and familial psychiatric history in identifying women at risk for postpartum depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85, 1179-1185.
- Dennis, C. L., Ross, L. E., & Herxheimer, A. (2008). Oestrogens and progestins for preventing and treating postpartum depression (review). *The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.*
- Dessen, M. A., & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 221-231.

- Douma, S. L., Husband, C., O'Donnelly, M. E., Barwin, B. N., & Woodend, A. K. (2005). Estrogen-related mood disorders reproductive life cycle factors. *Advances in Nursing Science, 28*(4), 364-375.
- Downs, D. S., DiNallo, J. M., & Kirner, T. L. (2008). Determinants of pregnancy and postpartum depression: prospective influences of depressive symptoms, body image satisfaction, and exercise behaviour. *Annals of Behavioral Medicine, 36*, 54-63.
- Dudley, M., Roy, K., Kelk, N., & Bernard, D. (2001). Psychological correlates of depression in fathers and mothers in the first postnatal year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 19*(3), 187-202.
- Eberhard-Gran, M. (2003). Depression in women with focus on the postpartum period. Dissertation for the degree of Dr. Medicine. Faculty of Medicine. University of Oslo.
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S. O., & Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*, 426-433.
- Edhborg, M., Lundh, W., Seimyr, L., & Widström, A. M. (2003). The parent-child relationship in the context of maternal depressive mood. *Archives of Women's Mental Health, 6*, 211-216.
- Edwards, B., Galletly, C., Semmler-Booth, T., & Dekker, G. (2008). Antenatal psychosocial risk factors and depression among women living in socioeconomically disadvantage suburbs in Adelaide, South Australia. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 42*(1), 45-50.
- Elliott, S. A., Gerrard, J., Ashton, C., & Cox, J. L. (2001). Training health visitors to reduce levels of depression after childbirth: an evaluation. *Journal of Mental Health, 10*(6), 613-625.

- Elliot, S. A., & Leverton, T. J. (2000). Is the EPDS a magic wand?: 2. "Myths" and the evidence base. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 18*(4), 297-307.
- Epperson, C. N., & Ballew, J. (2006). Postpartum depression: a common complication of childbirth. In V. Hendrick (Ed), *Psychiatric disorders in pregnancy and the postpartum: principles and treatment* (pp.41-81).New Jersey: Humana Press Inc.
- Escribà-Agüir, V. & Artazcoz, L. (2011). Gender differences in postpartum depression: a longitudinal cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health, 65*, 320-326.
- Esteves, M. A. B., Pires, A., & Valada, M. J. S. (2001). *Depressão materna e comportamento parental*. Capítulo do livro Crianças (E Pais) em Risco de António Pires. Lisboa:ISPA, 347-373.
- Evans, J., Herron, J., Lewis, G., Araya, R., & Wolke, D. (2005). Negative self-schemas and the onset of depression in women: longitudinal study. *British Journal of Psychiatry, 186*, 302-307.
- Evans, L. M., Myers, M. M., & Monk, C. (2008). Pregnant women`s cortisol is elevated with anxiety and depression- but only when comorbid. *Archives of Women`s Mental Health, 11*, 239-248.
- Eysenck, H., & Eysenck, S. G. B. (1964). *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. London: University of London Press.
- Fairlie, T. G., Gillman, M. W., & Rich-Edwards, J. (2009). High pregnancy-related anxiety and prenatal depressive symptoms as predictors of intention to breastfeed and breastfeeding initiation. *Journal of Women`s Health, 18*(7), 945-953.
- Faisal-Cury, A., Tedesco, J. J. A., Kahhale, S., Menezes, P. R., & Zugaib, M. (2004). Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. *Archives of Women`s Mental Health, 7*, 123-131.

- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: Sage Publications.
- Field, T., Diego, M. A., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2004). Massage therapy effects on depressed pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25(2), 115-122.
- Fisher, J., Feekery, C., & Rowe, H. (2004). Treatment of maternal mood disorder and infant behaviour disturbance in an Australian private mothercraft unit: a follow-up study. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 89-93.
- Flaherty, J. A., Gaviria, F. M., & Pathak, D. S. (1983). The measurement of social support: the social support network inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 24, 521-529.
- Fleming, A., Steiner, M., & Carter, C. (1997). Cortisol, hedonics, and maternal responsiveness in human mothers. *Hormones and Behavior*, 32, 85-98.
- Flores-Ramos, M., Heinze, G., & Silvestri-Tomassoni, R. (2010). Association between depressive symptoms and reproductive variables in a group of perimenopausal women attending a menopause clinic in México City. *Archives of Womens Mental Health*, 13, 99-105.
- Fontaine, K. R., & Jones, L. C. (1997). Self-esteem, optimism, and postpartum depression. *Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 59-63.
- Foreman, D. M., & Henshaw, C. (2002). Objectivity and subjectivity in postnatally depressed mothers' perceptions of their infants. *Child Psychiatry and Human Development*, 32(4), 263-275.
- Fradique, F. (1992). Programa desenvolvimentalista preventivo da depressão pós-parto. Tese de Doutoramento: Universidade de Lisboa.

- Francis-Raniere, E. L., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (2006). Depressive personality styles and bipolar spectrum disorders: prospective tests of the event congruency hypothesis. *Bipolar Disorders*, *8*, 382-399.
- Fresco, D. M., Alloy, L. B., & Reilly-Harrington, N. (2006). Association of attributional style for negative and positive events and the occurrence of life events with depression and anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *25*(10), 1140-1159.
- Frizzo, G. B., & Piccinini, C. A. (2005). Interacção mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, *10*(1), 47-55.
- Gale, S., & Harlow, B. L. (2003). Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *24*, 257-266.
- Gao, L., Chan, S. W., & Mao, Q. (2009). Depression, perceived stress, and social support among first-time chinese mothers and fathers in the postpartum period. *Research in Nursing & Health*, *32*, 50-58.
- Garber, J., & Martin, N. C. (2002). *Negative cognitions in offspring of depressed parents: mechanisms of risk*. In S.H. Goodman & Gotlib, I.H. (Eds.), *Children of depressed parents: mechanisms of risk and implications for treatment* (pp.121-153). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Garcia-Esteve, L., Navarro, P., Ascaso, C., Torres, A., Aguado, J., Gelabert, E., & Martín-Santos, R. (2008). Family caregiver role and premenstrual syndrome as associated factors for postnatal depression. *Archives's of Womens Mental Health*, *11*, 193-200.
- Garfield, P., Kent, A., Paykel, E. S., Creighton, F. J., & Jacobson R. R. (2004). Outcome of postpartum disorders: a 10 year follow-up of hospital admissions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*, 434-439.



- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *American College of Obstetricians and Gynecologists, 106*(5), 1071-1083.
- Gelabert, E., Subirà, S., Plaza, A., Torres, A., Navarro, P., Ímaz, M.L., ... Martín-Santos, R. (2011). The vulnerable personality style questionnaire: psychometric properties in Spanish postpartum women. *Archives of Women`s Mental Health, 14*, 115-124.
- Giakoumaki, O., Vasilaki, K., Lili, L., Skouroliakou, M., & Liosis, G. (2009). The role of maternal anxiety in the early postpartum period: screening for anxiety and depressive symptomatology in Greece. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 30*(1), 21-28.
- Gladstone, T. G., & Beardslee, W. R. (2002). *Treatment, intervention, and prevention with children of depressed parents: a developmental perspective*. In S. H. Goodman & Gotlib, I. H. (Eds.), *Children of depressed parents: mechanisms of risk and implications for treatment* (pp.277-305). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Glass, G. V., & Hopkins, K. D. (1996). *Statistical methods in education and psychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- Godfrey, J. R. (2005). Toward optimal health: Donna E. Stewart, M.D. discusses perinatal depression. *Journal of Women`s Health, 14*(9), 803-807.
- Goldstein, L. H., Diener, M. L., & Mangelsdorf, S. C. (1996). Maternal characteristics and social support across the transition to motherhood: associations with maternal behaviour. *Journal of Family Psychology, 10*(1), 60-71.
- Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing, 45*(1), 26-35.

- Goodman, J. H., & Tyler-Viola, L. (2010). Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *Journal of Women's Health, 19*(3), 477-490.
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (2002). *Transmission of risk to children of depressed parents: integration and conclusions*. In S. H. Goodman & Gotlib, I. H. (Eds.), *Children of depressed parents: mechanisms of risk and implications for treatment* (pp.307-326). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Gotlib, I. H., Whiffen, V. E, Wallace, P. M., & Mount, J. H. (1991). Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(2), 122-132.
- Graffar, M. (1956). Une method de classification sociale d'echantillon de la population. *Courier, 6*, 455.
- Gregoire, A. J. P., Kumar, R., Everitt, B., Henderson, A. F., & Studd, J. W. W. (1996). Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *The Lancet, 347*, 930-933.
- Grote, N. K., & Bledsoe, S. E. (2007). Predicting postpartum depressive symptoms in new mothers: the role of optimism and stress frequency during pregnancy. *Health & Social Work, 32*(2), 107-118.
- Grote, N. K., Bledsoe, S. E., Swartz, H. A., & Frank, E. (2004). Culturally relevant psychotherapy for perinatal depression in low-income ob/gyn patients. *Clinical Social Work Journal, 32*, 327-347.
- Grote, V., Vik, T., Kries, R., Luque, V., Socha, J., Verducci, E.,...Koletzko, B. (2010). Maternal postnatal depression and child growth: a European cohort study. *BMC Pediatrics, 10* (14), from <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/10/14>

- Grussu, P., Quatraro, R. M., & Nasta, M. T. (2005). Profile of mood states and parental attitudes in motherhood: comparing women with planned and unplanned pregnancies. *Birth, 32*(2), 107-114.
- Halligan, S. L., Herbert, J., Goodyer, I., & Murray, L. (2006). Disturbances in morning cortisol secretion in association with maternal postnatal depression predict subsequent depressive symptomatology in adolescents. *Biological Psychiatry, 62*, 40-46.
- Halligan, S. L., Herbert, J., Goodyer, I., & Murray, L. (2004). Exposure to postnatal depression predicts elevated cortisol in adolescent offspring. *Biological Psychiatry, 55*, 376-381.
- Hammen, C. (2002). *Context of stress in families of children with depressed parents*. In S. H. Goodman & Gotlib, I. H. (Eds.), *Children of depressed parents: mechanisms of risk and implications for treatment* (pp.175-199). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Hanna, B. A., Edgecombe, G., Jackson, C. A., & Newman, S. (2002). The importance of first-time parent groups for new parents. *Nursing and Health Sciences, 4*, 209–214.
- Hart, R., & McMahon, C. A. (2006). Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Archives of Women`s Mental Health, 9*, 329-337.
- Harwood, K, McLean, N., & Durkin, K. (2007). First-time mothers` expectations of parenthood: what happens when optimistic expectations are not matched by later experiences? *Developmental Psychology, 43*(1), 1-12.
- Hay, D. F., Pawlby, S., Angold, A., Harold, G. T., & Sharp, D. (2003). Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Developmental Psychology, 39*(6), 1083-1094.

- Henderson, J. J., Evans, S. F., Straton, J. A. Y., Priest, S. R., & Hagan, R. (2003). Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth, 30*(3), 175-180.
- Hendrick, V. (2006). General Considerations in treating psychiatric disorders during pregnancy and following delivery. In V. Hendrick (Ed), *Psychiatric disorders in pregnancy and the postpartum: principles and treatment* (pp.1-12). New Jersey: Humana Press Inc.
- Hendrick, V., Altshuler, L., Strouse, T., & Grosser, S. (2000). Postpartum and nonpostpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depression and Anxiety, 11*, 66-72.
- Hendrick, V., Altshuler, L., & Suri, R. (1998). Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. *Psychosomatics, 39*, 93-101.
- Heneghan, A. M., Mercer, M., & DeLeone, N. L. (2004). Will mothers discuss parenting stress and depressive symptoms with their child's pediatrician? *Pediatrics, 113*, 460-467.
- Heneghan, A. M., Silver, E. J., Bauman, L. J., Westbrook, L. E., & Stein, R. E. K. (2000). Do pediatricians recognize mothers with depressive symptoms? *Pediatrics, 106*(6), 1367-1373.
- Henshaw, C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Archives of Women's Mental Health, 6*(2), S 33-42.
- Henshaw, C., Foreman, D., & Cox, J. (2004). Postnatal blues: a risk factor for postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 25* (3/4), 267-272.
- Heron, J., McGuinness, M., Blackmore, R., Craddock, N. & Jones, I. (2008). Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 115*, 348-353.

- Hipwell, A. E., Reynolds, S., & Crick, E. (2004). Cognitive vulnerability to postnatal depressive symptomatology. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22(3), 211–227.
- Hiscock, H., & Wake, M. (2001). Infant Sleep Problems and Postnatal Depression: A Community-Based Study. *Pediatrics*, 107, 1317-1322.
- Howell, E. A., Mora, P. A., DiBoaventura, M. D., & Leventhal, H. (2009). Modifiable factors associated with changes in postpartum depressive symptoms. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 113-120.
- Ho-Yen, S. D., Bondevik, G. T., Eberhard-Gran, M., & Bjorvatn, B. (2007). Factors associated with depressive symptoms among postnatal women in Nepal. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 86, 291-297.
- Huang, Y., & Mathers, N. (2001). Postnatal depression- biological or cultural? A comparative study of postnatal women in the UK and Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 279-287.
- Huizink, A. C., Medina, P. G. R., Mulder, E. J. H., Visser, G. H. A., & Buitelaar, J. K. (2002). Coping in normal pregnancy. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(2), 132-140.
- Hung, C. H. (2004). Predictors of postpartum women's health status. *Journal of Nursing Scholarship*, 36, 345-351.
- Husain, M. M., Stegman, D., & Trevino, K. (2005). Pregnancy and delivery while receiving vagus nerve stimulation for the treatment of major depressive: a case report. *Annals of General Psychiatry*, 4(16), from <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/4/1/16>
- Ingram, J. C., Greenwood, R. J., & Woolridge, M. W. (2003). Hormonal predictors of postnatal depression at 6 months in breastfeeding women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21(1), 61-68.

- Johnson, M. P., & Baker, S. R. (2004). Implications of coping repertoire as predictors of men's stress, anxiety and depression following pregnancy, childbirth and miscarriage: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25(2), 87-98.
- Josefsson, A. (2003). Postpartum depression: epidemiological and biological aspects. Linköping University Medical Dissertation. Sweden.
- Josefsson, A., Larsson, C., Sydsjö, G., & Nylander, P. O. (2007). Temperament and character in women with postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 3-7.
- Josefsson, A., & Sydsjö, G. (2007). A follow-up study of postpartum depressed women: recurrent maternal depressive symptoms and child behavior after four years. *Archives of Womens Mental Health*, 10, 141-145.
- Jureidini, J. N., McHenry, L. B., & Mansfield, P. R. (2008). Clinical trials and drug promotion: selective reporting of study 329. *The International Journal of Risk and Safety in Medicine*, 20(1-2), 73-81.
- Juruena, M. F., Pariante, C. M., Papadopoulos, A. S., Poon, L., Lightman, S., & Cleare, A. (2009). Prednisolone suppression test in depression: prospective study of the role of HPA axis dysfunction in treatment resistance. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 342-349.
- Kalra, S., & Einarson, A. (2006). Prevalence, clinical course, and management of depression during pregnancy. In V. Hendrick (Ed), *Psychiatric disorders in pregnancy and the postpartum: principles and treatment* (pp.13-41). New Jersey: Humana Press Inc.
- Kammerer, M., Marks, M. N., Pinard, C., Taylor, A., Castelberg, B., Künzli, H., & Glover, V. (2009). Symptoms associated with the DSM IV diagnosis of depression in

- pregnancy and post partum. *Archives of Womens` Mental Health*, 12, 135-141.
- Kammerer, M., Taylor, A., & Glover, V. (2006). The HPA axis and the perinatal depression: a hypothesis. *Archives of Womens` Mental Health*, 9(4), 187-196.
- Karaçam, Z. (2007). Factors affecting exclusive breastfeeding of healthy babies aged zero to four months: a community-based study of Turkish women. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 341-349.
- Kennedy, N., Foy, K., Sherazi, R., McDonough, M., & McKeon, P. (2007). Long-term social functioning after depression treated by psychiatrists: a review. *Bipolar Disorders*, 9, 25-37.
- Khashan, A. S., McNamee, R., Abel, K. M., Mortensen, P. B., Kenny, L. C., Pederson, M. G.,...Mortensen, P.B. (2009). Rates of preterm birth following antenatal maternal exposure to severe life events: a population-based cohort study. *Human Reproduction*, 24(2), 429-437.
- Kheirabadi, G., Maracy, M., Barekatin, M., Salehi, M., Pharm, G.S., Kelishadi, M., & Cassy, P. (2009). Risk factors of postpartum depression in rural areas of Isfahan province, Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 12(5), 461-467.
- Kim, J., & Buist, A. (2005). Postnatal depression: a Korean perspective. *Australasian Psychiatry*, 13(1), 68-71.
- Kim, Y., Hur, J., Kim, K., Oh, K., & Shin, Y. (2008). Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: a prospective study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 331-340.
- King, N. M. A, Chambers, J., O`Donnell, K., Jayaweera, S. R., Williamson, C., & Glover, V. A. (2010). Anxiety, depression and saliva cortisol in women with a medical disorder during pregnancy. *Archives of Women`s Mental Health*, 13, 339-345.

- Kitamura, T., Takauma, F., Tada, K., Yoshida, K., & Nakano, H. (2004). Postnatal depression, social support, and child abuse. *World Psychiatry, 3*(2), 100-101.
- Knudson-Martin, C., & Silverstein, R. (2009). Suffering in silence: a qualitative meta-data-analysis of postpartum depression. *Journal of Marital and Family Therapy, 35*(2), 145-158.
- Kozinszky, Z., Dudas, R.B., Csatordai, S., Devosa, I., Tóth, E., Szabó, D.,...Pál, A. (2011). Social dynamics of postpartum depression: a population-based screening in South-Eastern Hungary. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 46*, 413-423.
- Kramer, G. P., Bernstein, D. A., & Phares, V. (2009) Introduction to clinical psychology. Pearson Prentice Hall, 7 th ed.
- Kumar, R., & Robson, K. M. (1984). A prospective study of emotional disorders in child-bearing women. *British Journal of Psychiatry, 144*, 35-47.
- Lai, J. C. L., Evans, P. D., Ng, S. H., Chong, A. M. L., Siu, O. T., Chan, C. L. W.,...Chan, C. (2005). Optimism, positive affectivity, and salivary cortisol. *British Journal of Health Psychology, 10*, 467-484.
- Lam, P., Hiscock, H., & Wake, M. (2003). Outcomes of infant sleep problems: a longitudinal study of sleep, behavior, and maternal well-being. *Pediatrics, 111* (3), 203-207.
- Lanes, A., Kuk, J.L. & Tamim, H. (2011). Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *BioMed Central Public Health, 11*, 302, from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/302>.
- Larsson, C., Sydsjö, G., & Josefsson, A. (2004). Health, sociodemographic data, and pregnancy outcome in women with antepartum depressive symptoms. *The American College of Obstetricians and Gynecologists, 104*(3), 459-466.



- Le, H., Perry, D., & Sheng, X. (2009). Using the internet to screen for postpartum depression. *Maternal and Child Health Journal, 13*, 213-221.
- Lee, D. T. S., Yip, A. S. K., Leung, T. Y. S., & Chung, T. K. H. (2004). Ethnoepidemiology of postnatal depression: prospective multivariate study of sociocultural risk factors in a Chinese population in Hong Kong. *British Journal of Psychiatry, 184*, 34-40.
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry, 8(24)*, from <http://www.biomedcentral.com/1471-244x-8-24>
- Lima, E. D., Norman, E. M., & Lima, A. P. (2005). Translation and adaptation of the social support network inventory in Brazil. *Journal of Nursing Scholarship, 258-260*.
- Lobato, G., Moraes, C.L, Dias, A.S. & Reichenheim, M.E. (2011). Postpartum depression according to time frames and sub-groups: a survey in primary health care settings in Rio de Janeiro, Brazil. *Archives of Women`s Mental Health, 14*, 187-193.
- Lobel, M., Vincent, C. J., Kaminer, A., & Meyer, B. A. (2000). The impact of prenatal maternal stress and optimistic disposition on birthe outcomes in medically high-risk women. *Health Psychology, 19(6)*, 544-553.
- Lobel, M., Yali, M., Zhu, W., Vincent, C. J., & Meyer, B. A. (2002). Beneficial associations between optimistic disposition and emotional *distress* in high-risk pregnancy. *Psychology and Health, 17(1)*, 77-95.
- Logsdon, M. C., Wisner, K., & Hanusa, B. H. (2009). Does maternal role functioning improve with antidepressant treatment in women with postpartum depression?. *Journalof Womens Health, 18(1)*, 85-90.

- Loh, C., & Vostanis, P. (2004). Perceived mother-infant relationship difficulties in postnatal depression. *Infant and Child Development, 13*, 159-171.
- Lovestone, S., & Kumar, R. (1993). Postnatal psychiatric illness: the impact on partners. *British Journal of Psychiatry, 163*, 210-216.
- Luke, S., Salihu, H. M., Alio, A. P., Mbah, A. K., Jeffers, D., Berry, E. L., & Mishkit, V.R. (2009). Risk factors for major antenatal depression among low-income African American women. *Journal of Women's Mental Health, 18*(11), 1841-1846.
- Luoma, I., Koivisto, A., & Tamminen, T. (2004). Fathers' and mothers' perceptions of their child and maternal depressive symptoms. *Nordic Journal of Psychiatry, 58*(3), 205-211.
- Lusskin, S., Pundiak, T. M., & Habib, S. M. (2007). Perinatal depression: hiding in plain sight. *The Canadian Journal of Psychiatry, 52*(8), 479-488.
- Lyons-Ruth, K., Lyubchik, A., Wolfe, R., & Bronfman, E. (2002). *Parental depression and child attachment: hostile and helpless profiles of parent and child behavior among families at risk*. In S. H. Goodman & Gotlib, I. H. (Eds.), *Children of depressed parents: mechanisms of risk and implications for treatment* (pp. 89-120). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Mann, R., Gilbody, S., & Adamson, J. (2010). Prevalence and incidence of postnatal depression: what can systematic review tell us?. *Archives of Women's Mental Health, 13*, 295-305.
- Mao, Q., Zhu, L. & Su, X. (2011). A comparison of postnatal depression and related factors between Chinese new mothers and fathers. *Journal of Clinical Nursing, 20*, 645-652.
- Marcus, S., Flynn, H., Blow, F., & Barry, K. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health, 12*, 373-380.

- Matijasevich, A., Golding, J., Smith, G. D., Santos, I. S., Barros, A. J. D., & Victora, C. G. (2009). Differentials and income-related inequalities in maternal depression during the first two years after childbirth: birth cohort studies from Brazil and the UK. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 5(12), from <http://www.cpementalhealth.com/content/5/1/12>
- Matos, M. L. L., Piélago, J. S., & Figueroa, A. L. (2009). Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), 310-314.
- Matthey, S. (2009). Women's perceptions of the causes of their postnatal distress: development of the reasons for postnatal distress checklist. *Depression And Anxiety*, 26,938-948.
- Mayberry, L. J., Horowitz, J. A., & Declercq, E. (2007). Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 36(6), 542-549.
- Mayes, L. C., & Leckman, J. F. (2007). Parental representations and subclinical changes in postpartum mood. *Infant Mental Health Journal*, 28(3), 281-295.
- McCoy, S. J. B., Beal, J. M., Shipman, S. B. M., Payton, M. E., & Watson, G. H. (2006). Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *Journal of the American Osteopathic Association*, 106, 193–198.
- McLennan, J. D., & Kotelchuck, M. (2000). Parental prevention practices for young children in the context of maternal depression, *Pediatrics*, 105(5), 1090-1095.
- Melrose, S. (2010). Paternal postpartum depression: How can nurses begin to help?. *Contemporary Nurse*, 34 (2), 199-210.

- Messinis, L., Vlahou, C. H., Tsapanos, V., Tsapanos, A., Spilioti, D., & Papathanasopoulos, P. (2010). Neuropsychological functioning in postpartum depressed versus nondepressed females and nonpostpartum controls. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 32*(6), 661-666.
- Milgrom, J., & Beatrice, G. (2003). Coping with the stress of motherhood: cognitive and defence style of women with postnatal depression. *Stress and Health, 19*, 281-287.
- Milgrom, J., Negri, L. M., Gemmill, A. W., McNeil, M., & Martin, P. R. (2005). A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *The British Journal of Clinical Psychology, 44*, 529-542.
- Miller, K. J., & Rogers, S. A. (2007). The estrogen-depression connection: the hidden link between hormones & women`s depression. New Harbinger Publications, Inc : Oakland.
- Miller, L. (2002). Postpartum depression. *Journal of the American Medical Association, 287*, 762-765.
- Minkovitz, C. S., Strobino, D., Scharfstein, D., Hou, W., & Miller, T. (2005). Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics, 115*, 306-314.
- Misri, S., & Kendrick, K. (2007). Treatment of perinatal mood and anxiety disorders: a review. *The Canadian Journal of Psychiatry, 52*(8), 489-498.
- Misri, S., Kendrick, K., Oberlander, T. F., Norris, S., Tomfohr, L., Zhang, H., & Grunau, R. E. (2010). Antenatal depression and anxiety affect postpartum parenting stress: a longitudinal, prospective study. *La Revue Canadienne de Psychiatrie, 55*(4), 222-228.

- Mistry, R., Stevens, G. D., Sareen, H., & Vogli, R. (2007). Parenting-related stressors and self-reported mental health of mothers with young children. *American Journal of Public Health, 97*(7), 1261-1268.
- Montgomery, P., Bailey, P., Purdon, S. J., Snelling, S. J., & Kauppi, C. (2009). Women with postpartum depression: "my husband" stories. *BMC Nursing, 8*(8), from <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/8/8>
- Moraitou, M., Galanakis, M., Stalikas, A. & Garivaldis, F.J. (2011). The relation of positive emotions to post partum depression. *Europe`s Journal of Psychology, 1*, 112-142.
- Moss, K. M., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Milgrom, J. (2009). Depressive and anxiety symptoms through late pregnancy and the first year post birth: an examination of prospective relationships. *Archives of Womens Mental Health, 12*, 345-349.
- Murray, L., Cooper, P., & Hipwell, A. (2003). Mental health of parents caring for infants. *Archives of Women`s Mental Health, 6*(2), S-71-77.
- Nager, A., Johansson, L.M. & Sundquist, K. (2005). Are sociodemographic factors and year of delivery associated with hospital admission for postpartum psychosis? A study of 500 000 first-time mothers. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 112*, 47-53.
- Nicolson, P. (2001). Postnatal depression: facing the paradox of loss, happiness and motherhood. John Wiley & Sons, Ltd.
- Noorlander, Y., Bergink, M.P. & Berg, M.P. (2008). Perceived and observed mother-child interaction at time of hospitalization and release in postpartum depression and psychosis. *Archives of Womens Mental Health, 11*, 49-56.
- Numan, M., & Insel, T. R., (2003). The neurobiology of parental behaviour. Springer-Verlag: New York.

- Nusslock, R., Abramson, L., Harmon-Jones, E., Alloy, L. B., & Hogan, M. E. (2007). A goal-striving life event and the onset of hypomanic and depressive episodes and symptoms: perspective from the behavioural approach system (BAS) dysregulation theory. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(1), 105-115.
- Nylen, K. J., O'Hara, M. W., Brock, R., Moel, J., Gorman, L. & Stuart, S. (2010). Predictors of the longitudinal course of postpartum depression following interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(5), 757-763.
- Oates, M. (2005). *Screening for women at risk of serious mental illness*. In C. Henshaw & S. Elliott (Eds). *Screening for perinatal depression*. Jessica Kingsley Publishers: London.
- O'Brien, L. M., Heycock, E. G., Hanna, M., Jones, P. W., & Cox, J. L. (2004). Postnatal depression and faltering growth: a community study. *Pediatrics, 113*(5), 1242-1247.
- O'Hara, M. W., Rehm, L. P., & Campbell, S. B. (1982). Predicting depressive symptomatology: cognitive-behavioral models and postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology, 91*(6), 457-461.
- O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Varner, M. W. (1991). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal variables. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(1), 63-73.
- O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., & Wenzel, A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry, 57*(11), 1039.

- O'Mahen, H. A., Flynn, H. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Rumination and interpersonal functioning in perinatal depression. *Journal of Social and Clinical Psychology, 29*(6), 646-667.
- Oliveira, M. G., Fonseca, P. P., & Porto, J. A. (2002). Versão brasileira da entrevista de Paykel para eventos de vida recentes. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 4*(1), 47-61.
- Oppo, A., Mauri, M., Ramacciotti, D., Camilleri, V., Banti, S., Borri, C.,...Cassano, G.B. (2009). Risk factors for postpartum depression: the role of the Postpartum Depression Predictors Inventory- Revised (PDPI-R): results from the Perinatal Depression-Research & Screening Unit (PNDRScU) study. *Archives of Womens Mental Health, 12*, 239-249.
- Pais-Ribeiro, J., & Pedro, L. (2006). Contribuição para a análise psicométrica e estrutural da escala revista de avaliação do optimismo (escala de orientação para a vida – revista) em doentes com esclerose múltipla. In I. Leal, J. Ribeiro & S. Jesus (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia: Saúde, Bem-estar e Qualidade de Vida* (pp. 133-139). Lisboa: ISPA Edições.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine, 12*(2), 225-237.
- Park, C. L., Moore, P. J., Turner, R. A., & Adler, N. E. (1997). The roles of constructive thinking and optimism in psychological and behavioral adjustment during pregnancy. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*(3), 584-592.
- Parry, B. (2004). Mood Disorders and the reproductive cycle. *Feature Article, 1*(1), 61-66.

- Parry, B., Sorenson, D.L., Meliska, C.J., Basavaraj, N., Zirpoli, G.G., Gamst, A., & Hauger, R. (2003). Hormonal basis of mood and postpartum disorders. *Current Women`s Health Reports*, 3, 230-235.
- Parry, B., Curran, M.L., Stuenkel, C.A., Yokimozo, M., Tam, L., Powell, K., & Gillin, J.C. (2000). Can critically timed sleep deprivation be useful in pregnancy and postpartum depressions? *Journal of Affective Disorders*, 60, 201-212.
- Patel, V., DeSouza, N., & Rodrigues, M. (2003). Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, Índia. *Archives of Disease in Childhood*, 88(1), 34-37.
- Patel, V., Rodrigues, M., & DeSouza, N. (2002). Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, Índia. *The American Journal of Psychiatry*, 159(1), 43-47.
- Paykel, E. S., & Mangen, S. P. (1980). Interview for recent life events, revised.
- Perren, S., Wyl, A., Bürgin, D., Simoni, H., & Klitzing, K. (2005). Depressive symptoms and psychosocial stress across the transition to parenthood: associations with parental psychopathology and child difficulty. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and gynecology*, 26(3), 173-182.
- Phares, V., Duhig, A. M., & Watkins, M. M. (2002). *Family context: fathers and other supports*. In S. H. Goodman & Gotlib, I. H. (Eds.), *Children of depressed parents: mechanisms of risk and implications for treatment* (pp.203-225). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Philipps, L. H., & O`Hara, M. W. (1991). Prospective study of postpartum depression: 41/2-year follow-up of women and children. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 151-155.
- Pitt, B. (1968). "Atypical" depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 122, 431-433.



- Poinso, F., Gay, M. P., Glangeaud-Freudenthal, N. M. C., & Rufo, M. (2002). Care in a mother-baby psychiatric unit: analysis of separation at discharge. *Archives of Womens Mental Health, 5*, 49–58.
- Radke-Yarrow, M., & Klimes-Dougan, B. (2002). *Parental depression and offspring disorders: a developmental perspective*. In S.H. Goodman & Gotlib, I.H. (Eds.), *Children of depressed parents: mechanisms of risk and implications for treatment* (pp.155-173). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Rahman, A., & Creed, F. (2007). Outcome of prenatal depression and risk factors associated with persistence in the first postnatal year: prospective study from Rawalpindi, Pakistan. *Journal of Affective Disorders, 100*, 115-121.
- Rahman, A., Iqbal, Z., Bunn, J., Lovel, H., & Harrington, R. (2004). Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness. *Archives of General Psychiatry, 61*, 946-952.
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., & O'Connor, T. G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet, 365*, 2201-2205.
- Reck, C., Hunt, A., Fuchs, T., Weiss, R., Noon, A., Moehler, E.,...Mundt,C. (2004). Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. *Psycopathology, 37*, 272-280.
- Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M., Stefenelli, U., Reinig, K., Fuchs, T., & Mundt,C. (2008). Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 118*, 459-468.
- Reid, H., Power, M., & Cheshire, K. (2009). Factors influencing antenatal depression, anxiety and stress. *British Journal of Midwifery, 17*(8), 501-508.
- Riecher-Rössler A., & Hofecker F. M. (2003). Postpartum depression: do we still need this diagnostic term? *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108*(418), 51–56.

- Righetti-Veltema, M., Bousquet, A., & Manzano, J. (2003). Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *European Child & Adolescent Psychiatry, 12*, 75-83.
- Rini, C. K., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P. D., & Sandman, C. A. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: the role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology, 18*(4), 333-345.
- Robertson, E., & Lyons, A. (2003). Living with puerperal psychosis: a qualitative analysis. *Psychology and Psychotherapy, 76*, 411-431.
- Robin, A. A. (1962). The psychological changes of normal parturition. *Psychiatric Quarterly, 36*(1), 129-150.
- Romero-Gutiérrez, G., Rosa, E. M. D., Regalado-Cedillo, C. A., & León, A. L. P. (2010). Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. *Ginecología y Obstetricia de México, 78*(1), 53-57.
- Røsand, G.B., Slinning, K., Eberhard-Gran, M., Røysamb, E. & Tambs, K. (2011). Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy. *BioMed Central Public Health, 11*, 161, from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/161>
- Ross, L. E. , Sellers, E. M., Evans, S. E., & Romach, M. K. (2004). Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*, 457-466.
- Rowlands, I., & Lee, C. (2010). Adjustment after miscarriage: predicting positive mental health trajectories among young Australian women. *Psychology, Health & Medicine, 15*(1), 34-49.
- Rubertsson, C., Wickberg, B., Gustavsson, P., & Rådestad, I. (2005). Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-

- prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Archives Women`s Mental Health*, 8, 97-104.
- Safford, S. M., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., & Crossfield, G. (2007). Negative cognitive style as a predictor of negative life events in depression-prone individuals: a test of the stress generation hypothesis. *Journal of Affective Disorders*, 99(1-3), 147-154.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J., & Halmesmäki, E. (2001). Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(1), 36-45.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J., & Halmesmäki, E. (2008). Longitudinal study on the predictors of parental stress in mothers and fathers of toddlers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(3), 213-222.
- Salmela-Aro, K., Nurmi, J., Saisto, T., & Halmesmäki, E. (2001). Goal reconstruction and depressive symptoms during the transition to motherhood: evidence from two cross-lagged longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(6), 1144-1159.
- Salmon, M., Abel, K., Cordingley, L., Friedman, T., & Appleby, L. (2003). Clinical and parenting skills outcomes following joint mother-baby psychiatric admission. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 556-562.
- Salmon, M. P., Abel, K., Webb, R., Warburton, A. L., & Appleby, L. (2004). A national audit of joint mother and baby admissions to UK psychiatric hospitals: an overview of findings. *Archives of Women`s Mental Health*, 7, 65-70.
- Sanjuan, J., Martin-Santos, R., Garcia-Esteve, L., Carot, J. M., Guilamant, R., Gutierrez-Zotes, A.,...Frutos, R. (2008). Mood changes after delivery: role of the serotonin transporter gene. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 383-388.

- Saraiva, E. M., Fortunato, J. M. S., & Gavina, C. (2005). Oscilações do cortisol na depressão e sono/vigília. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1/2), 89-100.
- Satoh, A., Kitamiya, C., Kudoh, H., Watanabe, M., Menzawa, K., & Sasaki, H. (2009). Factors associated with late post-partum depression in Japan. *Japan Journal of Nursing Science*, 6, 27-36.
- Sayin, A., Özsoylar, G., Candansayar, S., Etik, C., Genc, Y., & Cosar, B. (2005). Prognosis of postpartum psychiatric disorders in a Turkish sample. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 9(2), 99-106.
- Scholle, S. H., Haskett, R. F., Hanusa, B. H., Pincus, H. A., & Kupfer, D. J. (2003). Addressing depression in obstetrics/gynecology practice. *General Hospital Psychiatry*, 25(2), 83-90.
- Sealy, P. A., Fraser, J., Simpson, J. P., Evans, M., & Hartford, A. (2009). Community awareness of postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 38, 121-133.
- Segman, R. H., Goltser-Dubner, T., Weiner, I., Canetti, L., Galli-Weisstub, E., Milwidsky, A.,...Hochner-Celnikier, D. (2010). Blood mononuclear cell gene expression signature of postpartum depression. *Molecular Psychiatry*, 15, 93-100.
- Segre, L. S., O`Hara, M. W., Arndt, S., & Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum depression: the relative significance of three social status indices. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 316-321.
- Seimyr, L., Edhborg, M., Lundh, W., & Sjögren, B. (2004). In the shadow of maternal depressed mood: experiences of parenthood during the first year after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25, 23-34.
- Séjourné, N., Alba, J., Onorru, M., Goutaudier, N. & Chabrol, H. (2011). Intergenerational transmission of postpartum depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(2), 115-124.

- Shakespeare, J. (2005). *Screening the role and recommendations of the UK national screening committee*. In C. Henshaw & S. Elliott (Eds). *Screening for Perinatal Depression*. Jessica Kingsley Publishers: London.
- Sharp, D., Hay, D. F., Pawlby, S., Schmücker, G., Allen, H., & Kumar, R. (1995). The impact of postnatal depression on boy's intellectual development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 1315-1336.
- Sheeber, L., Davis, B., & Hops, H. (2002). *Gender-specific vulnerability to depression in children of depressed mothers*. In S.H. Goodman & Gotlib, I.H. (Eds.), *Children of depressed parents: mechanisms of risk and implications for treatment* (pp.253-274). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Sidor, A., Kunz, E., Schweyer, D., Eickhorst, A. & Cierpa, M. (2011). Links between maternal postpartum depressive symptoms, maternal distress, infant gender and sensitivity in a high-risk population. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5, 7, from <http://www.capmh.com/content/5/1/7>
- Silva, R. A., Jansen, K., Souza, L. D. M., Moraes, I. G. S., Tomasi, E., Silva, G. G.,...Pinheiro, R. T. (2010). Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2), 139-144.
- Speroff, L., & Fritz, M. A. (2005). *Clinical Gynecologia Endocrinology & Infertility*. 7<sup>th</sup> Edition. Lippincott Williams & Wilkins.
- Spinelli, M., & Endicott, J. (2002). Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *The American Journal of Psychiatry*, 160(3), 555-562.
- Spitzer, R., Endicot, J., & Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiat*, 35, 7738-782.
- Stanley, C., Murray, L., & Stein, A. (2004). The effect of postnatal depression on mother-infant interaction, infant response to the still-face perturbation, and

- performance on an instrumental learning task. *Developmental Psychopathology*, 16(1), 1-18.
- Steiner, M. (2006). Female-specific mood disorders. *Psychiatry*, 5(4), 131-134.
- Steiner, M. (1998). Perinatal mood disorders: position paper. *Psychopharmacology Bulletin*, 34(3), 301-306.
- Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C. L., & Grace, S. (2004). An evidence-based approach to post-partum depression. *World Psychiatry*, 3(2), 97-98.
- Stowe, Z. N., Owens, M. J., Landry, J. C., & Kilts, C. D., Ely, T., Llewellyn, A., & Nemeroff, C.B. (1997). Sertraline and desmethylsertraline in human breast milk and nursing infants. *The American Journal of Psychiatry*, 154(9), 1255-1260.
- Stuart, S., O'Hara, M., & Gorman, L. (2003). The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 57-69.
- Studd, J., & Panay, N. (2004). Hormones and depression in women. *Climacteric*, 7(4), 338-346.
- Surkan, P. J., Kawachi, I., Ryan, L. M., Berkman, L. F., Vieira, L. M. C., & Peterson, K. E. (2008). Maternal depressive symptoms, parenting self-efficacy, and child growth. *American Journal of Public Health*, 98(1), 125-132.
- Tammentie, T., Tarkka, M. T., Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., & Laippala, P. (2004). Family dynamics and postnatal depression. *Journal of Psychiatric and Health Nursing*, 11, 141-149.
- Taylor, A., Glover, V., Marks, M., & Kammerer, M. (2009). Diurnal pattern of cortisol output in postnatal depression. *Psychoneuroendocrinology*, 34(8), 1184-1188.
- Tiffany, M. F. (2002). *Prenatal effects of maternal depression*. In S. H. Goodman & I. H., Gotlib (Eds.), *Children of depressed parents: mechanisms of risk and*

- implications for treatment (pp.59-88). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Tychey, C., Briançon, S., Lighezzolo, J., Spitz, E., Kabuth, B., Luigi, V.,...Vincent, S. (2007). Quality of life, postnatal depression and baby gender. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 312-322.
- Ugarriza, D. N., & Schmidt, L. (2006). Telecare for women with postpartum depression. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 44*(1), 37-45.
- Uguz, F., Akman, C., Sahingoz, M., Kaya, N., & Kucur, R. (2009). One year follow-up of post-partum onset depression: the role of depressive symptom severity and personality disorders. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 30*(2), 141-145.
- Urizar, G. G., Milazzo, M., Le, H., Delucchi, K., Sotelo, R., & Muñoz, R. F. (2004). Impact of stress reduction instructions on stress and cortisol levels during pregnancy. *Biological Psychology, 67*, 275-282.
- Vaz Serra, A., Ponciano, E., & Freitas, J. F. (1980). Resultados de aplicação do Eysenck Personality Inventory a uma amostra de população portuguesa. *Psicologia Clínica, 1*, 127-132.
- Walling, A. D. (2006). Postnatal Depression in Fathers: Effects on Children. *American Family Physician, 73*(1), 158.
- Wang, S., Chen, C., & Lee, S. (2005). Impact of postpartum depression on the mother-infant couple. *Birth, 32*(1), 39-44.
- Webster, J., Linnane, J. W. J., Dibley, L. M., Hinson, J. K., Starrenburg, S. E., & Roberts, J. A. (2000). Measuring social support in pregnancy: can it be simple and meaningful? *Birth, 27*(2), 97-101.

- Wee, K.Y., Skouteris, H., Pier, C., Richardson, B. & Milgrom, J. (2011). Correlates of ante-and postnatal depression in fathers: a systematic review. *Journal of Affective Disorders, 130*, 358-377.
- Weinberg, M. K., Tronick, E. Z., Beeghly, M., Olson, K. L., Kernan, H., & Riley, J. M. (2001). Subsyndromal depressive symptoms and Major Depression in postpartum women. *American Journal of Orthopsychiatry, 71*(1), 87-97.
- Whiffen, V. E., & Gotlib, I. H. (1989). Infants of postpartum depressed mothers: temperamente and cognitive status. *Journal of Abnormal Psychology, 98*(3), 274-279.
- Wisner, K. L., Moses-Kolko, E. L., & Sit, D. K. Y. (2010). Postpartum depression: a disorder is search of a definition. *Archives of Women`s Mental Health, 13*, 37-40.
- Woolhouse, H., Brown, S., Krastev, A., Perlan, S., & Gunn, J. (2009). Seeking help for anxiety and depression after childbirth: results of the Maternal Health Study. *Archives of Women`s Mental Health, 12*, 75-83.
- Yali, A. M., & Lobel, M. (2002). Stress-resistance resources and coping in pregnancy. *Anxiety, Stress and Coping, 15*(3), 289-309.
- Yalom, I. D., Lind, D. T., Oos, R. S., & Hamburg, D. A. (1968). Postpartum blues syndrome, *18*, 16-27.
- Yonkers, K. A., Ramin, S. M., Rush, A. J., Navarrete, C. A., Carmody, T., March, D.,...Leveno, K. J. (2004). Onset and persistence of postpartum in an inner-city maternal health clinical system. *The American Journal of Psychiatry, 158*(11), 1856-1863.
- Zauderer, C., & Galea, E. (2010). Breastfeding and depression: empowering the new mother. *British Journal of Midwifery, 18*(2), 88-91.



Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*, 361-370.

Zubaran, C., Foresti, K., Schumacher, M. V., Amoretti, A. L., Thorell, M. R., & Müller, L. C. (2009). The correlation between postpartum depression and health status. *Maternal and Child Health Journal*, *14*(5), 751-757.



## **ANEXOS**



## **Anexo 1: Índice de Abreviaturas**



## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS**

CRH – Corticotropin Releasing Hormone

DPN – Depresión Postnatal

DSM – Manual de Diagnóstico e Estadística das Perturbaciones Mentales

EPDS – Edinburg Postnatal Depression Scale

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

INO – Impacto Negativo Objectivo

LOT-R – Life Orientation Test Revised

M – Média

n – número de elementos de un grupo de la muestra

N – número de elementos la muestra

PND – Post Natal Depressión

RDC – Research Diagnostic Criteria

SADS-L – Survey for Affective Disorders and Schizophrenia

SSNI – Social Support Network Inventory





## **Anexo 2: Índice de Tablas**



---

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla I.1.</b> Características de los trastornos postparto segundo Born et al. (2004).....	28
<b>Tabela I.1.</b> Caracterização das desordens pós-parto segundo Born et al. (2004).....	112
<b>Tabla I.2.</b> Factores de riesgo de los trastornos emocionales en el postparto de acuerdo a Born et al. (2004).....	42
<b>Tabela I.2.</b> Factores de risco nas perturbações emocionais graves no pós-parto segundo Born et al. (2004).....	127
<b>Tabla II.1.</b> Diseño experimental del estudio longitudinal.....	211
<b>Tabla II.2.</b> Características sociodemograficas de los participantes.....	217
<b>Tabla II.3.</b> Hábitos de fumar, farmacológicos y alcohólicos de la madre y del padre.....	218
<b>Tabla II.4.</b> Variables obstétricas/ginecológicas de las participantes.....	219
<b>Tabla II.5.</b> Peso, longitud e índice Apgar del bebé.....	220
<b>Tabla II.6.</b> Edad de la madre y del padre en grupo A y grupo B.....	220
<b>Tabla II.7.</b> Caracterización sociodemográfica de los participantesa por grupos.....	221
<b>Tabla II.8.</b> Hábitos de fumar, farmacológicos y alcohólicos de la madre y del padre, por grupos.....	221
<b>Tabla II.9.</b> Descripción de las variables obstétricas/ginecológicas por grupos.....	222
<b>Tabla II.10.</b> Peso, longitud e índice Apgar del bebé ao nacer.....	223
<b>Tabla III.1.</b> Incidencia y prevalencia de la depresión durante el embarazo y en el período postnatal.....	227
<b>Tabla III.2.</b> Comparación múltiple para el EPDS durante los cuatro períodos .....	229
<b>Tabla III.3.</b> Comparación múltiple para el HADS ansiedad durante los cuatro períodos..	231
<b>Tabla III.4.</b> Historia de depresión mayor y depresión postnatal: diagnóstico clinico.....	233
<b>Tabla III.5.</b> Historia previa de depresión mayor y sintomatología depresiva en el embarazo y en el puerperio.....	234
<b>Tabla III.6.</b> Comparación de los valores medios de los parámetros hormonales	236

---

---

examinados en función de la historia previa de depresión mayor .....	236
<b>Tabla III.7.</b> Comparación de en la caída media en los parámetros hormonales entre dos períodos evaluados en función de la historia de depresión mayor.....	236
<b>Tabla III.8.</b> Relación entre variables sociodemográficas y depresión para el total de participantes.....	238
<b>Tabla III.9.</b> Relación entre las variables obstétricas/ginecológicas y depresión para el total de participantes .....	239
<b>Tabla III.10.</b> Relación entre las variables psicosociales y depresión para todos los participantes.....	240
<b>Tabla III.11.</b> Comparación de la percepción de apoyo social para todas las mujeres.....	242
<b>Tabla III.12.</b> Extensión de la red de apoyo social, tipo de relación con la persona más importante e Impacto Negativo Objetivo de los acontecimientos vitales.....	243
<b>Tabla III.13.</b> Comparación de la percepción del apoyo social entre las mujeres con o sin historia previa de depresión .....	244
<b>Tabla III.14.</b> Comparación de la extensión de la red de apoyo social e Impacto Negativo Objetivo de los acontecimientos vitales por grupos.....	244
<b>Tabla III.15.</b> Nº de acontecimientos vitales negativos por grupo.....	245
<b>Tabla III.16.</b> Cambios en los niveles hormonales en el análisis de la depresión para todos los participantes .....	246
<b>Tabla III.17.</b> Relación entre la depresión en el embarazado y en el periodo postnatal para las parejas .....	247
<b>Tabla III.18.</b> Síntesis de las variables que influyen en la depresión en el embarazo y en el puerperio .....	248
<b>Tabla III.19.</b> Estudio predictivo: Test Omnibus Y Test de Hosmer y Lemeshow en el período postnatal.....	251
<b>Tabla III.20.</b> Modelo predictivo de regresión logística binaria de la depresión en el periodo postnatal.....	252

---

<b>Tabla A.4.1.</b> Valores de referencia de la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin.....	372
<b>Tabla A.4.2.</b> Resultados del análisis de consistencia interna de las diferentes subescalas del SSNI.....	374
<b>Tabla A.4.3.</b> Matriz de correlación de <i>Pearson</i> para los 5 factores .....	375
<b>Tabla A.4.4.</b> Matriz factorial y pesos derivados del análisis de componentes principales.....	376
<b>Tabla A.4.5.</b> Comparación de las medias de las diferentes subescalas en los 353 sujetos.....	377



## **Anexo 3: Índice de Figuras**





## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura I.1.</b> Algoritmo para la identificación y el tratamiento de los trastornos postparto segundo Born et al. (2004).....	29
<b>Figura I.1.</b> Algoritmo para a identificação e tratamento dos transtornos pós-parto segundo Born et al. (2004).....	114
<b>Figura II.1.</b> Relación entre las variables e instrumentos contemplados en el estudio	197



## **Anexo 4: Validación del SSNI en portugués**



El Inventario de la Red de Apoyo Social (SSNI, Flaherty, Gaviria & Pathak, 1983) no había sido validado para la población portuguesa, por lo que constituyó uno de los objetivos planteados.

La validación del SSNI se ha realizado cumpliendo las propiedades psicométricas de la escala en la población portuguesa. Se ha utilizado el análisis factorial exploratorio para identificar las variables e ítems que lo forman. Sin embargo, en nuestro estudio los factores (escalas) ya estaban identificados. El análisis factorial fue utilizado para identificar la consistencia interna a partir del alfa de *Cronbach*. Esta es una de las formas más utilizadas para comprobar la consistencia interna de las variables (escalas). Se define como la correlación entre la escala utilizada y otras escalas hipotéticas. Su valor varía entre 0 y 1, y cuando es mayor que 0.80 se asume la existencia de una buena consistencia interna. No puede ser negativo y si el valor obtenido es negativo, se violó el principio de coherencia interna del modelo. Obtenidas las pruebas globales de consistencia interna, se aplicó el análisis factorial donde las preguntas se identificaron en sus respectivas escalas.

Inicialmente, se construyó una matriz de correlación de *Pearson* entre las variables (escalas). El coeficiente de correlación  $r$  de *Pearson* mide el grado de relación entre dos variables, no siendo necesario identificar las variables dependientes e independientes (Field, 2005). El cálculo de  $r$  es un procedimiento estadístico paramétrico, que mide la asociación lineal entre dos variables, que varían entre -1 y 1. La literatura no es unánime sobre la clasificación de los valores de  $r$ , sin embargo, no hay error en decir que existe una correlación con alta saturación cuyos valores son cercanos a 1 o -1. Bryman y Cramer (1992) sugieren que si  $r < 0.20$ , la correlación es muy baja;  $0.20 \leq r \leq 0.39$  tenemos una correlación baja; si  $0.40 \leq r \leq 0.69$  la correlación es moderada; si  $0.70 \leq r \leq 0.8$  la correlación es alta; y  $0.90 \leq r < 1$  es muy alta.

Realizamos el test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett (TEB). Estas pruebas deben llevarse a cabo antes del análisis de los factores. El primero compara la correlación simple con las correlaciones parciales observadas entre las variables (escalas) y el segundo prueba la hipótesis de que la matriz de correlación es la matriz identidad. KMO cercano a 1, e indica que se rechaza la hipótesis formulada (Tabla A.4.1).

**Tabla A.4.1.** Valores de referencia de la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin

Valor KMO	Análisis factorial
< 0.5	Inaceptable
0.5 – 0.6	Mal
0.6 – 0.7	Aceptable
0.7 – 0.8	Medio
0.8 – 0.9	Bueno
0.9 – 1	Muy bueno

Para realizar el análisis factorial, se utilizaron 353 sujetos. Eran 200 mujeres embarazadas de treinta y siete semanas de gestación y 153 de sus cónyuges, con edades comprendidas entre los 18 y 56 años, con una media de edad, de 30.67 años (DT=5.19).

La traducción al portugués fue realizada por Areias (1994) no siendo necesario realizar esta tarea. Los resultados observados mostraron que, como en la escala original, la versión en portugués mantenía las propiedades métricas referenciadas por los autores lo que resultó de gran interés y utilidad en la evaluación de la variable apoyo social.

### *Material*

El SSNI es un autoinforme que consta de cinco subescalas: la “disponibilidad de apoyo social” (un ítem), la “reciprocidad de apoyo social” (dos ítems), el “soporte práctico del apoyo social” (dos ítems), el “soporte emocional del apoyo social” (cuatro ítems) y el “apoyo social ante acontecimientos stresantes” de la vida (dos ítems), y un conjunto de preguntas que permiten identificar las características socio-demográficas de los sujetos.

Los sujetos tienen que hacer una lista de cuatro o cinco personas y además un grupo, que le proporciona las dimensiones específicas de apoyo. Posteriormente, tienen que valorar, a las cinco personas, en función de la importancia que cada una tiene en diferentes situaciones. Por lo que, es un instrumento que mide no sólo la cantidad del apoyo social, sino también la forma en que está disponible. Cada ítem tiene una puntuación de entre 0 y 25 puntos, en función del número de personas consideradas en la red de apoyo social (hasta 5), y de cómo los individuos valoran a esa persona en su red de apoyo social (máximo 5 puntos). Cuanto más alta sea la puntuación, mayor es el apoyo social percibido.

### *Resultados*

En el estudio original realizado por Flaherty et al. (1983), los resultados del análisis factorial de componentes principales revelaron cinco factores en el SSNI, que se agrupan en una solución de dos factores principales. Factor I, denominado Asistencia General, explica el 50% de la varianza y se compone de cuatro subescalas (“disponibilidad de apoyo social”, “reciprocidad de apoyo social”, “soporte práctico del apoyo social” y “soporte emocional del apoyo social”) al que corresponden los nueve primeros ítems del cuestionario. El Factor II, se compone de los dos últimos ítems del cuestionario y analiza la cantidad de apoyo que se ha recibido recientemente de un individuo en respuesta a dos acontecimientos estresantes de vida. El menor valor propio del factor I es de 0.92 y en el factor II 0.83. La confirmación de los dos factores en la escala original, identificado por sus autores, también se ha confirmado en el estudio realizado por Lima et al. (2005), en una muestra de 120 mujeres brasileñas que estaban en tratamiento de cáncer. En cuanto a la fiabilidad, y la consistencia interna indicada por los autores fue de 0.82 (coeficiente alfa con la fórmula de Kuder-Richardson). Para los autores, el coeficiente alfa de las cinco subescalas del inventario osciló entre 0.76 y 0.91, también encontrado en el estudio realizado por Lima et al. (2005). Eso muestra una alta consistencia interna, tanto para los

once ítems como para cada una de las escalas. Para el primer factor, el alfa de *Cronbach* obtenido fue de 0.92 y el para segundo factor fue de 0.83.

Así, las características psicométricas del SSNI, en la versión portuguesa, se realizaron reproduciendo los procedimientos utilizados por los autores del cuestionario.

### *Fiabilidad*

Para evaluar la consistencia interna de la escala se calculó el alfa de *Cronbach* por separado para las subescalas así como se calculó el alfa de *Cronbach* para el total del inventario. El alfa de *Cronbach* obtenido fue de 0.87 para los 11 ítems. Este resultado indica que el instrumento posee una buena consistencia interna.

Cuando se analiza la consistencia interna de las diferentes subescalas (Tabla A.4.2), se observó que la subescala “disponibilidad de apoyo social” presenta una correlación moderada con las otras subescalas (0.25 a 0.69), lo que indica una aceptable consistencia interna (alfa de *Cronbach* de 0.71). La subescala “apoyo social ante acontecimientos stresantes” 0.85 obtuvo el valor más alto seguido del “soporte práctico del apoyo” tiene un alfa de *Cronbach* de 0.73, de “disponibilidad de apoyo emocional” con 0.71, la “reciprocidad de apoyo social” 0.67 y por último “soporte emocional del apoyo social” 0.64.

**Tabla A.4.2.** Resultados del análisis de consistencia interna de las diferentes subescalas del SSNI

	Correlación de las escalas (corregida)	<i>alfa de Cronbach</i>
Disponibilidad de apoyo emocional	0.69	0.71
Reciprocidad de apoyo social	0.78	0.67
Suporte práctico del apoyo social	0.76	0.73
Suporte emocional del apoyo social	0.75	0.64
Apoyo social relacionado con los acontecimientos stresantes	0.33	0.85

*Alfa de Cronbach* = 0.77



Al analizar las correlaciones entre las diferentes subescalas se observó que son altas (Tabla A.4.3). La correlación entre el “soporte emocional del apoyo social” y la “reciprocidad de apoyo social” es de  $r=0.83$ ,  $p<0.001$ . Se trata de una correlación positiva alta, lo que confirma los resultados obtenidos por Flaherty et al. (1983) en que las correlaciones entre las subescalas varían entre 0.41 y 0.88. Las correlaciones más bajas (0.25 y 0.32) se obtuvieron en la subescala “apoyo social relacionado con acontecimientos stresantes”.

**Tabla A.4.3.** Matriz de correlación de *Pearson* para los 5 factores

	Disponibilidad de apoyo emocional	Reciprocidad de apoyo social	Suporte práctico del apoyo social	Suporte emocional del apoyo social
Disponibilidad de apoyo emocional	-			
Reciprocidad de apoyo social	0.74	-		
Suporte práctico del apoyo social	0.69	0.74	-	
Suporte emocional del apoyo social	0.72	0.83	0.78	-
Apoyo social relacionado con los acontecimientos stresantes	0.25	0.30	0.32	0.32

### *Validez*

Antes de realizar el análisis factorial se procedió al análisis de la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett (TEB) para verificar las características de los datos. El análisis de los datos obtenidos por KMO (0.90) y TEB (1723.69,  $p < 0.001$ ), confirman los criterios psicométricos necesarios para someter los resultados al análisis factorial.

La validez de constructo se estudió mediante el análisis de componentes principales seguido por la rotación varimax. Después de la rotación, resultaron dos factores con pesos superiores a uno (Tabla A.4.4).

Los resultados obtenidos indican que el primer factor explica 58.27% de varianza total y consta de cuatro subescalas como ya se ha señalado. El segundo factor explica

12.52% de la varianza. Se conclue que están ambos formados de igual forma que lo propuesto por su autor.

**Tabla A.4.4.** Matriz factorial y pesos derivados del análisis de componentes principales

Factor I	Valores de los autores (Flaherty et al., 1983)	
Peso: 6.419	<b>Carga</b>	
Varianza explicada: 58.27%	<b>factorial</b>	
<b>G</b> - Quantas vezes esta em contacto com essa pessoa ou grupo (directo, por telefone ou por carta?)	0.75	0.79
<b>H</b> - Se precisar de (ou desejar) entrar em contacto com essa pessoa ou grupo para ter ajuda, qual e a disponibilidade dela/ dele?	0.79	0.75
<b>I</b> - Que genero de coisas se sente <i>a vontade</i> para conversar com essa pessoa ou grupo?	0.83	0.75
<b>J</b> - Essa pessoa (ou grupo) da-lhe ajuda pratica (ou pensa que lhe daria em caso de necessidade), fazendo tarefas para si, como cuidar dos seus filhos, auxiliar nas tarefas domesticas, dar conselhos praticos, ajudar na procura de empregos, instruir, ou emprestar dinheiro ou equipamento?	0.77	0.95
<b>K</b> - Até que ponto e que o (a)senhor(a) da ajuda pratica (ou daria em caso de necessidade) a essa pessoa ou grupo?	0.85	0.87
<b>L</b> - Essa pessoa/grupo da-lhe apoio emocional (ou daria em caso de necessidade), ouvindo, falando,consolando ou simplesmente estando consigo?	0.87	0.88
<b>M</b> - Até que ponto é que o (a)senhor(a) dá apoio emocional (ou daria em caso de necessidade) a essa pessoa/grupo?	0.88	0.75
<b>N</b> - Todas as pessoas têm, em algumas ocasiões, dúvidas acerca das suas verdades e perdem a fé em si próprias. Por favor, indique até que ponto cada pessoa/grupo o (a) ajudou a ter confiança no seu próprio valor pessoal quando sentiu que não valia nada ou que não tinha esperança, ou até que ponto eles ajudariam em caso de necessidade.	0.81	0.89
<b>O</b> - As vezes, as pessoas também precisam de ajuda para a clarificação da direccao a tomar ou dos seus objectivos de vida. Por favor, indique ate que ponto pensa que cada uma das pessoas/grupo ajudou quando precisou de orientacao, ou ate que ponto pensa que ajudaria em caso de necessidade?	0.79	0.87
<hr/>		
<b>Factor II</b>		
Peso: 1.38		
Varianza explicada: 12.52%		
<b>P</b> – Como se sentiu depois de entrar em contacto com as pessoas da sua lista?	0.87	0.74
<b>Q</b> – Como se sentiu depois de ter falado (entrado em contacto) com as pessoas/grupo da sua lista?	0.89	0.61

### *Datos normativos en los participantes*

Los participantes fueron 353 sujetos, se observó que de media (Tabla A.4.5), los valores de “soporte emocional del apoyo social” (M=75.96, DT=15.79) son

considerablemente superiores a los de las otras subescalas; al contrario el “soporte práctico del apoyo emocional” tiene los valores más bajos ( $M=19.13$ ,  $DT=4.62$ ).

**Tabla A.4.5.** Comparación de las medias de las diferentes subescalas en los 353 sujetos

	<i>M</i>	<i>DT</i>
Disponibilidad de apoyo emocional	41.52	7.64
Apoyo práctico	19.13	4.62
Apoyo emocional	75.96	15.79
Reciprocidad	39.24	8.57
Apoyo a los acontecimientos estresantes	21.76	17.40

### *Discusión*

Tras el análisis estadístico realizado, se considera que este cuestionario validado en población portuguesa tiene propiedades similares a las propuestas por sus autores. Dado que este cuestionario ha sido validado con buenas propiedades psicométricas, se considera que puede ser utilizado como instrumento para evaluar el apoyo social en personas embarazadas y sus conyugues.



## **ANEXO 5: Consentimento Informado**



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu, \_\_\_\_\_ abaixo assinado depois de ter sido completamente informado(a) sobre os objectivo e procedimentos do estudo “aspectos neuro-humorais da depressão pós-natal” que estará a ser desenvolvido no âmbito da consulta de Obstetrícia do Hospital de S.João (HSJ) do Porto, voluntariamente concordo em colaborar nesse estudo.

Porto, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

---





**ANEXO 6: Questionário de Caracterização Socio-  
Demográfica**



## FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Código \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Avaliação Nº \_\_\_\_\_  
Entrevistador \_\_\_\_\_ Data da 37ª semana de gestação \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Mulher

Nome _____
Morada _____ _____
Localidade _____ Telefone _____
Idade _____ Data de nascimento ___/___/___ Nacionalidade _____
Raça _____ Nível escolar _____ Profissão _____
Estado civil _____
Vive com o pai do bebé? Sim Não Há quanto tempo? _____

### Homem

Nome _____
Morada _____ _____
Localidade _____ Telefone _____
Idade _____ Data de nascimento ___/___/___ Nacionalidade _____
Raça _____ Nível escolar _____ Profissão _____
Estado civil _____

## 1. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

1.1. Gravidez actual: Planeada      Não planeada

1.2. Esteve anteriormente grávida? Sim      Não

1.3. *Se sim*, número de gestações      Número de filhos vivos

1.4 Como foi o parto \_\_\_\_\_

1.5. Como foi o pós-parto (complicações médicas de que tipo) \_\_\_\_\_

## 2. HÁBITOS TABÁGICOS

### Mulher

### Homem

2.1 Fumadora	2.1 Fumador
2.2. Número de cigarros _____/dia	2.2. Número de cigarros _____/dia
2.3. Fumadora ocasional (<1 cig/dia)	2.3. Fumador ocasional (<1 cig/dia)
2.4. Ex-fumador	2.4. Ex-fumador
2.5. Não-fumadora	2.5. Não-fumador
2.6. Se deixou de fumar ou reduziu, quando _____	2.6. Se deixou de fumar ou reduziu, quando _____

### 3. HÁBITOS ALCOÓLICOS

**Mulher**

**Homem**

	Sim	Não	Freq./ Quant			Sim	Não	Freq./ Quant	
3.1. Vinho				___/___		3.1. Vinho			___/___
3.2. Cerveja				___/___		3.2. Cerveja			___/___
3.3. Bebidas Espirituosas				___/___		3.3. Bebidas Espirituosas			___/___

### 4. HÁBITOS FARMACOLÓGICOS

**Mulher**

**Homem**

4.1. Toma alguma medicação especial e para quê?	4.1. Toma alguma medicação especial e para quê?
---	---

### 5. PÓS PARTO

5.1 Trabalhou durante a gravidez ? Sim Não

5.2 Até quando? \_\_\_\_\_ 5.3 Tipo de actividade \_\_\_\_\_

5.4. Peso da inquirida, na altura do parto \_\_\_\_\_

5.5. Data do parto \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

5.6. Eutócito Distócito

5.7. Sexo do bebé \_\_\_\_\_

5.8. Peso do bebé \_\_\_\_\_

5.9. Comprimento do bebé \_\_\_\_\_

5.10. Índice de apgar \_\_\_\_\_

5.11. Data 6ª semana pós parto \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 5.12. Data do 12º mês pós parto \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

5.12. Peso da inquirida 12 M após parto \_\_\_\_\_



## **ANEXO 7: Classificação Social Internacional de Graffar**





---

## Graffar

Código

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Avaliação Nº

Entrevistador \_\_\_\_\_

Fazer um círculo à volta da categoria de cada cláusula que melhor se aplica. Anotar no quadrado no final de cada cláusula a nota parcelar (o número escolhido). Registrar, no fim, a nota global que resulta da soma das notas parcelares.

-----

### I. PROFISSÃO (considerar a da pessoa com nível profissional mais elevado)

1. Quadros superiores da administração pública ou privada, especialista das profissões científicas, técnicos, liberais e similares. Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais, e militares de altas patentes.

2. Empregados de escritório em posições de chefia, chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, sub-directores de bancos; comerciantes, operários altamente qualificados, peritos e técnicos ou trabalhadores especializados; oficiais.

3. Profissionais "artistas" - serralheiros, cozinheiros - trabalhando por conta própria em oficina de dimensões reduzidas; ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres de obras.

4. Empregados de escritório, operários, funcionários subordinados em geral; motoristas, polícias, cozinheiros, etc.

5. Jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, pessoal auxiliar, etc.

Nota parcelar

### II. NÍVEL DE INSTRUÇÃO

---

1. Ensino universitário ou equivalente (licenciatura ou bacharelato de curso superior).
2. Curso técnico ou profissional; ensino médio ou técnico superior.
3. Terceiro ciclo, ensino secundário, complementar dos liceus, curso comercial ou industrial; ensino técnico inferior.
4. Ensino primário completo ou ciclo preparatório (ensino básico).
5. Ensino primário incompleto ou nulo.

**Nota parcelar**

### III. FONTES DE RENDIMENTOS FAMILIARES (PRINCIPAIS)

1. Vive de rendimentos. Fortuna herdada ou adquirida.
2. Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc.
3. Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo. Tipo funcionário.
4. Os rendimentos resultam de salários, ou seja, remuneração por semana, por hora, ou à tarefa.
5. A benficiência pública ou privada é que sustenta o indivíduo ou a família. Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.

**Nota parcelar**

#### IV. CONFORTO DO ALOJAMENTO

1. Casas ou andares luxuosos e muito grandes oferecendo aos seus moradores o máximo conforto.
2. Categoria intermediária, casas ou andares que sem serem tão luxuosos como os da categoria precedente, são, não obstante, espaçosos e confortáveis.
3. Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho.
4. Categoria intermédia entre 3 e 5. Casa em bom estado de conservação mas sem quarto de banho dentro de casa ou de construção clandestina.
5. Alojamentos impróprios para uma vida decente, choças, barracas, ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação, ou também aqueles em que moram demasiadas pessoas em promiscuidade (nomeadamente, qualquer habitação em que o quarto de banho não sirva só o agregado familiar).

**Nota parcelar**

#### V. ASPECTO DO BAIRRO ONDE HABITA

1. Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.
2. Bairro residencial bom, ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.
3. Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável, ou bairro de construção económica, com água, luz e saneamento.
4. Bairro operário populoso, mal arejado, ou bairro em que o valor do terreno está diminuído em consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminho de ferro, etc. Construção razoável, mas sem água, ou luz e saneamento.

**Nota parcelar**

**Nota geral**

### NORMAS PARA A CLASSIFICAÇÃO SOCIAL

Aplicando coeficientes de ponderação de 1 a 5 em cada um dos grupos encontrados, obtendo a seguinte classificação:

Classe I - Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9.

Classe II - Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13.

Classe III - Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17.

Classe IV - Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21.

Classe V - Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25.

**ANEXO 8: Entrevista Psiquiátrica Estandarizada para as  
Desordens Afectivas e Esquizofrenia (SADS-L)**



## SADS-L

Código \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Avaliação Nº \_\_\_\_\_ Entrevistador \_\_\_\_\_

Deve-se explicar ao sujeito que a entrevista se vai focar nas suas dificuldades e problemas, e que algumas perguntas são standard e precisam de ser respondidas por qualquer pessoa. Deve-se conseguir informação demográfica básica como: idade, estado civil e data de admissão na clínica ou Hospital.

### PARTE A - INFORMAÇÕES DO PASSADO

Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas acerca do seu passado.

*Onde nasceu?*

#### A1. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS 213

<i>Até onde foi a sua escolaridade? (Teve alguma formação especial?)</i>	0 Sem informação 1 Licenciatura completa 2 Bacharelato 3 Fac.1-3 anos, curso comercial 4 Liceu completo 5 Dez a onze anos de escola 6 Seis a nove anos de escola 7 Menos de seis anos de escola
--	--

#### A2. PADRÕES DE AMIZADE ADOLESCENTE 214

<i>Quando adolescente, quanto tempo passava com amigos?          Tinha muitos amigos íntimos?          Tinha um ou mais "grandes amigos"?          (Costumava gostar de estar com eles?; Fazia coisas em grupo?; Alguma vez iniciou actividades de grupo ou quase sempre seguia o líder?; Era mais um líder ou um "seguidor"?)</i>	0 Sem Informação 1 Superior: Muito Popular e Festivo 2 Muito Bom: Muitos Amigos Especiais, Grupos, Iniciat. 3 Bom: alguns amigos especiais, grupo, sem iniciat. 4 Suficiente: 1-2 Amigos Especiais, Não Gosta De Grup. 5 Pobre: Prefere Estar Só 6 Muito Inadaptado: solidão e evitamento
--	---

#### A2. ESTADO CIVIL 215

Se ainda não se sabe: <i>Alguma vez esteve casado (antes)? (E viveu com alguém do sexo oposto por mais de um ano?; Quantas vezes?)</i>	0 Sem informação 1 Solteiro 2 Casado ou a viver com alguém do sexo oposto 3 Viúvo 4 Separado ou com possibilidades de retorno 5 Divorciado
---	---

<b>A4. TEMPO TOTAL NOS PASSADOS 5 ANOS QUE NÃO TEVE EMPREGO DEVIDO A PSICOPATOLOGIA</b>	<b>216</b>
---	------------

<i>Que espécie de trabalhos fez?</i>	0 Sem Informação
<i>Que tem feito nos últimos cinco anos?</i>	1 Sem Tempo Fora Do Trabalho (Absentismo Justf.)
<i>Houve alguma altura em que não teve trabalho?</i>	2 De Uns Dias A Um Mês
<i>(Porquê?; Durante quanto tempo?; Outras vezes?; Algumas dessas vezes em que não trabalhou foi devido a problemas pessoais?)</i>	3 Até Seis Meses (10% Do Tempo)
	4 Até Um Ano (20% Do Tempo)
	5 Até Dois Anos (40% Do Tempo)
	6 Até Três Anos (60% Do Tempo)
	7 Até Quatro Anos (80% Do Tempo)
<i>Se somar todo o tempo em que esteve Incapaz de trabalhar devido à sua (doença, problemas, porque estava no hospital) nos passados cinco anos, quanto daria no total?</i>	8 Até Quase Cinco Anos
	9 Não Trabalhou

<b>PARTE B – VISÃO GERAL DO DISTÚRPIO PSÍQUICO PASSADO</b>
--

O Entrevistador deve utilizar esta parte da entrevista para conseguir uma ideia geral da presença e evolução do Distúrbio Psiquiátrico embora esta secção contenha poucos itens específicos a contar para a análise. A informação obtida aqui deve ser utilizada em secções posteriores para modificar perguntas e para focar a entrevista em áreas cruciais que necessitem de clarificação.

Faça perguntas acerca de qualquer Distúrbio Psiquiátrico corrente.

Se se sabe que é um doente psiquiátrico: *Gostaria de o ouvir acerca dos seus problemas e dificuldades e de como o levaram à sua entrada no hospital (ou clínica)?*

Se é um doente com dificuldades de longa data: *Gostaria que nos centrassemos agora no que o levou à sua vinda aqui. Mais tarde farei perguntas acerca do seu passado.*

Se a um doente não psiquiátrico: *Gostaria de o ouvir acerca de quaisquer dificuldades ou problemas que esteja a ter na sua vida agora.*

Para todos os sujeitos:



- Quando diria que notou pela primeira vez que não estava bem (desta vez)?
  - Até que ponto este problema tem sido diferente de como se sentia antes ou de como é habitualmente?
  - Quanto tempo decorreu entre a altura em que notou pela primeira vez que não estava bem e o momento em que começou o tratamento?
  - Sente-se melhor agora ou esta no seu pior período?  
(Se se sente melhor agora: - Quanto tempo passou desde que esteve ... (descrição da situação)
  - Quando é que pela última vez se sentiu no seu normal durante alguns meses?
- As questões seguintes são um guia para determinar psicopatologias prévias, particularmente episódios de doença:

*Alguma vez pediu ajuda a alguém (outra pessoa) por causa dos seus problemas emocionais, nervos ou por causa da maneira como se sentia e se comportava (antes desta altura)? Se SIM, determinar idade, razão, tipo de contacto, duração e sintomas em cada período de tratamento usando provas como:*

*(Quem procurou...?; Que espécie de problemas tinha na altura?; E noutras vezes?)*

<b>B1. TRATAMENTO EM CONSULTA EXTERNA (INCLUIR MEDICAÇÃO PARA OS "NERVOS")</b>		<b>217</b>
<i>Quantos anos tinha quando consultou alguém pela primeira vez por causa de ...?</i>	0 Sem Informação 1 Sem Contacto 2 Consulta Ou Pequeno Peri. De Tratamento 3 Tratamento Cont. Pelo Menos 6 Meses 4 Tratamento Cont. Varios Anos Ou Periodos	
<i>Alguma vez foi ao médico por causa dos seus nervos?</i>	___ Idade Aquando Do Primeiro Tratamento Em Cons. Ext. 218-19	
<b>B2. NÚMERO DE HOSPITALIZAÇÕES PSIQUIÁTRICAS</b>		
<i>Alguma vez foi um doente num hospital psiquiátrico ou esteve sobre vigilância (antes)? (Quantas vezes?; Quantos anos tinha?)</i>	NUMERO: 220-21 Idade Da Primeira Hospitalização: 222-23	
<b>B3. TEMPO TOTAL DE HOSPITALIZAÇÕES PSIQUIÁTRICAS</b>		<b>224</b>
<i>Alguma vez (outras) achou ou outras pessoas acharam que necessitava de ajuda devido aos seus sentimentos,</i>	0 Sem Informação 1 Nunca Hospitalizado	

<i>nervos ou maneira como se comportava?</i>	2 Menos De 3 Meses
Determinar idade, duração, circunstâncias e sintomas...	3 Menos De 6 Meses
	4 Menos De 1 Ano
	5 Menos De 2 Anos
	6 Menos De 5 Anos
	7 5 Anos Ou Mais

### **EPISÓDIOS DE DOENÇA COM SÍNDROME MANÍACO OU DEPRESSÃO MAJOR:**

Nas secções seguintes determine se o sujeito teve alguma vez um episódio (período relativamente distinto de funcionamento perturbado ou psicopatologia) que pode ser claramente distinguido do seu funcionamento anterior ou subsequente que vai de encontro aos critérios de Síndrome Maníaco ou Depressivo Major tal como descrito em baixo. Se o doente não preencher todos os critérios para estas perturbações mas existir evidência de qualquer distúrbio afectivo, esse distúrbio deve ser registado em secções posteriores.

Se simultaneamente preenchem os critérios para Síndrome Maníaco e Depressão Major devem ser descritos nas duas secções.

Se separados por menos de dois meses de remissão devem ser considerados apenas um episódio.

### **PARTE C – EPISÓDIOS DE SÍNDROME MANÍACO**

#### CRITÉRIOS PARA EPISÓDIOS DE SÍNDROME MANÍACO

C1. SE TEVE UM OU MAIS PERÍODOS DISTINTOS DURANTE PELO MENOS UMA SEMANA; HUMOR ELEVADO OU IRRITÁVEL 225

<i>Alguma vez teve um período de tempo que durasse pelo menos uma semana (ou quando esteve hospitalizada) em que se sentiu extremamente bem ou eufórico - claramente diferente do habitual? Os seus amigos ou família pensaram que era algo mais do que sentir-se bem?</i>	0 Sem Informação Avance Para D 1 Nunca Teve Período De Pelo Menos Uma Semana Com Humor Muito Elevado Ou Irritável 2 Nunca Teve Período Com Humor Muito Elevado Mas Teve Um Período Muito Irritável 3 Teve Pelo Menos Um Período Com Humor Muito Elevado
<i>E períodos em que se sentiu muito irritável ou em que se aborrecia facilmente?</i>	

**C2. TEVE PELO MENOS DOIS SINTOMAS ASSOCIADOS COM O PERÍODO MAIS GRAVE DE EUFORIA OU HUMOR IRRITAVEL**

Durante o período mais grave...	Sem Informação	Não	Sim	
<i>...Esteve mais activo que o habitual socialmente, no trabalho, sexualmente, ou fisicamente inquieto?...</i>	X	1	2	226
<i>...Esteve mais falador que o habitual ou sentiu uma pressão para continuar a falar?...</i>	X	1	2	227
<i>...Os seus pensamentos corriam-lhe ou falava tão depressa que era difícil para as pessoas seguir o que dizia?...</i>	X	1	2	228
<i>...Sentiu que era uma pessoa muito importante, com planos especiais, poderes, talentos ou capacidades (grandeza)?</i>	X	1	2	229
<i>...Precisou menos de sono que o habitual?...</i>	X	1	2	230
<i>...Teve problemas em concentrar-se no que se passava porque a sua atenção saltava constantemente para coisas pouco importantes à sua volta (distractibilidade)?...</i>	X	1	2	231
<i>...Fez alguma coisa insensata que o pudesse ter metido em sarilhos, como comprar coisas, fazer investimentos financeiros, indiscrições sexuais, condução descuidada?...</i>	X	1	2	232
<i>Número de sintomas definidos: Se Eufórico, critério =2; Se apenas Irritável, critério = 3</i>				233
<input type="checkbox"/> <i>Se o critério C2 não é preenchido, marque aqui e avance para episódios de síndrome depressivo grave</i>				234

**C3. SINTOMAS TÃO GRAVES QUE É IMPOSSÍVEL UMA CONVERSA COM SENTIDO, COM GRAVE DISFUNÇÃO OU HOSPT. 235**

<i>Foi hospitalizado? Estava tão excitado que era quase impossível manter uma conversa consigo?</i>	O Sem Informação 1 Não, Avance Para D 2 Sim
<i>Isso causou problemas com as pessoas, com a sua família, no seu trabalho, ou nas suas outras actividades habituais?</i>	
<b>C4. NÚMERO TOTAL (min.) DE EPISÓDIOS DE SÍNDROME MANÍACO (SEPARADOS NO MÍNIMO POR 2 MESES) 236-37</b>	

<i>Quantos episódios teve como este? Se incapaz de dar o número exacto: Diria que teve pelo menos _____ episódios distintos como este?</i>	Número (min.):
--	----------------

**c- DETERMINAÇÃO DE SE ALGUM EPISÓDIO DE SÍNDROME MANÍACO VAI DE ENCONTRO AOS CRITÉRIOS DE DISTÚRBO ESQUIZO-AFFECTIVO TIPO MANÍACO**

-Determinar inicialmente se o sujeito teve delírios ou alucinações durante qualquer dos episódios de Síndrome Maníaco. Se SIM, determinar o conteúdo, duração e outros detalhes necessários para considerações futuras acerca de Dist. Esquizo-Afectivos tipo Maníaco.

*Quando estava (eufórico, irritável) teve algumas ideias ou acreditou em coisas que mais tarde descobriu que não eram verdadeiras, como andarem pessoas atrás de si para o apanharem, falarem sobre si nas suas costas, ou que os seus pensamentos ou movimentos estavam a ser controlados?*

*Ouviu vozes ou outros sons que as outras pessoas não ouviam?*

*Teve visões ou viu coisas não visíveis às outras pessoas?*

*Teve cheiros estranhos ou sensações estranhas no seu corpo?*

*As pessoas tinham dificuldade em compreender o que dizia quando estava eufórico?*

- Se não existem outros sinais de outras fontes de informação que sugiram delírios, alucinações ou desordens de pensamento formal, durante o período maníaco, marque aqui e avance para Outras Características de Episódios de Síndrome Maníaco.

Se existem sinais de delírios ou desordem de pensamento formal marcado, determinar se algum dos 5 tipos específicos de sintomas abaixo denotados, indicam desordens Esquizo-afectiva presentes durante algum dos períodos de Síndrome Maníaco.

**c1. DELÍRIOS DE SER CONTROLADO (OU INFLUENCIADO), DIFUSÃO, INSERÇÃO OU ROUBO DE PENSAMENTO**

DURANTE PELO MENOS UM DOS PERÍODOS DE SÍNDROME MANÍACO	Sem informação	Não	Sim	
<i>Teve a sensação que estava sobre o controle de alguma força ou poder, para além de si? (Como se fosse um robot sem vontade própria?; Ou que foi forçado a fazer movimentos ou dizer coisas sem o desejar?; Ou pensar coisas e ter impulsos que não eram seus?) Sentiu que os seus pensamentos eram difundidos de modo que as pessoas sabiam o que pensava, ou que os pensamentos lhe eram postos na cabeça não sendo seus, ou que os pensamentos lhe eram roubados por alguma força externa.</i>	X	1	2	239
I Alucinações não-affectivas de qualquer tipo (apendix)				

ao longo do dia e durante vários dias ou intermitentemente durante o período de uma semana.	X	1	2	240
Alucinações auditivas em que uma voz faz um comentário contínuo acerca do comportamento do sujeito ou acerca dos pensamentos assim que ocorrem, ou duas ou mais vozes conversam entre si.	X	1	2	241
A dada altura durante o período de doença teve mais do que uma semana em que não foram exibidos sintomas depressivos evidentes ou maníacos mas teve delírios ou alucinações.	X	1	2	242
A dada altura durante o período de doença teve mais do que uma semana em que não foram exibidos sintomas maníacos dominantes mas teve vários momentos de desordem de pensamento formal acentuado acompanhado por embotamento ou afecto inapropriado, delírios ou alucinações de qualquer tipo, ou grave desordem de comportamento.	X	1	2	243

### OUTRAS CARACTERÍSTICAS DE EPISÓDIOS DE SÍNDROME MANÍACO

- Se num episódio teve pelo menos uma das presentes o diagnóstico mais provável é distúrbio Esquizo-afectivo, Tipo Maníaco.

Se num episódio não teve nenhuma das presentes o diagnóstico mais provável é de distúrbio Maníaco.

	Desordem Maníaca	Esquizo-afectiva Tipo Maníaco	
Melhor estimativa dos períodos de mania (99 se muito numerosos)...			244-45-46-47
Idade no primeiro episódio de síndrome maníaco... <i>Que idade tinha quando teve o primeiro episódio de...?</i>			248-49-50-51
Idade no último período de síndrome maníaco, se existiu mais do que um... <i>Quando foi a última vez que esteve...?</i>			252-53-54-55
Correntemente no episódio que inclui período de mania...	Sim	Sim	256-57
Se SIM, duração em semanas do período presente de síndrome maníaco			258-60-61-63
Melhor estimativa em semanas da duração mais longa de um episódio... <i>Qual foi o espaço de tempo mais longo que esteve...?</i>			264-66-67-69

Durante estes episódios... <i>Hospitalizações...</i>	Sim	Sim	270-71
<i>...Esteve hospitalizado? ECT recebidos...</i>	Sim	Sim	272-73
<i>...Recebeu tratamentos de choques? Medicação recebida...</i>	Sim	Sim	274-75
<i>...Recebeu medicação? Imediatamente antes, durante ou a seguir a um episódio teve um pelo menos alguns dias em que se sentiu deprimido...</i>	Sim	Sim	313-14
<i>...Esteve deprimido ou em baixo durante alguns dias antes, durante ou após o período em que esteve eufórico? Delírios (de inquérito prévio)...</i>	Sim	Sim	315-16
Alucinações (de inquérito prévio)...	Sim	Sim	317-18
Incapacitado. Incapaz de levar adiante qualquer actividade com objectivo relativamente complexo tal como emprego, tomar conta de uma casa, manter atenção e participação em actividades sociais e recreativas. Não contar se se refere a recusa ou falta de motivação para as tarefas...	Sim	Sim	319-20
<i>...Esteve incapaz de trabalhar (ir à escola, tomar conta da casa) porquê? Gestos suicidas ou tentativas..... Tentou matar-se?</i>	Sim	Sim	321-22
MARCAR SIM NOS ITENS SEGUINTESE SE CARACTERIZAREM QUALQUER DESTES EPISÓDIOS			
Todos os episódios de doença aparentemente seguidos por uma forma de tratamento somático que pode ter provocado o Síndrome Maníaco (ECT, tranquilizantes, cortisona...)  <i>...Esteve em tratamento de medicação ou outra forma de tratamento imediatamente antes...?</i>	Sim	Sim	323-24

Se SIM descreva o tratamento somático:

(Se episódio Esquizo-afectivo anote o curso dos sintomas que surgiram Esquizofrenia até ao presente).

0 SEM INFORMAÇÃO OU NÃO APLICAVEL

1 DESORDEM ESQUIZO-AFECTIVA GRAVE

2 DESORDEM ESQUIZO-AFECTIVA SUB-AGUDA

3 DESORDEM ESQUIZO-AFECTIVA SUB\_CRONICA

4 DESORDEM ESQUIZO-AFECTIVA GRAVE

**PARTE D – EPISÓDIOS DE SÍNDROME DEPRESSIVO MAJOR****CRITÉRIOS PARA SÍNDROME DEPRESSIVO GRAVE**

D1. UM OU MAIS PERÍODOS DISTINTOS DE UMA SEMANA, COM HUMOR DEPRESSIVO OU IRRITÁVEL, PERDA DE INTERESSE 326

<i>Teve um ou mais períodos distintos durando pelo menos uma semana nos quais foi perturbado por sensação de depressão, tristeza, ou desânimo de tal modo que não se importava ou não queria saber de nada?</i>	0 Sem Informação, Inseguro, Reacção 1 Não Avance Para E 2 Sim
<i>Sentiu-se irritado ou facilmente perturbado?</i>	

D2. INDICADO PARA PROCURAR AJUDA DURANTE PERÍODO DISFÓRICO, MEDICAÇÃO, MAU FUNC.SOCIAL, FAMILIAR, NO TRAB. 327

<i>Durante esse tempo procurou ajuda de alguém como um médico, padre ou mesmo um amigo ou alguém sugeriu que procurasse ajuda? Tomou alguma medicação? Comportou-se de modo diferente com as pessoas, a sua família, no emprego ou na escola?</i>	0 Sem Informação 1 Não Avance Para E 2 Sim
---	--

D3. TEVE PELO MENOS 3 SINTOMAS ASSOCIADOS COM O PERÍODO MAIS GRAVE DE DEPR., HUMOR IRRITÁVEL, PERDA DE INT. OU PRAZER

Durante o período mais grave foi perturbado por:	Sem Informação	Não	Sim	
<i>...Perda de apetite ou peso, aumento de apetite ou peso?</i>				328
<i>...Problemas em adormecer ou dormir demasiado?..</i>				329
<i>...Perda de energia, facilmente cansado, muito cansado?</i>				330
<i>...Perda de interesse ou prazer nas actividades habituais ou sexo?..</i>				331
<i>...Sensação de culpa ou auto-desvalorização?..</i>				332
<i>...Problemas de concentração, a pensar ou a tomar decisões?..</i>				333
<i>...Pensamentos acerca de morte ou suicídio?(Tentou suicidar-se?)..</i>				334
<i>...Ser incapaz de se sentar quieto e ter que se movimentar continuamente ou o oposto?..</i>				335
Número de sintomas definidos: Critérios = 3 sintomas para provável				336

4 sintomas para definitivo	
<input type="checkbox"/> Se o critério D3 não é encontrado marque aqui e avance para Psicose Não-Afectiva Não -Orgânica	337

D4. NUMERO TOTAL DE EPISÓDIOS DE SÍNDROME DEPRESSIVO GRAVE
--

Quantos episódios teve como este?

NÚMERO:

Se incapaz de dar o número exacto:

Diria que teve pelo menos \_\_\_ diferentes episódios como este?

d - DETERMINAR SE ALGUM EPISÓDIO DE SÍNDROME DEP. MAJOR VAI DE ENCONTRO AO CRITÉRIO DE D. ESQUIZQ-AFECT. TIPO DEP.

Determinar inicialmente se o sujeito teve alucinações, delírios ou desordens do pensamento formal acentuadas (Apêndice) durante algum dos episódios do Síndrome Depressivo Major (não pontuar se parece ocorrer como manifestação de sistemas de crenças religiosas e subculturais). Se SIM determinar o conteúdo, duração e outros detalhes necessários para futuras decisões.

\* Quando esteve (deprimido, "em baixo"), alguma vez acreditou em coisas ou teve ideias que mais tarde verificou não serem verdadeiras como, andarem pessoas atrás de si, falarem de si nas suas costas ou que os seus pensamentos ou movimentos fossem controlados?

\* Ouvia vozes ou outros sons que as outras pessoas não conseguiam ouvir? Teve visões ou viu coisas que não eram visíveis para as outras pessoas? Teve cheiros estranhos? Ou sensações estranhas no seu corpo? As pessoas tinham dificuldade em compreender de que falava?

Se não existem sinais de nenhuma das fontes de informação que sugiram Delírios, Alucinações ou Distúrbio acentuado do Pensamento Formal durante os Episódios de Síndrome Depressivo Major, marque aqui e avance para Outras Características de Episódios de Síndrome de Depressão Major 340

Se existem sinais de Delírios, Alucinações ou Desordens do Pensamento Formal Acentuadas, determinar se alguns dos 6 tipos específicos de sintomas abaixo enumerados, indicativos de Desordem Esquizo-Afectiva; estavam presentes durante algum dos períodos de Síndrome Depressivo Major (Os sintomas de tipo esquizofrénico e o Síndrome Depressivo devem sobrepor-se de alguma maneira. Se o Síndrome Depressivo se parece ter sobreposto sobre uma Esquizofrenia residual, não deve ser considerado um episódio de Desordem Depressiva Major ou Desordem Esquizo-Afectiva.



d1- DELÍRIOS DE SER CONTROLADO (OU INFLUENCIADO), ROUBO DE PENSAMENTO, INSERÇÃO

DURANTE PELO MENOS UM PERÍODO DE SÍNDROME MANÍACO:				
	Sem Informação	Não	Sim	
Delírio de ser controlado, difusão de pensamento, inserção... <i>Quando estava deprimido teve a sensação que estava sobre o controle de alguma força ou poder, para além de si?; Como se fosse um robot e sem vontade própria?; Ou que foi forçado a fazer movimentos ou fazer coisas sem o desejar?; Ou pensar coisas, ou ter impulsos que não lhe eram próprios?</i>  <i>Sentiu que os seus pensamentos eram difundidos de modo que as pessoas sabiam em que pensava, ou que os pensamentos lhe eram postos na sua cabeça não sendo seus, ou que os pensamentos lhe eram roubados por alguma força externa?</i>	X	1	2	341
Alucinações não-afectivas de qualquer tipo (H2-7) através do dia e durante vários dias ou intermitentemente durante o período de uma semana...	X	1	2	342
Alucinações auditivas em que, uma voz faz um comentário contínuo acerca do comportamento do sujeito ou acerca dos pensamentos assim que ocorrem, ou duas ou mais vozes conversam entre si.	X	1	2	343
A dada altura durante o período de doença teve mais do que um mês em que não foram exibidos sintomas depressivos ou maníacos dominantes, mas teve delírios ou alucinações.	X	1	2	344
Preocupação com um delírio ou alucinação com relativa exclusão de outros sintomas ou preocupações ( com conteúdos diferentes dos mais habituais)	X	1	2	345
Em alguns momentos definidos de distúrbio do (Apendix) pensamento formal acentuado acompanhado por embotamento do afecto ou afecto inapropriado, delírios ou alucinações de qualquer tipo, ou grave distúrbio do comportamento	X	1	2	346

**OUTRAS CARACTERÍSTICAS DE EPISÓDIOS DE SÍNDROME DEPRESSIVO MAJOR**

- Se num episódio teve pelo menos uma das presentes, o diagnóstico mais provável é distúrbio Esquizo-afectivo Tipo Depressivo

Se num episódio não teve nenhuma das presentes o diagnóstico mais provável é de Distúrbio Depressivo Major ou Síndrome Depressivo sobreposto em Esquizofrenia

Residual.

- Se todos os episódios de Síndrome Depressivo Major foram sobrepostos em Esquizofrenia Residual, avançar para Psicose Não-orgânica

	Desordem Depr.Major	Depr.Esquizo -Afectiva	
Melhor estimativa do número de episódios (99 se muito numerosos)...			347-48-49-50
Idade do primeiro episódio... <i>Que idade tinha quando teve o primeiro episódio de...?</i>			351-52-53-54
Idade no último episódio, se existiu mais do que um... <i>Quando foi a última vez que esteve...?</i>			355-56-57-58
Actualmente num episódio que inclui um período de Depressão Major	Sim	Sim	359-60
Se SIM, duração do período presente de Depressão Major			361-63-64-66
Melhor estimativa em semanas da duração mais longa de um episódio... <i>Qual foi o espaço de tempo mais longo que esteve...?</i>			367-69-70-72
<b>MARCAR SIM NOS ITENS SEGUINTES SE CARACTERIZAREM QUALQUER DESTES EPISÓDIOS:</b>			
Hospitalizações... SIM ... <i>Esteve hospitalizado?</i>	Sim	Sim	373-74
ECT recebidos... <i>Recebeu tratamentos de choques?</i>	Sim	Sim	375-413
Medicação recebida..... <i>Recebeu medicação?</i>	Sim	Sim	414-15
<i>Imediatamente antes, durante ou a seguir a um episódio teve Um período de pelo menos uns dias em que esteve hipo ou maníaco (com ou não critério total de Síndrome Maníaco) ...Esteve com uma energia ou alegria inabitual no período de tempo imediatamente antes, durante ou logo a seguir a estar deprimido?..</i>	Sim	Sim	416-17
Delírios. ...	Sim	Sim	418-19
Alucinações...	Sim	Sim	420-21
Incapacitado. Incapaz de levar adiante qualquer actividade com objectivo relativamente complexo tal como emprego, tomar conta de uma casa, manter atenção e participação em actividades sociais e recreativas. Não contar se se refere a recusa ou falta de motivação para as tarefas...	Sim	Sim	422-23

<p><i>...Esteve incapaz de trabalhar (ir a escola, tomar conta de casa) alimentar-se, vestir-se ou limpar-se?</i></p> <p><i>Gestos suicidas ou tentativas...Durante...tentou alguma vez matar-se?</i></p>	Sim	Sim	424-25
<p>Associação com gravidez ou nascimento (no espaço de 2 meses)...</p> <p><i>Estava grávida ou tinha acabado de dar à luz?</i></p>	Sim	Sim	426-27
<p>Todos os episódios de doença aparentemente seguidos por uma forma de tratamento somático que pode ter provocado o Síndrome Maníaco (ECT, tranquilizantes, cortisona)...</p> <p><i>...Esteve em tratamento de medicação ou outra forma de tratamento imediatamente antes...?</i></p> <p>Se SIM descreva o tratamento somático e as drogas usadas:...</p>	Sim	Sim	430-31
<p>Todos os episódios aparentemente seguidos por doença física seria conduzindo a grandes mudanças nas condições de vida ou teve doença física que e frequentemente associada a sintomas Psicológicos (tirotoxicose)...</p>	Sim	Sim	432-33
<p>Se SIM descreva a doença física:...</p> <p>(Se episódio Esquizo-afectivo note o curso dos sintomas que surgiram Esquizofrenia ate ao presente)</p> <p>O Sem Informação Ou Não Aplicavel</p> <p>1 Desordem Esquizo-Afectiva Grave</p> <p>2 Desordem Esquizo-Afectiva Sub-Aguda</p> <p>3 Desordem Esquizo-Afectiva Sub-Cronica</p> <p>4 Desordem Esquizo-Afectiva Crónica</p>			434

### **PARTE E – PSICOSE NÃO-AFFECTIVA NÃO-ORGANICA**

- Determine inicialmente se o sujeito teve um episódio ou período de doença que:
  - não preenche o critério de Depressão Major ou Síndrome Maníaco
  - teve proporções Psicóticas
  - não foi causado aparentemente por nenhum factor físico
- Estes episódios ou períodos de Psicose serão mais tarde categorizados como Esquizofrenia ou Psicose não-específica Funcional, Psicose de transição situacional, Estados Paranóides, Psicose Histérica e episódios tipo Esquizofrénico com duração inferior a duas semanas.

E1- Se teve um episódio de Mania ou Síndrome de Depressão Major, determine se teve outros episódios ou períodos de doença com proporções Psicóticas. Se SIM determine detalhes necessários para futuras considerações

*Houve algumas vezes, para além de quando se estava ( Deprimido, Maníaco) , que se sentiu (doente, emocionalmente preocupado, hospitalizado, ouviu vozes que outras pessoas não conseguiam ouvir, teve experiências estranhas, sentiu as pessoas contra si...)?*

E2- Se nunca teve um episódio de Mania ou Síndrome de Depressão Major, determine se teve um Período de doença com proporções Psicóticas e os detalhes necessários para futuros julgamentos

Houve alguma altura...

*... em que ouviu vozes que outras pessoas não conseguiam ouvir?*

*... em que teve visões ou viu coisas que não eram visíveis para as outras pessoas?*

*... ou sentiu sensações estranhas no seu corpo?*

*... em que acreditou em coisas ou teve ideias que mais tarde verificou não serem verdadeiras como as pessoas andarem a persegui-lo, ou a falar de si nas suas costas?*

*... em que fez alguma coisa que atraísse a atenção sobre si - como vestir de uma forma esquisita, ou fazer alguma coisa estranha?*

*... em que as pessoas tiveram dificuldade em compreender o que estava a dizer porque a forma como falava era confusa, ou porque não fazia sentido aquilo que dizia?*

E3- Se existe evidência, de alguma fonte, de um período ou episódio psicótico pergunte acerca de possíveis causas orgânicas

*Andava a beber muito nessa altura ou tinha exactamente parado de o fazer? Andava a tomar algumas drogas como LSD ou Speeds?*

*Esteve Fisicamente doente?*

Se não existe evidência, de nenhuma fonte, de Psicose Não-afectiva Não-orgânica (delírios, alucinações, desordens do pensamento formal, comportamento estranhamente bizarro) no passado ou se a condição corrente é Esquizofrenia crónica, marque aqui e avance para Alcoolismo.

Se existe evidencia, de alguma fonte, de Psicose Não-afectiva Não-orgânica, continue com a seguinte série de questões.

E4. Número total min.) de episódios ou períodos de Psicose Não-afectiva Não-orgânica (separados por 2 meses)( Se mostrou sinais de esquizofrenia mais ou menos consciente desde o início, conte como 1 per.) 436-437

Teve quantos períodos diferentes como este?

NÚMERO:

Se incapaz de dar o número exacto:

Diria que teve pelo menos...períodos diferentes como este?

**PARTE F –DETERMINAR SE ALGUM EPISÓDIO VAI DE ENCONTRO AOS DOIS CRITÉRIOS DE ESQUIZOFRENIA**

F1- TEVE PELO MENOS UM DOS SEGUINTE SINTOMAS DURANTE PELO MENOS UM PERÍODO DE PSICOSE NÃO-AFFECTIVA NÃO-ORGÂNICA

	Sem Informação	Não	Sim	
Difusão de pensamento, inserção, afastamento... <i>Alguma vez sentiu que os seus pensamentos eram difundidos de tal modo que as outras pessoas sabiam o que estava a pensar, ou sentiu que lhe eram postos na cabeça pensamentos que não eram seus, ou que lhe eram tirados pensamentos por alguma força externa?</i>	X	1	2	438
Delírios de ser controlado (ou influenciado), delírios múltiplos ou outros delírios bizarros...	X	1	2	439
<i>Teve a sensação de estar debaixo do controle de alguma força ou poder além de si, como se fosse um robot sem vontade própria ou que foi forçado a fazer movimentos ou a dizer coisas sem o desejar, a pensar coisas ou a ter impulsos que não eram seus?</i>	X	1	2	440
Se ainda não é sabido, questione acerca de delírios múltiplos ou bizarros... -Delírios somáticos, de grandeza, religiosos, niilísticos ou outros sem conteúdo persecutório ou de ciúme durando pelo menos uma semana...				
Delírios de qualquer tipo se acompanhados de alucinações de qualquer tipo durante pelo menos uma semana...	X	1	2	441
Alucinações auditivas em que uma voz faz um comentário continuo acerca dos comportamentos ou pensamentos do sujeito à medida que eles ocorrem ou em que duas ou mais vozes conversam entre elas...	X	1	2	442
Alucinações verbais não-afectivas falando com o sujeito...	X	1	2	443

Alucinações de qualquer tipo ao longo do dia durante vários dias ou intermitentemente por cerca de um mês...	X	1	2	444
Formas bem determinadas de acentuado distúrbio formal do pensamento acompanhadas de afecto embutado ou inapropriado, delírios ou alucinações de qualquer tipo, ou comportamento acentuadamente desorganizado...				445
Tem pelo menos um dos sintomas enumerados em cima:	1 NÃO <i>Avance para G</i>			
447	2 SIM			

F2- SE TEVE UM DOS NOVE TIPOS DE SINTOMAS ENUMERADOS ACIMA, O PERIODO DA DOENÇA (NÃO NECESSARIAMENTE OS SINTOMAS ESPECIFICOS) DUROU PELO MENOS DUAS SEMANAS  
448

0 SEM INFORMAÇÃO, OU SEM CERTEZA

1 DURAÇÃO DE MENOS DE 2 SEMANAS

2 DURAÇÃO DE PELO MENOS 2 SEMANAS

### PARTE G – CARACTERÍSTICAS DA PSICOSE NÃO-AFFECTIVA NÃO-ORGÂNICA

Para qualquer episódio em que ocorreu pelo menos um dos sintomas enumerados no critério 1 e que durou pelo menos 2 semanas, o diagnóstico é de esquizofrenia. Para qualquer episódio que não obedeça a estes 2 critérios, o diagnóstico é de Psicose Funcional Inespecífica. Anote a seguinte informação para episódios de Esquizofrenia ou de Psicose Funcional Inespecífica (ou ambos). Escreva um número ou faça um circulo em torno do SIM, quando se, aplique. Se um sujeito claramente obedece aos critérios de Esquizofrenia durante anos, não é necessário descrever episódios prévios em relação aos quais se tem acesso a informação diagnóstica inadequada, como Psicose Funcional Inespecífica.

	Esquizofrenia	Psicose Funcional Inespecífica	
Melhor estimativa do número de episódios ou períodos (99 se muito numerosos). Se manifestou sinais relevantes de Esquizofrenia mais ou menos contínuos desde o início, contar como um período de doença...			449-50-51-52
Idade na altura do primeiro episódio (pode ser difícil distinguir do funcionamento habitual, se o início foi insidioso. Dê a melhor estimativa)...			453-54-55-56
<i>Que idade tinha quando pela primeira vez...?</i>			457-58-

Idade na altura do último episódio, se houve mais do que um episódio...			59-60
Qual foi a última vez em que esteve...? Correntemente num episódio...	Sim	Sim	461-62
Se SIM, duração do episódio em semanas...	Sim	Sim	463-65- 66-68
Melhor estimativa, em semanas, da duração mais longa de um episódio... Qual foi o máximo de tempo que durou...?	Sim	Sim	469-71- 72-74

Nos itens seguintes deve ser feito um círculo em torno do SIM se eles caracterizam <u>algum</u> desses episódios: Durante <u>algum</u> desses episódios...			
Hospitalizado... esteve hospitalizado?	Sim	Sim	475-513
Recebeu tratamento somático (ECT, medicação)...recebeu algum tratamento para...?	Sim	Sim	514-15
A informação para os itens seguintes deve ser fornecida pelo inquérito feito previamente. Se o sujeito teve ambos os tipos de episódios pode ser necessária clarificação.			
Delírios de qualquer tipo...	Sim	Sim	516-17
Delírios de perseguição...	Sim	Sim	518-19
Delírios somáticos, de grandeza, religiosos, nihilísticos ou outros sem conteúdo de perseguição ou ciúme, durando pelo menos 1 semana...	Sim	Sim	520-21
Delírios de controle (ou influência), delírios múltiplos, ou outros delírios bizarros...	Sim	Sim	522-23
Delírios de qualquer tipo se acompanhados por alucinações de qualquer tipo durante pelo menos 1 semana...	Sim	Sim	524-25
Alucinações de qualquer tipo...	Sim	Sim	526-27
Alucinações de qualquer tipo durante o dia por vários dias, ou intermitentemente por pelo menos 1 mês...	Sim	Sim	528-29
Alucinações visuais...	Sim	Sim	530-531
Alucinações auditivas...	Sim	Sim	532-33
Alucinações auditivas em que uma voz faz um comentário contínuo acerca do comportamento ou pensamento do sujeito à medida que ele ocorre, ou em que duas ou mais vozes conversam entre elas...	Sim	Sim	534-35
Alucinações verbais não-afectivas faladas ao sujeito...	Sim	Sim	536-37
Difusão, Inserção ou Remoção do Pensamento...	Sim	Sim	538-39
Formas bem determinadas de acentuado Distúrbio Formal do Pensamento	Sim	Sim	540-41
Comportamento motor catatónico óbvio...	Sim	Sim	542-43
Outro comportamento bizarro grosseiro...	Sim	Sim	544-45
Tentativa de suicídio ou gesto...	Sim	Sim	546-47

Incapacitado. Incapacidade para continuar alguma actividade com objectivo complexo como trabalhar, tomar conta da casa, manter a atenção e participação em actividades sociais e recreativas (não contar se devido a falta de motivação para as tarefas)... Estava incapaz de trabalhar (ir à escola, tomar conta da casa) ou cuidar de si?	Sim	Sim	548-49
Todos os episódios estiveram associados com gravidez ou parto (no espaço de 2 meses)...	Sim	Sim	550-51

Para os sujeitos que vão de encontro ao critério de Esquizofrenia anote o curso dos sintomas até ao presente. Alguns sujeitos diagnosticados inicialmente como “agudos” podem mostrar mais tarde cursos sub-agudos, sub-crónicos ou crónicos

0 Não Aplicável

1 Esquizofrenia Aguda

2 Esquizofrenia Sub-Aguda

3 Esquizofrenia Sub-Crónica

4 Esquizofrenia Crónica

#### PARTE H – ALCOOLISMO

Existem dois critérios

H1- TEVE PELO MENOS DOIS DOS ITENS  
553-571

	Sem Informação	Não	Sim	
<i>Como têm sido os seus hábitos de bebida? Existiu algum período na sua vida em que bebia demais?..</i>	X	1	2	553
<i>Havia alguém na sua família- ou outrém- que se manifestou contra a sua bebida?..</i>	X	1	2	554
<i>Houve alguma altura em que não conseguia parar de beber quando queria?..</i>	X	1	2	555
<i>Quando bebia em que quantidade o fazia?</i>				
<input type="checkbox"/> Faça questões adicionais se necessárias. Se não existam sinais que sugiram problemas com álcool marque aqui e avance para Abuso de Drogas ou Dependência				
<i>Houve alguma altura em que bebia frequentemente</i>	X	1	2	557



<i>antes do pequeno almoço?..</i>				
<i>Houve alguma altura ou período em que, por causa da bebida faltou frequentemente ao trabalho, teve problemas no emprego ou esteve incapaz de tomar conta da casa (fazer as refeições, fazer compras)?..</i>	X	1	2	558
<i>Alguma vez perdeu um emprego por causa da bebida?..</i>	X	1	2	559
<i>Teve com frequência dificuldades com a família, amigos ou conhecidos por causa da bebida?..</i>	X	1	2	560
<i>Divorciou-se ou separou-se essencialmente por causa dos seus hábitos de beber?...</i>	X	1	2	561
<i>Alguma vez entrou no período de beber continuamente por 3 ou mais dias bebendo mais de um quinto de uma garrafa de whiskey (ou 24 garrafas de cerveja, ou 3 garrafas de vinho) [deve ter ocorrido 3 ou mais vezes]...</i>	X	1	2	562
<i>Alguma vez esteve fisicamente violento enquanto bebia? (deve ter ocorrido em pelo menos 2 ocasiões)...</i>	X	1	2	563
<i>Alguma vez teve dificuldades de condução e tráfico por causa da bebida - como condução descuidada, acidentes ou excesso de velocidade?..</i>	X	1	2	564
<i>Alguma vez foi apanhado pela polícia pela maneira como se comportava enquanto bebia? (perturbar a paz, lutar, intoxicação pública. Não incluir dificuldades de trânsito) ... Alguma vez teve falhas de memória para acontecimentos que ocorram enquanto esteve consciente num episódio de bebida?..</i>	X	1	2	566
<i>Teve com frequência tremuras (que seriam provavelmente devido à bebida)?..</i>	X	1	2	567
<i>Alguma vez teve Delirium Tremens? (Estado confusional que se segue à paragem de beber que inclui desorientação, delírios ou alucinações)...</i>	X	1	2	568
<i>Alguma vez ouviu vozes, viu coisas que não estavam realmente ali, logo a seguir a parar de beber? (alucinações – devem ter ocorrido em pelo menos 2 ocasiões separadas) ...</i>	X	1	2	569
<i>Alguma vez teve um ataque ou um acesso depois de parar de beber? (Não epilético)...</i>	X	1	2	570
<i>Alguma vez um médico lhe disse que desenvolveu uma complicação física devido ao alcoolismo como gastrite,</i>	X	1	2	571

<i>pancreatite, cirrose ou neurite? (incluir uma boa evidência do síndrome de Korsakoff- síndrome cerebral crônico com amnésia antecipada como principal sinal)...</i>				
--	--	--	--	--

Teve pelo menos 2 dos itens de 557-575 : 1 NÃO Avance para I

2 SIM

572

**H2- PERÍODO DE MUITA BEBIDA QUE DUROU PELO MENOS UM MÊS**

1 NÃO Avance para I

2 SIM

573

Vai de encontro a 2 critérios para Alcoolismo...	Sim	574
Tem um problema corrente com álcool...	Sim	575
A idade de começo de bebidas fortes...		613-14
Idade de fim das bebidas fortes (deixar em branco se bebeu fortemente no espaço dos últimos 6 meses)...		615-16

**PARTE I – ABUSO DE DROGAS OU DEPENDÊNCIA**

Esta secção cobre detalhes de uso de drogas até ao presente. -O sujeito deve ser recordado disso.

**I1- GRAU DE USO DE SUBSTANCIAS NÃO-ALCO.EM EXCESSO OU COMPULSIVAMENTE COM SINT.FISICOS, EMOCIONAIS E K.**

<i>Alguma vez tomou alguma coisa por iniciativa própria para dormir, para o humor ou para ficar mais "alto" como: dexedrina, seconal ou outros barbitúricos?</i>	0 Sem Informação ou Não Clara 1 De Modo Algum Avance Para Psi.Não Associada 2 Clinicamente Insignificante (Marij., Ou Anfetaminas) 3 Interferencia Menor no Comportamento
<i>Alguma vez usou marijuana, narcóticos, LSD ou coisas desse tipo? (Alguma vez usou alguma coisa para se sentir mais "alto", perder peso ou manter-se acordado?; Alguma vez quis parar de tomar drogas e não o conseguiu?)</i>	4 Droga Resulta Em Modificações Importantes Na Vida 5 Droga Resulta Em Grandes Modificações Na Vida 6 Droga Resulta Numa Disrupção Na Vida
Tipo de droga:	<input type="checkbox"/> Narcóticos: Heroína, Morfina, Ou Outros 618 <input type="checkbox"/> Substâncias Tipo Anfetamina 619 <input type="checkbox"/> Cocaína 620 <input type="checkbox"/> Sedativos, Hipnóticos, Tranquilizantes 621 <input type="checkbox"/> Derivados De Cannabis 622

	<input type="checkbox"/> Alucinogêneos (Lsd...) <input type="checkbox"/> Solventes (Cola...) <input type="checkbox"/> Outros 1 NÃO Avance para K 2 SIM	623 624
Tem um problema corrente com drogas...	SIM	626
Idade do primeiro problema com drogas...	627-28	
Idade em que para de tomar drogas em grande quantidade (deixar em branco se usou muita droga no espaço de 6 meses)	629-30	

PSICOPATOLOGIA NÃO ASSOCIADA COM EPISÓDIOS DE MANIA OU SÍNDROME DEPRESSIVO MAJOR OU PSICOSE NÃO-AFECTIVA NÃO-ORGÂNICA COMO DESCRITA PREVIAMENTE 631

- Se o sujeito foi julgado como tendo tido esquizofrenia crônica ou sub-crônica, ou desordem esquizo-afectiva sub-crônica ou crônica, marque aqui e avance para distinção primária/secundária dentro das desordens de depressão major porque, as desordens desta secção são de pouco diagnóstico ou prognóstico para tais pacientes.

Agora vou-lhe fazer algumas perguntas acerca de como tem estado - fora dos períodos em que... acabamos de discutir.

*(Como descreveria o seu humor a maior parte do tempo?)*

#### PARTE J- EPISÓDIOS HIPOMANIÁCOS

- Se o sujeito teve 2 ou mais episódios de desordem maníacos incluindo o presente, marque aqui e avance para Personalidade Ciclotímica 632

Existem 2 critérios:

J1- TEVE UM MAIS PERÍODOS DISTINTOS DURANDO PELO MENOS 2 DIAS COM HUMOR ELEVADO 633

<p><i>Se teve Síndrome Maníaco: Alguma vez teve outros períodos em que se sentiu extremamente bem, alto ou irritável mas não tão grave como nos outros episódios que discutimos? Durou pelo menos 2 dias?</i></p> <p><i>Se não teve Síndrome Maníaco: Alguma vez teve um período que durasse pelo menos 2 dias em que sentiu extremamente bem, ou alto - claramente diferente do seu normal? Os seus</i></p>	<p>0 Sem Informação Ou Sem Certeza  1 Não Avance Para K  2 Teve Período(s) Quando o Humor Estava Irritável Mas Nunca Com Humor Elevado  3 Teve Período(s) Com Humor Elevado</p>
--	---

<i>amigos ou família acharam que era algo mais do que sentir-se bem? E acerca de períodos em que se sentiu muito irritável ou facilmente aborrecida?</i>	
--	--

J2- TEVE PELO MENOS 2 DOS SINTOMAS ASSOCIADOS COM PERÍODO GRAVE DE HUMOR EUFÓRICO OU 3 DOS SINTOMAS ASSOCIADOS COM HUMOR IRRITÁVEL

	Sem Informação	Não	Sim	
<i>Durante o período mais grave...esteve mais activo que o habitual socialmente, no trabalho, sexualmente, ou fisicamente cansada?..</i>	X	1	2	634
<i>Esteve mais falador que o habitual ou sentiu alguma pressão para continuar a falar?</i>	X	1	2	635

<i>Os seus pensamentos corriam-lhe ou falava tão depressa que era difícil para as pessoas seguir o que dizia?..</i>	X	1	2	636
<i>Sentiu que era uma pessoa muito importante, com planos especiais, poderes, talentos ou capacidades (grandiosidade)?</i>	X	1	2	637
<i>Precisou menos de sono que o habitual?</i>	X	1	2	638
<i>Teve problemas em concentrar-se no que se passava porque a sua atenção saltava constantemente para coisas pouco importantes à sua volta (distractibilidade)?</i>	X	1	2	639
<i>Fez alguma coisa errada que o pode ter levado a sarilhos como comprar coisas, investimentos financeiros, indiscrições sexuais, condução descuidada?</i>	X	1	2	640
Número de sintomas definidos = Se Eufórico, critério = 2 ; Se apenas Irritável, critério = 3				641
Vai de encontro aos 2 critérios de episódios Hipo Maníaco 1 NÃO 2 SIM				642
Melhor estimativa do número de episódios de hipomania				643-44
Idade do primeiro episódio hipomaniaco				645-46
Duração do período hipomaniaco mais longo em semanas				647-49
Correntemente num episódio que inclui períodos de hipomania		SIM		650
Se SIM duração em semanas do período presente de hipomania				651-53

**PARTE K- PERSONALIDADE CICLOTÍMICA**

Esta categoria é para indivíduos que desde os 20 anos vão de encontro aos 3 critérios seguintes:

**K1- PERÍODOS RECORRENTES DE DEPRESSÃO DURANTE ALGUNS DIAS ALTERNANDO COM PERÍODO DE HUMOR ALGO ELEVADO** 654

<i>Desde que se tornou adulto tem sido o tipo de pessoa que frequentemente tem alguns dias que se sente em baixo ou deprimido e outras vezes tem alguns dias um pouco melhor que o normal? (O seu humor alterna de bom para mau?; Está claramente mais activo durante os períodos mais altos? Sente-se com muita energia?)</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para L 2 Sim
--	---

**K2- FREQUENTEMENTE NÃO NO HUMOR NORMAL** 655

<i>Isso significa que a maioria do tempo está quer bem quer mal?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para L 2 Sim
--	---

**K3- MUDANÇAS DE HUMOR FREQUENTEMENTE NÃO RELACIONADAS COM ACONTECIMENTOS OU CIRCUNSTÂNCIAS EXTERNAS** 656

<i>O seu humor muda frequentemente sem razão aparente?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para L 2 Sim
--	---

Tenha a certeza de diferenciar entre Personalidade Ciclotímica e outras condições efectivas crónicas com períodos ocasionais Hipomaniacos.

Vai de encontro aos 3 critérios de Personalidade Ciclotímica... SIM 657

**PARTE L- DISTÚRBIOS DE SOMATIZAÇÃO**

Existem 2 critérios:

**L1- SUJEITO PARECE TER UMA HISTÓRIA MÉDICA COMPLICADA, VAGA OU DRAMÁTICA ANTERIOR AOS 25 ANOS** 658

<i>Como tem estado a sua saúde física? Tem tido muitas doenças? E acerca de operações?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para L 2 Sim
--	---

Se relata falta de saúde, determine a natureza da doença(s), o que o médico disse que se estava a passar, quando começou, número de sistemas envolvidos...

**L2- RELATO MIN. DE UMA MANIFESTAÇÃO EM PELO MENOS 5 DOS 6 GRUPOS SEGUINTE MULHERES**

	Sem Informação	Não	Sim	
<b>GRUPO I</b> - Sujeito acredita que tem estado doente a maior parte da sua vida <i>Diria que tem estado doente uma grande parte da sua vida?</i>	X	1	2	659
<b>GRUPO II</b> - Perda de sensações, perda de voz e incapaz de murmurar, problemas em caminhar, ou outras conversões pseudoneurológicas, ou reacções dissociativas... <i>Alguma vez perdeu as sensações ou esteve incapaz de sentir qualquer coisa (associado ou não com paralisia), ou perdeu a voz, ou esteve incapaz de sequer murmurar (mas não apenas rouquidão), problemas em caminhar ou paralisia-incapacidade para se mover (não devida a dor ou paralisia), ou cegueira (completa ausência de percepção da luz durando mais de um instante), convulsões, ataques, desmaios, ou períodos de inconsciência em que não consegue recordar-se do que lhe aconteceu ou que fez (não associado com álcool ou drogas)?</i>	X	1	2	660
<b>GRUPO III</b> - Dores abdominais ou vômitos (sem gravidez)... <i>Alguma vez teve dores abdominais ou vômitos?</i>	X	1	2	661
<b>GRUPO IV</b> - Dismenorreia, irregularidade menstrual, excesso de fluxo menstrual (julgados pelo sujeito como ocorrendo mais frequentemente ou com mais gravidade do que na maioria das mulheres)... <i>Sentiu-se frequentemente tão incomodada por dores menstruais que fazia com dificuldade o seu (trabalho, trabalho doméstico, cuidados com as crianças, actividades de tempo livre)? Faltaram-lhe mais do que dois períodos seguidos várias vezes (excluindo gravidez, ou primeiro ano depois da menarca ou menopausa)?</i>	X	1	2	662

<i>Sentiu-se alguma vez perturbada por excessivo fluxo sanguíneo?</i>				
<b>GRUPO V</b> - Indiferença sexual (falta de interesse em relações sexuais), falta de prazer ou dor durante o coito (na maior parte da vida depois de ter oportunidade para uma vida sexual)... <i>Tem-se sentido habitualmente desinteressado por sexo, ou incapaz de sentir prazer nas relações sexuais com ou sem orgasmo), ou tem sentido dor durante o coito?</i>	X	1	2	663
<b>GRUPO VI</b> - Dores nas costas, dores nas articulações, dores nas extremidades, ou mais dores de cabeça que a maioria das pessoas <i>Tem-se sentido incomodado por dores nas costas, nas articulações, nas pernas e nos braços, ou mais dores de cabeça que a maioria das pessoas?</i>	X	1	2	664
Critério para Mulheres - Ter 1 manifestação em pelo menos 5 dos 6 grupos SIM				665

Critério para Homens - Ter 1 manifestação em pelo menos 4 dos 6 grupos SIM	666
Vai de encontro aos 2 critérios para Distúrbio de Briquet (Distúrbio de Somatização) (Avance para Distúrbio de Pânico) SIM	667
<input type="checkbox"/> Se vai de encontro aos critérios de Personalidade Ciclotímica, marque aqui e avance para Distúrbio de Pânico	668

### PARTE M- PERSONALIDADE LÁBIL

Sujeitos nesta condição podem ter outras condições episódicas sobrepostas

Esta condição deve ser distinguida da Personalidade Ciclotímica, Distúrbio de Briquet, Distúrbio Depressivo Minor e Distúrbio Depressivo Intermitente

As oscilações de Humor podem ou não estar associadas com precipitantes

Existem 3 critérios:

#### M1- MOSTRA DURANTE A VIDA ADULTA UM PADRÃO DE AFECTIVIDADE LÁBIL

[Se teve Síndrome Depressivo Major: Já me falou cerca daquelas (número) vezes em que	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para N
--	--

esteve (descrição dos períodos de Síndrome Depressivo Major)]	2 Sim
<i>Agora gostaria de saber se durante a maior parte da sua vida tem sido uma pessoa cuja disposição muda rapidamente de normal para má, como por exemplo sentir-se deprimido ou zangado durante algumas horas ou dias e depois voltar ao normal; aparentemente não devido ao período menstrual; quanto tempo é que isso dura habitualmente; quantas vezes é que isso acontece)?</i>	

**M2- PRESENTES 3 DOS TRAÇOS EM GRANDE GRAU DURANTE O INICIO DA VIDA ADULTA**

	Sem Informação	Não	Sim	
<i>Diria que frequentemente?..Se desapontava com facilidade, tinha pena de si mesmo, ou que estava <b>shortchanged</b>?</i>	X	1	2	670
<i>Tinha reacção exagerada a situações difíceis?</i>	X	1	2	671
<i>Tomava decisões importantes sem pensar o suficiente sobre elas?</i>	X	1	2	672
<i>Sente-se aborrecido por se sentir Inadaptado?..</i>	X	1	2	673
<i>Tem dificuldades em dar-se com pessoas de quem é próximo (cortar relações, ter discussões)?</i>	X	1	2	674
<i>Está preocupado com os aspectos maus da sua vida ou situação?..</i>	X	1	2	675
Teve pelo menos 3 dos sintomas ou traços	1 NÃO 2 SIM	Avance para N		713

**M3- A CONDIÇÃO CRÓNICA CONDUZIU A PROCURA DE AJUDA, TOMAR MEDICAMENTOS OU DIMINUIÇÃO DE FUNCIONAMENTO 714**

<i>Isto interferiu com a sua vida social, trabalho ou capacidade para fazer as coisas?</i>	0 SEM INFORMAÇÃO OU SEM CERTEZA 1 NÃO Avance para N 2 SIM
--	---



<i>Tomou alguma medicação por causa disso? Procurou ajuda de alguém por causa disso? (Foi indicado para procurar ajuda?)</i>	
Vai de encontro a 3 critérios de Personalidade Lábil e não encontra o critério de Personalidade Ciclotímica, Desordem de Briquet nem, Desordem Depressiva Intermitente...	715
SIM	

### PARTE N- DESORDEM DEPRESSIVA MINOR

Se o sujeito teve 2 ou mais episódios de Síndrome Depressivo Major no passado, marque aqui e avance para Desordem Depressiva Intermitente a não ser que ele esteja correntemente num episódio ou período de Desordem Depressivo Minor 716

Existem 3 critérios:

N1- TEVE UM EPISÓDIO DE DOENÇA DURANTE PELO MENOS UMA SEMANA COM HUMOR DEPRESSIVO PERSISTENTE 717

N2- INDICAÇÃO PARA PROCURA DE AJUDA, MEDICAÇÃO, MAU FUNCIONAMENTO SOC.,FAMI. OU EMPG.DURANTE PERÍODO DPR. 718

<i>Durante esse tempo procurou ajuda de alguém como, um médico, um padre ou um amigo... ou alguém sugeriu que procurasse ajuda?.. tomou medicação?.. agiu de modo diferente com as pessoas, família ou no emprego?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para N 2 Sim
--	---

N3-TEVE PELO MENOS 2 DOS SINTOMAS ASSOCIADOS COM PERÍODO MAIS GRAVE DE HUMOR DEPRESSIVO

	Sem Informação	Não	Sim	
Durante o período mais grave for ainda perturbado por:				
<i>Falta de apetite, perda de peso, aumento de apetite ou peso?</i>	X	1	2	719
<i>Problemas em adormecer ou demasiado sono?</i>	X	1	2	720
<i>Perda de energia, facilmente fatigado, ou cansaço?</i>	X	1	2	721
<i>Perda de interesse ou prazer nas suas actividades habituais ou sexo?</i>	X	1	2	722

<i>Sensação de culpa, sem valor ou em baixo?</i>	X	1	2	723
<i>Problemas em concentrar-se, pensar ou tomar decisões?</i>	X	1	2	724
<i>Pensar acerca de morte ou suicídio (tentou suicidar-se)?</i>	X	1	2	725
<i>Incapaz de se sentar quieto ou ter que se movimentar ou oposto - sentir-se lentificado ou com problemas em mover-se?</i>	X	1	2	726
<i>Choro?</i>	X	1	2	727
<i>Pensar acerca das coisas com visão pessimista?</i>	X	1	2	728
<i>Pensativo acerca de coisas desagradáveis que aconteceram?</i>	X	1	2	729
<i>Sentir-se inadaptado?</i>	X	1	2	730
<i>Sentir-se ressentido, irritável, zangado?</i>	X	1	2	731
<i>Precisou de ser tranquilizado ou ajudado por alguém (dependência ou exigência)?</i>	X	1	2	731
<i>Sentir pena de si próprio (auto-piedade)?</i>	X	1	2	733
<i>Queixas físicas que não pareciam ser causadas por nenhuma doença física em particular?</i>	X	1	2	734
Teve pelo menos 2 sintomas 1 NÃO Avance para O Se SIM rever critério de Desordem Depressiva Major e Desordem Depressiva 2 SIM Intermitente para certificar que o episódio não deve ser ai classificado.			735	
<i>Durante quanto tempo se sentiu assim ao longo dos últimos 2 anos?</i>				
Vai de encontro aos 3 critérios de Desordem Depressiva Minor e não encontra os critérios de Personalidade Ciclotímica, Desordem Depressiva Intermitente ou Personalidade Lábil	1Sim, Episódico 2Sim, Crónico, persistiu 2 anos e Continuou em condições piores		736	
Melhor estimativa do número de episódios			737-38	
Idade no primeiro episódio...			739-40	
Duração do episódio mais longo em semanas...			741-43	
Correntemente num episódio... SIM			744	

Se SIM, duração do episódio presente em semanas...	745-47
Episódio corrente associado com Ansiedade significativa...	748

### PARTE O- DISTÚRBO DEPRESSIVO INTERMITENTE

Existem 4 critérios

O1-PERTURBADO POR HUMOR DEPRESSIVO A MAIORIA DO TEMPO NOS 2 ANOS PASSADOS OU ANTERIORES A DOENÇA 749

<i>Sentiu-se perturbado por se sentir deprimido ou em baixo a maioria do tempo (nos 2 anos passados ou nos 2 anos anteriores a...)?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para P 2 Sim
<i>Durante quanto tempo se sentiu assim?</i>	

O2-PERÍODOS INTERMITENTES FREQUENTES DE HUMOR NORMAL DURANTE ALGUMAS HORAS, DIAS OU SEMANAS 750

<i>Durante este tempo em que se sentiu quase sempre deprimido, teve com frequência períodos em que se sentiu bem ou ótimo durante algumas horas, dias ou semanas? Ou sentiu-se constantemente deprimido durante o período inteiro?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para P 2 Sim
--	---

O3-TEVE PELO MENOS 2 SINTOMAS ASSOCIADOS DOS LISTADOS EM N3 QUANDO SE SENTIA DEPRIMIDO 751

<i>Quando se sentia deprimido foi ainda perturbado por... (nomear os itens do critério N3)</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para P 2 Sim
--	---

O4-INDICAÇÃO PARA PROCURA DE AJUDA, MEDICAÇÃO, MAU FUNCIONAMENTO SOC.,FAMI.OU EMPG.DURANTE PERÍODO DPR. 752

<i>Durante esse tempo procurou ajuda de alguém como, um médico, um padre ou um amigo... ou alguém sugeriu que procurasse ajuda?... tomou medicação?... agiu de modo diferente com as</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para P 2 Sim
--	---

<i>peçoas, família ou no emprego?</i>	
Vai de encontro aos 4 critérios de Desordem Depressiva Intermitente E não vai de encontro ao critério de ,Personalidade Ciclotímica SIM	753
Idade em que aparentou pela primeira vez...	754-55
Duração do episódio corrente em anos... (Se correntemente tem outra desordem, indicar a duração do período de sintomas depressivos intermitentes anteriores ao desenvolvimento da desordem corrente)...	756-57

### PARTE P- DESORDEM DE PÂNICO

Existem 4 critérios

#### P1-TEVE ATAQUES DE PÂNICO COM PELO MENOS DOIS DOS SINTOMAS SEGUINTEs

	Sem Informação	Não	Sim	
<i>Alguma vez teve ataques de pânico ou ansiedade em que se sentiu subitamente muito assustado e teve sintomas físicos como... (quando é que isto acontece?) Falta de ar (dispneia)?..</i>	X	1	2	758
<i>Palpitações?</i>	X	1	2	759
<i>Dores no peito ou desconforto?</i>	X	1	2	760
<i>Choques ou sensações suaves?</i>	X	1	2	761
<i>Tonturas ou como se andasse tudo à volta (vertigens) ou como se as coisas fossem irreais?</i>	X	1	2	762
<i>Tremores (parastesias)?</i>	X	1	2	763
<i>Suores?</i>	X	1	2	764
<i>Desmaios?</i>	X	1	2	765
<i>Tremer ou abanar?</i>	X	1	2	766
<i>Medo de morrer, ficar louco, ou perder o controle durante um ataque?</i>	X	1	2	767
Teve medo intenso ou receio e pelo menos 2 sintomas 1 NÃO Avance para item821 2 SIM				768

#### P2-TEVE PELO MENOS 3 ATAQUES DE PÂNICO DISTRIBUÍDOS POR UM PERÍODO DE 3 SEMANAS

769

Teve pelo menos 3 destes...? (Quando e que ocorreram?)	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para Item 821 2 Sim
--	--

**P3-NERVOSO PARA ALEM DOS 3 ATAQUES DE PANICO POR UM PERÍODO DE 3 SEMANAS** 770

<i>Esteve muito nervoso a maior parte do tempo entre os ataques?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para Item 821 2 Sim
--	--

**P4-INDICAÇÃO PARA PROCURA DE AJUDA, MEDICAÇÃO, MAU FUNCIONAMENTO SOC.,FAMI.OU EMPG.DURANTE PERIODO DPR.** 771

<i>Durante esse tempo procurou ajuda de alguém como, um medico, um padre ou um amigo... ou alguém sugeriu que procurasse ajuda?.. tomou medicação?..</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para Q 2 Sim
<i>Os (ataques de pânico) afectaram de algum modo o seu funcionamento - na família ou emprego?</i>	
Vai de encontro aos 4 critérios de Desordem de Pânico	SIM <span style="float: right;">772</span>
Idade em que pela primeira vez encontra o critério	773-74
Duração do episodio mais longo em semanas	813-15
Correntemente num episódio	SIM <span style="float: right;">816</span>
Se SIM, duração do episodio corrente em semanas...	
1 Igual situação ou tipo na maioria dos ataques	820
Situações estimuladoras para evocar ataques de pânico...	2 Não claramente 1 ou 3 3 Sem tipo particular de situação
<input type="checkbox"/> Se teve Desordem de Briquet marque aqui e avance para Desordem Ansiosa Generalizada e vá para Desordem Obsessiva Compulsiva	821

**PARTE Q- DESORDEM DE ANSIEDADE GENERALIZADA**

Existem 3 critérios

**Q1-TEVE EPISÓDIO DE DOENÇA DE PELO MENOS 2 SEMANAS COM HUMOR ANSIOSO PERSISTENTE** 822

<i>Teve períodos de pelo menos 2 semanas em que se sentiu ansioso ou tenso (nervoso, inquieto) a maioria do tempo?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para R 2 Sim
--	---

**Q2-HUMOR ANSIOSO ASSOCIADO COM PELO MENOS UM DOS SINTOMAS**

<i>Durante o período mais grave foi perturbado por</i>	Sem Informação	Não	Sim	
<i>Dificuldade em adormecer?</i>	X	1	2	823
<i>Suores, corar, tonturas, palpitações ou falta de ar?</i>	X	1	2	824
<i>Tensão muscular ou tremores?</i>	X	1	2	825
<i>Grande preocupação a maior parte do tempo acerca de coisas que podem acontecer?</i>	X	1	2	826
<i>Agitação contínua ou incapacidade de se sentar quieto?</i>	X	1	2	827
Teve pelo menos um dos sintomas quando Ansioso	1 NÃO 2 SIM	Avance para R		828

**Q3-INDICAÇÃO PARA PROCURA DE AJUDA, MEDICAÇÃO, MAU FUNCIONAMENTO SOC.,FAMI.OU EMPG.DURANTE PERÍODO DPR. 829**

<i>Durante esse tempo procurou ajuda de alguém como, um médico, um padre ou um amigo... ou alguém sugeriu que procurasse ajuda?.. tomou medicação?..</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para R 2 Sim
<i>O (humor ansioso) afectou de algum modo o seu funcionamento na família ou emprego?</i>	
Vai de encontro aos 3 critérios de Desordem Ansiosa Generalizada	SIM 830
Idade em que pela primeira vez encontra o critério	831-32
Duração do episódio mais longo em semanas	833-835
Correntemente num episódio	SIM 836
Se SIM, duração do episódio corrente em semanas	837-39
Episódio corrente associado com depressão significativa embora a Ansiedade seja predominante	840

**PARTE R- DESORDEM OBSESSIVA COMPULSIVA**

Existem 2 critérios

**R1-TEM OBSESSÕES OU COMPULSÕES**

<i>E acerca de ser perturbado por pensamentos que lhe apareciam continuamente, sem qualquer sentido, e que não conseguia ver-se livre deles ou pô-los fora da sua mente?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para S 2 Sim
<i>Alguma vez teve que repetir um gesto uma ou outra vez sem conseguir resistir a repeti-lo - como lavar constantemente as mãos, contar ou verificar coisas?</i>	

**R1-INDICAÇÃO PARA PROCURA DE AJUDA, MEDICAÇÃO, MAU FUNCIONAMENTO SOC.,FAMI.OU EMPG.DURANTE PERIODO DPR.**

<i>Que efeito tiveram estas (obsessões, compulsões) em si? Procurou ajuda de alguém ou tomou alguma medicação por causa de...?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 NÃO Avance Para S 2 SIM
<i>As (obsessões, compulsões) afectaram de algum modo o seu funcionamento na família ou emprego?</i>	
Vai de encontro aos 2 critérios de Desordem Obsessiva Compulsiva	SIM 843
Idade em que pela primeira vez encontra o critério	844-45
Duração do episódio mais longo em semanas	846-48
Correntemente vai de encontro ao critério	SIM 849
Se SIM, duração do episódio corrente em semanas...	
Sintomas predominantes	1 Obsessões 2 Compulsões 3 Nenhum Deles (Ou Ambos Com Igual Gravidade)

**PARTE S- DESORDEM FÓBICA**

Existem 2 critérios:

**S1-MEDOS IRRACIONAIS PERSISTENTES E RECORRENTES DE OBJECTOS, ACTIVIDADES OU SIT.COM TENDÊNCIA A EVITAR 854**

<i>Existiram alturas em que sentiu medo de alguma coisa ou situação particular como multidões, certos animais, alturas, ou estar fechado?</i>	0 Sem informação ou sem certeza 1 NÃO Avance para T 2 SIM
<i>(E acerca de ter medo de certas actividades - como estar só, sair sozinho ou certas formas de viajar?; Saiu do seu caminho para evitar...?)</i>	

**S2- INDICAÇÃO PARA PROCURA DE AJUDA, MEDICAÇÃO, MAU FUNCIONAMENTO SOC.,FAMI.OU EMPG.DURANTE PERÍODO DPR. 854**

<i>Que efeito teve isto em si?          Procurou ajuda de alguém ou tomou alguma medicação por causa de...?          Os (sintomas fóbicos) afectaram de algum modo o seu funcionamento - na família ou emprego?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para T 2 Sim
Vai de encontro aos 2 critérios de Desordem Fóbica	SIM 856
Idade em que pela primeira vez encontra o critério	857-58
Duração do episódio mais longo em semanas	859-861
Correntemente vai de encontro ao critério	SIM 862
Se SIM, duração do episódio corrente em semanas	863-65
Tipo de Fobia (marque a mais predominante):	1 AGORAFOBIA 2 FOBIAIS SOCIAIS 3 FOBIAIS SIMPLES 4 FOBIAIS MISTAS

**PARTE T- PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL**

Existem 4 critérios

**T1- DESDE OS 15 ANOS COM RESULTADOS POBRES NAS SUAS OCUPAÇÕES DURANTE VARIOS ANOS, COM PELO MENOS UM DOS CRITÉRIOS**

	Sem Informação	Não	Sim	
<i>Desde que começou a trabalhar mudou muito de emprego (SIM se teve 1 ou mais empregos em 5 anos)?</i>	X	1	2	867
<i>Teve períodos sem trabalhar (SIM se num total de 6 meses durante 10 anos quando era esperado trabalhar: e não devido a doença física)?</i>	X	1	2	868
<i>Faltava muito enquanto trabalhava (SIM se o absentismo envolve uma média de 3 dias ou mais por mês quer quando se atrasava ou quando se ausentava)?</i>	X	1	2	869
Teve pelo menos um dos itens acima (ou mau desempenho escolar)	1 NÃO Avance para U 2 SIM			870

**T2-INICIO NA INFÂNCIA COMO INDICADO NOS ITENS SEGUINTE (PELO MENOS UM ANTES DOS 15 ANOS)**



	Sem Informação	Não	Sim	
<i>Quando era mais novo... ..Faltava à escola?</i>	X	1	2	871
<i>Foi alguma vez expulso da escola?</i>	X	1	2	872
<i>As pessoas esperavam melhores notas do que teve?</i>	X	1	2	873
<i>Estava sempre a quebrar regras em casa ou na escola?</i>	X	1	2	874
<i>Foi preso ou mandado para tribunal de menores por alguma coisa que fez?</i>	X	1	2	875
<i>Fugia de casa à noite?</i>	X	1	2	913
<i>Mentia muito?</i>	X	1	2	914
<i>Começou a beber muito antes dos outros rapazes ou raparigas da sua idade?</i>	X	1	2	915
<i>Roubava coisas?</i>	X	1	2	916
<i>Partia janelas ou destruía coisas (vandalismo)?</i>	X	1	2	917
<i>Começou a ter sexo antes dos outros rapazes ou raparigas da sua idade (SIM se muito precoce ou comportamento sexual agressivo)?</i>	X	1	2	918
Teve pelo menos 3 itens e pelo menos 1 antes dos 15 anos 1 NÃO 2 SIM				919 Avance para U

## T3- TEVE PELO MENOS 2 SINTOMAS ANTES DOS 15 ANOS

	Sem Informação	Não	Sim	
Desde a idade dos 15 anos...				
<i>Foi preso (SIM se 1 ou mais vezes preso)?</i>	X	1	2	920
<i>Divorciou-se ou separou-se (SIM se 2 ou mais divórcios ou separações legalmente casado ou não)?</i>	X	1	2	921
<i>Meteu-se em lutas (físicas)?</i>	X	1	2	922
<i>Embragava-se frequentemente todas as semanas?</i>	X	1	2	923
<i>Não pagava com frequência dívidas ou não tomava conta de outras responsabilidades financeiras como era esperado?</i>	X	1	2	924
<i>Alguma vez teve um período de tempo sem residência permanente ou vagueou de lugar para lugar sem planos prévios (para além das férias)?</i>	X	1	2	925
Teve pelo menos 2 sintomas 1 NÃO Avance para U 2 SIM				926

<b>T4- DIMINUIÇÃO MARCADA DE CAPACIDADE PARA MANTER RELAÇÕES E RESPONSABILIDADES SOCIAIS, FAMI. E SEXUAIS</b>		927
<i>Existe alguém de quem se sente muito próximo? Mais alguém?</i> <i>Durante quanto tempo se sentiu assim?</i> <i>Ajuda-os quando eles têm problemas?</i> <i>Mantém os mesmos amigos durante muito tempo?</i>	0 Sem informação ou sem certeza 1 NÃO Avance para U 2 SIM	
Vai de encontro aos 4 critérios de Personalidade Anti-social	SIM	928

**PARTE U- TRAÇOS DE PERSONALIDADE CARACTERÍSTICOS DO COMPORTAM. DO SUJEITO DURANTE UM PERÍODO LONGO DE TEMPO**

**U1- PERSONALIDADE HIPERSENSITIVA, DESCONFIADA, CIUMENTA, INVEJOSA DESDE LONGO TEMPO**

929

<i>As questões seguintes são acerca das suas atitudes habituais e comportamentos durante a maioria da sua vida.</i> <i>Como se descreveria como pessoa...</i> <i>Sente que as pessoas estão a criticá-lo?...que há pessoas que lhe estão a fazer a vida difícil?..</i> <i>Tem tendência a ser uma pessoa ciumenta ou invejosa?..</i> <i>Desconfia com frequência dos outros ou tem medo que se aproveitem de si?</i> <i>Teve fases de grandes suspeitas ou sentiu que tinha que estar alerta?</i>	0 sem informação 1 de modo algum 2 numa extensão pequena (1 ou 2 traços) 3 em alguma extensão 4 numa considerável extensão 5 numa extensão marcada 6 num grau extremo
--	---

**U2- PERSONALIDADE INIBIDA, SÉRIA, FECHADA, INTOLERANTE, SENSITIVA DESDE LONGO TEMPO**

930

<i>Tem tendência geralmente a ser cuidadoso na expressão de sentimentos fortes?</i> <i>Fica no lado mais calmo ou é considerado o tipo de pessoa séria?</i> <i>Tem um sentido muito forte do certo ou errado?...ser mais honesto que a maioria das pessoas?..</i> <i>As pessoas chamam-lhe-iam teimoso?</i> <i>Tem tendência a ter certas maneiras para fazer as coisas e fica aborrecido se as rotinas têm de ser mudadas?</i> <i>O trabalho é mais importante do que divertir-se pelo que lhe é difícil pô-lo de lado para relaxar ou ir de férias?..</i>	0 sem informação 1 de modo algum 2 numa extensão pequena (1 ou 2 traços) 3 em alguma extensão 4 numa considerável extensão 5 numa extensão marcada 6 num grau extremo
--	---

**U3-PERSONALIDADE, ALEGRE. OPTIMISTA, ENTUSIASTICA, ENERGÉTICA, ACTIVA DESDE LONGO TEMPO 931**

<i>Descrever-se-ia como uma pessoa alegre e optimista?.. mais entusiasta que a maioria das pessoas?..com muita iniciativa e ambição?..mais energética e activa que a maioria das pessoas?..</i>	0 sem informação 1 de modo algum 2 numa extensão pequena (1 ou 2 traços) 3 em alguma extensão
<i>Gosta mais de se envolver com pessoas e actividades que maioria das pessoas?..</i>	4 numa considerável extensão 5 numa extensão marcada 6 num grau extremo

**PARTE V- OUTRAS DESORDENS PSIQUIÁTRICAS**

Esta categoria é para condições psiquiátricas que não podem ser classificadas em nenhum dos diagnósticos anteriores e que não parecem ser parte de um período prodromal ou sintomas residuais de uma desordem específica. É possível que um sujeito tenha um período de doença que seja considerado Outras Desordens Psiquiátricas seguido ou precedido por um episódio que possa ser diagnosticado como um dos outros diagnósticos específicos.

Existem 2 critérios:

**V1-**

	Sim	
O quadro clínico sugere um distúrbio específico não coberto por este instrumento (ex: Anorexia Nervosa, Transexualismo, Personalidade Paranoide)Especificar		932
Suspeita-se de uma ou mais desordens mas os sintomas são mínimos para completar os critériosEspecificar		933
A ordem cronológica de classes de sintomas importantes não é conhecida ex: alcoolismo e alucinações: desconhecimento do que apareceu primeiro		934
A informação existente sobre a fenomenologia é inadequada para estabelecer um diagnóstico específico		935
Um factor orgânico conhecido é provavelmente a causa etiológica ex: abuso de álcool, intoxicação por anfetaminas, ingestão de alucinogéneos, febre		936
Pelo menos um destes critérios é verdade 1 Não Passar para Traços Esquizofrénicos 2 Sim		

O estado foi de gravidade suficiente para resultar na procura ou recomendação de procura de ajuda, tomar medicação ( que não sejam hipnóticos ocasionais para a insónia), ou causou impedimento de	0 Sem informação ou sem certeza: Passar para Traços Esquizofrénicos 1Não:Passar para Traços Esquizofrénicos 2Sim	938
--	--	-----

funcionar socialmente, com a família, em casa, na escola, no trabalho		
Reúne os 2 critérios para Outras Desordens Psiquiátricas	Sim	939
Idade do primeiro episódio ou idade em que se tornou visível		940
Correntemente num episódio	Sim	942
Se sim, duração em semanas _____ se se aplicar à maior parte da vida classificar com		999

### PARTE W- TRAÇOS ESQUIZOFRÉNICOS

Esta categoria é usada apenas para classificar outros diagnósticos (incluindo Outras Desordens Psiquiátricas) e nunca deve ser considerada como categoria única. Pode estar presente como linha de base de toda a vida ou pode ser usada para classificar uma desordem episódica quando os sintomas são muito raros.

**Pelo menos um** dos seguintes traços está presente (não incluir um sintoma claramente explicado por álcool, abuso de droga, esquizofrenia, desordem esquizo-afectiva, Desordem Depressiva ou Maníaca, Psicose Funcional Inespecífica, ou outro diagnóstico RDC). Também existirá suficiente informação disponível para registar a maioria dos itens.

	Sem Informação	Não	Sim
Ilusões recorrentes, sentir a presença de uma pessoa ou presença não presentes na realidade (“sinto que a minha mãe que já morreu está comigo”), suspeita de alucinações, ou períodos de severas dissociações, despersonalização, ou derealization ( que não seja ataque de pânico) <i>Sentiu com frequência que o mundo parece diferente ou que de alguma forma mudou?</i> <i>Sentiu que estava fora do seu próprio corpo, ou como se uma parte não lhe pertencesse? Ou que estava fisicamente desligado das pessoas... ou sentiu como se estivesse num sonho...ou alguma experiência estranha?</i>	X	1	2
Ideação odd ou bizarra, ou pensamento mágico ex: superstição, clarividência, telepatia, sexto sentido, “os outros podem sentir os seus sentimentos”, ou desilusões suspeitas	X	1	2
Ideias de referência, suspeita extrema, ideação paranoide	X	1	2
Postura inadequada na interacção face a face devido a afecto inapropriado ou constricto ex: aloof, distante, frio, superficial, pateta	X	1	2
Comunicação odd (sem desordem formal do pensamento) ex: discurso tangencial, digressive, vago, demasiado elaborado, circunstancial, metafórico e não simplesmente detalhado	X	1	2
Isolamento social, não devido a ansiedade social, hipersensibilidade a críticas reais ou imaginárias (ex: sem	X	1	2

amigos íntimos ou confidentes, contactos sociais limitados às tarefas essenciais, sempre desconfortável quando está com pessoas)			
--	--	--	--

Tem pelo menos 1 dos critérios acima mencionados Sim

**PARTE X- DISTINÇÃO PRIMÁRIA/SECUNDÁRIA COM A DESORDEM DEPRESSIVA MAJOR**

Se o sujeito reúne os critérios para Desordem Depressiva Major, para um episódio actual ou passado, avaliar se o primeiro ou o mais recente episódio foram precedidos por alguma das seguintes desordens (depressão secundária):

1.Esquizofrenia (não agora mas Tipo Residual)	<input type="checkbox"/> Sem informação, sem certeza, ou nunca teve uma Desordem Depressiva Major 953
2.Desordem Esquizo-afectiva	<input type="checkbox"/> O primeiro Episódio de Desordem Depressiva Major <u>não</u> foi precedido pelas desordens listadas ao lado 954
3.Distúrbio de Pânico	<input type="checkbox"/> O primeiro Episódio de Desordem Depressiva Major foi precedido pelas desordens listadas ao lado 955
4.Distúrbio Fóbico	___ Se sim, assinalar o número da desordem (se existir mais do que uma, assinalar o número da que se desenvolveu primeiro) 956-7
5.Desordem Obsessivo-Compulsiva	<input type="checkbox"/> O mais recente Episódio de Desordem Depressiva Major foi precedido pelas desordens listadas ao lado 958
6.Desordem de Briquet (Desordem de Somatização)	___ Se sim, assinalar o número da desordem (se existir mais do que uma, assinalar o número da que se desenvolveu primeiro) 959-60
7.Personalidade antisocial	
8.Alcoolismo	
9.Abuso de drogas	
10.Preferência Homossexual (perguntar se necessário)	
11.Anorexia Nervosa	
12.Transsexualismo	
13.Síndrome Cerebral Orgânico	

**PARTE Y- COMPORTAMENTO SUICIDA**

Teve comportamentos ou fez tentativas discretas de suicídio <i>Alguma vez tentou matar-se ou fazer algo que o pudesse ter matado?</i>	0 Sem informação ou sem certeza 961 1 Não Passa para o funcionamento social 2 Sim
<i>Se sim Perguntar por mais detalhes</i>	
Número de gestos ou tentativas	1 2 3 4 5 6 7 8 +  962

## Y1- Tentativa de suicídio no período de tentativa mais séria

<p>Tentativa de suicido no período de tentativa mais séria</p> <p>Determinar as circunstâncias e grau de seriedade da tentativa considerando factores como: probabilidade de ser salvo, precauções para não ser descoberto, acções para obter ajuda durante ou após a tentativa, grau de planeamento da tentativa, o objectivo aparente da tentativa (manipulativo ou a conseguir a morte)</p>	<p>0 Sem informação ou sem certeza 953</p> <p>1 Obviamente sem intenção, meramente manipulativo</p> <p>2 Com hesitação ou intenção mínima</p> <p>3 Definitivo mas muito ambivalente</p> <p>4 A sério</p> <p>5 Muito a sério</p> <p>6 Extremo (cuidadosamente planeado e com expectativa de morte)</p>
--	---

Y2- Ameaça médica **actual** à vida ou à condição física após a tentativa mais séria de suicídio.

<p>Considerar o método (ferimento por tiro é considerado mais grave do que por faca), grau de consciência no e durante o momento de salvamento, gravidade da lesão ou da toxicidade do material ingerido, reversibilidade (tempo previsto para a recuperação completa) e tempo de tratamento necessário</p>	<p>0 Sem informação ou sem certeza 964</p> <p>1 Sem perigo (ex: sem efeito, apenas com os comprimidos na mão)</p> <p>2 Mínimo (ex: arranhão)</p> <p>3 Médio (ex: tomou 10 aspirinas, gastrite média)</p> <p>4 Moderado (ex: tomou 10 seconals, inconsciência breve)</p> <p>5 Severo (ex: corte de garganta)</p> <p>6 Extremo (ex: corte respiratório ou coma prolongado)</p>
---	--

**PARTE Z- COMPORTAMENTO SOCIAL**

## Z1- RELAÇÕES SOCIAIS NOS ULTIMOS 5 ANOS COM DURAÇÃO DE PELO MENOS ALGUNS MESES 965

<p>Durante os 5 anos passados, quando foi o período em que mais se relacionou socialmente com as outras pessoas?</p> <p><i>Até que ponto se relacionou socialmente com amigos ou com outras pessoas?</i></p> <p><i>E acerca de visitas ou receber pessoas em casa?</i></p> <p><i>E acerca de actividades na igreja, clube ou jogos?</i></p>	<p>0 sem informação ou sem certeza</p> <p>1 superior, muitos amigos especiais e saídas</p> <p>2 muito bom; alguns amigos, algumas saídas</p> <p>3 bom; 1 ou 2 amigos, saídas pouco frequentes</p> <p>4 suficiente; um amigo próximo, saídas raras</p> <p>5 pobre; sem amigos especiais, poucos</p>
---	--

<p><i>Com quem se encontra? Até que ponto lhes é próximo? Consideraria algum deles como amigo íntimo - alguém que pudesse realmente confiar?</i></p>	<p>contactos 6 muito. pobre, sem amigos especiais, contactos raros 7 muito inadequado sem contactos</p> <p><input type="checkbox"/> características de funcionamento durante a maior parte da sua vida 966 <input type="checkbox"/> aparentemente como resultado da deterioração do funcionamento 967</p>
--	---

<b>Z2- FUNCIONAMENTO GERAL MAIS SAUDÁVEL DO SUJEITO DURANTE PELO MENOS ALGUNS MESES NOS PASSADOS 5 ANOS</b>	<b>968</b>
---	------------

<p><i>Nos 5 anos passados quando se sentiu melhor?  Isso durou pelo menos alguns meses?; O que o aborrecia nessa altura?; E acerca do seu humor, família, vida social, etc.?</i></p>	<p>0 sem informação ou sem certeza 1 ausente ou sintomas mínimos; bom func. 2 ausente ou sintomas mínimos; func. diminuído 3 alguns sintomas médios; algumas dificuldades func. 4 sintomas moderados; func.com dificuldade 5 alguns sintomas sérios; grande diminuição de func. 6 diminuição grave em várias áreas</p>
--	--

<b>Z3- FUNCIONAMENTO GERAL MENOS SAUDÁVEL DO SUJEITO DURANTE O MÊS PASSADO</b>	<b>969</b>
--	------------

<p><i>Durante o mês passado quando e que se sentiu pior?  Quanto tempo durou? O que e que o preocupava nessa altura? E acerca do seu humor, trabalho, e vida social? Até que ponto se tornou mau?</i></p>	<p>0 sem informação ou sem certeza 1 ausente ou sintomas mínimos 2 sintomas mínimos; ligeiro disfuncionamento 3 sintomas médios; humor depressivo e insónia média 4 sintomas moderados; func. geral com alguma dificult. 5 alguns sintomas sérios de disfuncionamento 6 disfuncionamento major em várias áreas</p>
---	--

<b>RESULTADOS</b> <b>970</b>	<b>DE</b>	<b>DOENÇAS</b>	<b>ANTERIORES</b>
---------------------------------	-----------	----------------	-------------------

<p><i>Recuperou completamente do último episódio que teve (antes deste), ou teve alguns problemas de ligação até ficar doente de novo?  Compare a maneira como se sentiu com as alturas em que estava no seu melhor?</i></p>	<p>0 sem informação ou sem aplicação 1 retorno completo 2 alguns resíduos 3 resíduos consideráveis 4 deterioração marcada</p>
--	---

<b>CORRENTEMENTE SEM DOENÇA MENTAL</b>	<b>971</b>
--	------------

Esta categoria é para indivíduos que no momento da avaliação não têm sintomas suficientes ou outros sinais de distúrbio para se garantir a atribuição de um dos diagnósticos específicos dos pontos anteriores. Indivíduos que no momento não apresentam sintomatologia apesar de ser posterior a um episódio de doença, mesmo que ainda não tenham passado dois meses após o episódio	0 sem informação ou sem certeza 1 não (doença mental corrente) 2 sim (correntemente sem doença mental)
--	--

<b>NUNCA DOENTE MENTAL</b>	<b>972</b>
----------------------------	------------

Esta categoria é para indivíduos que nunca tiveram sintomas suficientes para ou outros sinais de distúrbio para garantir a classificação num dos diagnósticos anteriores, incluindo Outras Desordens Psiquiátricas	0 sem informação ou sem certeza 1 não (teve desordem mental) 2 sim (sem evidencia de desordem mental)
--	---

<b>GRAU DE CONFIANÇA E CERTEZA DA INFORMAÇÃO OBTIDA NESTA ENTREVISTA</b>	<b>973</b>
--	------------

Grau de confiança e certeza da informação obtida nesta entrevista	1 MUITO BOM 2 BOM 3 SUFICIENTE 4 POBRE 5 MUITO POBRE
---	--

<b>FONTES DE INFORMAÇÃO</b>
-----------------------------

Fontes de informação	<input type="checkbox"/> ENTREVISTA COM O SUJEITO <input type="checkbox"/> PESSOAL <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> REGISTO DE CASO <input type="checkbox"/> OUTROS	974 975 1013 1014 1015
<input type="checkbox"/> Resultados deste exame podem ter sido afectados por medicação, descreva:1016		



## **ANEXO 9: Social Support Network Inventory (SSNI)**



## SSNI

Código                      Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    Pai \_\_\_\_\_    Mãe\_\_\_\_\_

Avaliação Nº                      Entrevistador\_\_\_\_\_

Comece, por favor, por fazer, na primeira página deste questionário uma lista de todas as pessoas e grupos com quem tem frequentemente uma relação mais íntima e que lhe dão alguma forma de apoio.

Nessa lista, pode escrever as iniciais ou qualquer outro sinal que o (a) ajude a lembrar-se das pessoas que quer referir, ao longo deste questionário.

Essas pessoas podem ser familiares, vizinhos, colegas de trabalho, professores, médicos ou quaisquer outros com quem tenha uma relação de intimidade e que sejam importantes para si.

Comece por enumerar a pessoa mais íntima - ou seja, aquela com quem tem mais facilidade em conversar acerca dos aspectos da sua vida mais privados, quer sejam pensamentos, problemas, ou ambições.

A seguir, coloque, por ordem decrescente, na lista, as outras pessoas com quem tem mais intimidade.

Em relação a grupos, registre qualquer grupo de pessoas ou organização a que esteja ligado (a) e de quem receba algum tipo de apoio. Esta categoria pode incluir: familiares, vizinhos, colegas de trabalho, e lugares específicos ou organizações que frequenta, como uma clínica, uma igreja ou sinagoga, os A. A., etc.

Pode começar.

Faça a lista das pessoas e grupos que são mais importantes para si no presente, começando com a mais importante de todas.

1. -----
2. -----
3. -----
4. -----
5. -----
6. -----
7. -----
8. -----
9. -----
10. -----
11. -----
12. -----
13. -----
14. -----
15. -----
16. -----
17. -----
18. -----
19. -----
20. -----

Agora, deve considerar apenas as primeiras quatro pessoas da sua lista e o grupo mais importante e deve responder, nas páginas seguintes, às várias perguntas que lhe são feitas, com relação a eles. Se não tiver um grupo, utilize uma quinta pessoa.

Procure responder com cuidado, fazendo corresponder a cada uma dessas pessoas, o número apropriado.

Estamos conscientes de que algumas pessoas/ou grupos constituem apoios importantes, enquanto que outros não. Por isso, a exactidão da sua resposta será importante para que tenhamos um melhor conhecimento da sua situação em particular.

**De A a D - Apenas para indivíduos**

A. Qual é a sua relação com essa pessoa?

1. Cônjuge ou companheiro
2. Outro membro da família residente na mesma casa
3. Outro membro da família não residente na mesma casa
4. Colega de escola ou de trabalho
5. Vizinho
6. Outra

B. Qual é a idade aproximada dessa pessoa?

C. Há quantos anos conhece essa pessoa? (se for há menos de 6 meses, escreva 0)

D. De que sexo é essa pessoa?

1. Masculino
2. Feminino

**De E a F - Apenas para grupos:**

E. Há quantos anos mantém ligação com este grupo?

F. De que género é esse grupo?

1. Recreativo
2. Religioso
3. Organização de vizinhos ou organização política
4. Grupo terapêutico ou médico
5. Grupo profissional/ sindical/ relacionado com o trabalho
6. Outro

**De G a Q - Para indivíduos e grupos:**

G. Quantas vezes está em contacto com essa pessoa ou grupo (directo, por telefone ou por carta?)

1. Uma vez por ano ou menos
2. De duas a quatro vezes por ano
3. Cerca de uma vez por mês
4. Cerca de uma vez por semana
5. Habitualmente todos os dias

H. Se precisar de (ou desejar) entrar em contacto com essa pessoa ou grupo para ter ajuda, qual é a disponibilidade dela/ dele?

1. Raramente disponível
2. Algumas vezes disponível
3. Muitas vezes disponível
4. Quase sempre disponível
5. Sempre disponível quando tem necessidade dela/dele?

I. Que género de coisas se sente *à vontade* para conversar com essa pessoa ou grupo?

1. Sinto-me pouco *à vontade* em qualquer conversa com essa pessoa ou grupo
2. Só me sinto *à vontade* para conversar sobre pessoas ou acontecimentos locais
3. Questões gerais da vida tais como empregos e saúde
4. A maior parte das coisas, mas não aquelas que considero muito pessoais
5. Todo o género de coisas, incluindo os meus pensamentos mais pessoais, os meus medos e ambições

J. Essa pessoa (ou grupo) dá-lhe ajuda prática (ou pensa que lhe daria em caso de necessidade), fazendo tarefas para si, como cuidar dos seus filhos, auxiliar nas tarefas domésticas, dar conselhos práticos, ajudar na procura de empregos, instruir, ou emprestar dinheiro ou equipamento?

1. Nunca
2. Raramente
3. Algumas vezes
4. Bastantes vezes
5. Muito frequentemente

K. Até que ponto é que o (a) senhor(a) dá ajuda prática (ou daria em caso de necessidade) a essa pessoa ou grupo?

1. Nunca
2. Raramente
3. Algumas vezes
4. Bastantes vezes
5. Muito frequentemente

L. Essa pessoa/grupo dá-lhe apoio emocional (ou daria em caso de necessidade), ouvindo, falando, consolando ou simplesmente estando consigo?

1. Nunca
2. Raramente
3. Algumas vezes
4. Bastantes vezes
5. Muito frequentemente

M. Até que ponto é que o (a) senhor(a) dá apoio emocional (ou daria em caso de necessidade) a essa pessoa/grupo?

1. Nunca
2. Raramente
3. Algumas vezes
4. Bastantes vezes
5. Muito frequentemente

N. Todas as pessoas têm, em algumas ocasiões, dúvidas acerca das suas verdades e perdem a fé em si próprias. Por favor, indique até que ponto cada pessoa/grupo o (a) ajudou a ter confiança no seu próprio valor pessoal quando sentiu que não valia nada ou que não tinha esperança, ou até que ponto eles ajudariam em caso de necessidade.

1. Nunca
2. Raramente
3. Algumas vezes
4. Bastantes vezes
5. Muito frequentemente

O. Às vezes, as pessoas também precisam de ajuda para a clarificação da direcção a tomar ou dos seus objectivos de vida. Por favor, indique até que ponto pensa que cada uma das pessoas/grupo ajudou quando precisou de orientação, ou até que ponto pensa que ajudaria em caso de necessidade?

1. Nunca
2. Raramente
3. Algumas vezes
4. Bastantes vezes
5. Muito frequentemente



---

P. No espaço branco em baixo, descreva a mais importante perda pessoal, acontecimento da sua vida, ou dificuldade que sentiu o ano passado. (Exemplos: morte ou doença de amigo ou familiar, divórcio, mudança de terra, doença pessoal séria, problemas conjugais, problemas financeiros).

---

---

---

Como se sentiu depois de entrar em contacto com as pessoas da sua lista?

0. Não entrei em contacto com essa pessoal grupo na altura, por causa deste acontecimento.
1. Penso que o apoio que recebi não ajudou
2. Não me senti apoiado
3. Senti-me um pouco apoiado e mais capaz de lidar com a situação
4. Senti-me bastante apoiado e mais capaz de lidar com a situação
5. Senti-me muito apoiado e mais capaz de lidar com a situação

Q. Descreva agora o segundo acontecimento/dificuldade mais importante que ocorreu no ano passado.

---

---

---

Como se sentiu depois de ter falado (entrado em contacto) com as pessoas/grupo da sua lista?

0. Não entrei em contacto com essa pessoal grupo na altura, por causa deste acontecimento.
1. Penso que o apoio que recebi não ajudou
2. Não me senti apoiado
3. Senti-me um pouco apoiado e mais capaz de lidar com a situação
4. Senti-me bastante apoiado e mais capaz de lidar com a situação
5. Senti-me muito apoiado e mais capaz de lidar com a situação

**De A a L - Apenas acerca de si:**

A. Que idade completou no seu último aniversário?

B. Qual é o seu sexo?

1. Masculino
2. Feminino

C. Qual é a sua ocupação ou a da pessoa que é a principal fonte de recursos financeiros da família?

1. Executivo, médico, dentista, advogado, dono de uma grande empresa, gestor
2. Director/dono de uma empresa média, ou outras profissões liberais
3. Administrador, pequeno empresário
4. Administrativo, vendedor, técnico
5. Operário semi-especializado
6. Operário não especializado
7. Desempregado há um ano ou mais

D. Qual é o seu nível de habilitações ou o da pessoa que é a principal fonte de recursos financeiros da família?

1. Curso universitário
2. Grau universitário
3. Um ano ou mais de universidade sem completar qualquer grau
4. Curso liceal
5. Curso técnico
6. Menos do que o ensino obrigatório (ciclo preparatório)

E. A sua raça/grupo étnico é:

1. Branca
2. Negra
3. Asiática
4. Outra

F. Estatuto conjugal:

1. Nunca fui casado(a)
2. Actualmente casado(a)
3. Divorciado(a) ou separado(a)
4. Viúvo(a)

G. Quantos filhos tem neste momento?

H. Quantos filhos estão a viver no seu aglomerado familiar?

L. Quantas pessoas vivem no seu aglomerado familiar?

J. Quantos irmãos tem?

K. O seu pai e a sua mãe ainda são vivos?

1. Apenas a mãe é viva
2. Apenas o pai é vivo
3. A mãe e o pai estão ambos vivos
4. Ambos já morreram

L. Quantos dos seus filhos, irmãos e pais (na totalidade) vivem na sua área geográfica (ex: dentro de um raio de 100Km)



## **ANEXO 10: Escala de Ansiedade e Depressão Clínica (HADS)**



### HADS

Código                      Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_                      Pai \_\_\_                      Mãe \_\_\_

Avaliação N<sup>o</sup>    Entrevistador \_\_\_\_\_

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

6. Sinto-me animado/a

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago

- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre



10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico

- Completamente
- Não dou a atenção que devia
- Talvez cuide menos que antes
- Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a

- Muito
- Bastante
- Não muito
- Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Bastante menos agora
- Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão

- Muitas vezes
- De vez em quando
- Poucas vezes
- Quase nunca



## **ANEXO 11: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**



## EPDS

Código                      Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Pai \_\_\_      Mãe\_\_\_

Avaliação Nº                      Entrevistador\_\_\_\_\_

Como teve recentemente um bebé, gostaríamos de saber como se sente. Por favor, sublinhe a resposta que melhor indique o modo como se sente desde há 7 dias e não apenas hoje.

Aqui está um exemplo:

Senti-me feliz

Sim, sempre

Sim, quase sempre

Não, poucas vezes

Não, nunca

Isto quereria dizer: "Senti-me feliz quase sempre durante os últimos sete dias. Por favor, complete as outras questões do mesmo modo.

Desde há 7 dias:

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas

Tanto como antes

Menos do que antes

Muito menos do que antes

Nunca

2. Tenho tido esperança no futuro

Tanta como sempre tive

Bastante menos do que costumava ter

Muito menos do que costumava ter

Quase nenhuma

3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal

Sim, a maioria das vezes

Sim, algumas vezes

Raramente

Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada(o) sem motivo

Não, nunca

Quase nunca

Sim, por vezes

Sim; muitas vezes

5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada(o) sem grande motivação

Sim, muitas vezes

Sim, por vezes

Não, raramente

Não, nunca

6. Tenho sentido que são coisas demais para mim

Sim, a maioria das vezes não tenho conseguido resolvê-las

Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes

Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente

Não, resolvo-as tão bem como dantes

7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal

Sim, quase sempre

Sim, por vezes

Raramente

Não, nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz

Sim, quase sempre

Sim, muitas vezes

Raramente

Não, nunca

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro

Sim, quase sempre

Sim, muitas vezes

Só às vezes

Não, nunca

10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma(o)

Sim, muitas vezes

Por vezes

Muito raramente

Nunca





## **ANEXO 12: Eysenk Personality Inventory (EPI)**



## EPI-Forma A

Código            Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Pai \_\_\_      Mãe \_\_\_  
AvaliaçãoNº            Entrevistador \_\_\_\_\_

### INSTRUÇÕES

Nas páginas seguintes vai encontrar algumas perguntas sobre a maneira como se comporta, sente e age. À frente de cada pergunta há um espaço para responder "SIM" ou "NÃO".

Procure qual das respostas "SIM" ou "NÃO" representa a sua maneira habitual de agir ou de sentir. Depois faça uma cruz **X** no círculo da coluna do "SIM" ou do "NÃO". Trabalhe rapidamente e não demore muito tempo com cada pergunta; queremos a sua primeira reacção e não uma resposta demasiado pensada. Deverá responder a todo o questionário em poucos minutos. Tenha cuidado para não esquecer nenhuma pergunta.

Agora vai voltar a página e começar. Trabalhe rapidamente e lembre-se de que deve responder a todas as perguntas. Não há respostas boas nem más, nem se trata de um teste de inteligência ou de aptidão, mas simplesmente de uma medição da maneira como se comporta.

	SIM	NÃO
1. Sente frequentemente o desejo de experimentar emoções fortes?		
2. Tem muitas vezes necessidade de amigos compreensivos que o animem?		
3. É habitualmente uma pessoa despreocupada?		
4. Custa-lhe muito a aceitar uma resposta negativa?		
5. Procura reflectir antes de fazer qualquer coisa?		
6. Quando promete fazer uma coisa, cumpre sempre a sua promessa quaisquer que sejam os inconvenientes que daí possam resultar?		
7. O seu humor é muito variável?		
8. Costuma fazer e dizer coisas com rapidez sem parar para pensar?		
9. Sente-se infeliz sem haver razões para isso?		
10. Faria o que quer que fosse para provar que não tem medo?		
11. Sente-se repentinamente tímido ao pretender falar com uma pessoa desconhecida que o atrai?		
12. De vez em quando perde a calma e zanga-se?		
13. Faz muitas vezes coisas levado por impulsos de momento?		
14. Fica frequentemente preocupado com coisas que não devia ter dito ou feito?		
15. Em geral, prefere a leitura ao convívio com outras pessoas?		
16. Sente-se ferido nos seus sentimentos com muita facilidade?		
17. Gosta de sair com frequência?		
18. Acontece-lhe por vezes ter pensamentos e ideias que não gostaria que as outras pessoas conhecessem?		
19. Umás vezes está cheio de energia e outras muito fatigado?		
20. Prefere ter poucos amigos mas bons?		
21. Sonha acordado muitas vezes?		
22. Quando alguém grita consigo, responde gritando também?		
23. Tem muitas vezes sentimentos de culpa?		
24. <u>Todos</u> os seus hábitos são bons e desejáveis?		
25. Consegue geralmente descontraír-se e divertir-se a valer numa festa animada?		
26. Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?		
27. Os outros consideram-no uma pessoa "cheia de vida"?		
28. Depois de ter feito qualquer coisa importante, fica muitas vezes com a impressão de que poderia ter feito melhor?		
29. Fica a maior parte do tempo calado, quando está com outras pessoas?		
30. Às vezes diz mal dos outros?		
31. Passam-lhe tantas ideias pela cabeça que não consegue dormir?		

32.Quando quer saber alguma coisa, prefere procurar num livro em vez de perguntar a alguém?		
33.Tem palpitações ou sente bater o coração com força?		
34.Gosta do género de trabalho que exige muita atenção?		
35.Tem acessos de agitação ou de tremuras?		
36.Declararia sempre <u>tudo</u> na alfândega, mesmo sabendo que a sua bagagem não seria vista?		
37.Detesta estar na companhia de pessoas que dizem piadas umas às outras?		
38.É uma pessoa irritável?		
39.Gosta de fazer coisas em que tenha de agir rapidamente?		
40.Preocupa-se com desgraças que possam vir a acontecer?		
41.É lento e calmo nos seus movimentos?		
42.Já alguma vez chegou tarde a um encontro ou ao trabalho?		
43.Tem muitos pesadelos?		
44.Gosta tanto de falar com as pessoas que nunca perde a oportunidade de conversar com um desconhecido?		
45.Costuma ter indisposições e dores?		
46.Sentir-se-ia muito infeliz se não pudesse ver muita gente durante a maior parte do tempo?		
47.Considera-se uma pessoa nervosa?		
48.De todas as pessoas que conhece, há algumas de quem francamente não gosta?		
49.Diria que tem uma razoável confiança em si mesmo?		
50.Fica facilmente magoado quando alguém lhe aponta defeitos a si ou ao seu trabalho?		
51.Acha difícil divertir-se realmente numa festa animada?		
52.Tem sentimentos de inferioridade?		
53.Consegue animar com facilidade uma festa aborrecida?		
54.Por vezes fala de coisas de que não sabe nada?		
55.Preocupa-se com a sua saúde?		
56.Gosta de fazer partidas às outras pessoas?		
57.Sofre de insónias?		

POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A **TODAS** AS PERGUNTAS



**ANEXO 13: Life Orientation Test Revised (LOT-R)**





**LOT-R**

Código \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Pai \_\_\_\_\_ Mãe\_\_\_\_\_

Avaliação N<sup>o</sup> \_\_\_\_\_ Entrevistador\_\_\_\_\_

Por favor indique o grau em que concorda ou discorda que cada uma das seguintes frases representa a sua maneira de pensar

	Concordo totalmente	concordo	neutro	discordo	Discordo totalmente
Em momentos difíceis espero sempre o melhor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para mim é fácil relaxar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se houver a mínima hipótese de alguma coisa me correr mal, tenho a certeza que correrá	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou sempre otimista acerca do meu futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gosto muito de estar com os meus amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para mim é importante estar ocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quase nunca espero que as coisas corram como eu quero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não me chateio facilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raramente espero que me aconteçam coisas boas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em geral, espero sempre que me aconteçam mais coisas boas do que más	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## **ANEXO 14: Entrevista e Sistema Classificativo de Paykel**



**Entrevista sobre Acontecimentos de Vida Recentes  
(Paykel & Mangen,1980)**

Código                      Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Pai \_\_\_      Mãe \_\_\_  
Avaliação N                      Entrevistador \_\_\_\_\_

**TRABALHO**

**01.** Mudança para uma linha de trabalho diferente, como, por exemplo, iniciar trabalho pela primeira vez a seguir a um período de tempo substancial, ou mudar para uma linha de trabalho diferente com um novo patrão.

“ Período de tempo substancial” é uma função do estatuto ocupacional anterior; para homens economicamente activos e mulheres solteiras, 6 meses; para outras pessoas (incluindo as donas de casa que regressam ao trabalho), 3 anos.

**02.** Mudança substancial nas condições de trabalho, como, por exemplo, a mudança para um trabalho similar numa firma ou departamento novos, novos colegas de trabalho, grande reorganização ou mudança substancial de tarefas e responsabilidades.

Inclui mulheres que cessam um emprego permanente e regressam às tarefas de dona de casa, assim como mulheres casadas e estudantes que iniciam um emprego temporário.

**03.** Mudança substancial no horário de trabalho.

Inclui o iniciar de um segundo emprego.

**04.** Início de problemas ou desentendimentos com o patrão, com o supervisor, ou com os colegas de trabalho, de que resultou algum tipo de sanções ou que determinou a ocorrência de discussões que trouxeram alguma ameaça ao indivíduo.

**05. Promoção** – uma mudança específica em grau com concomitante de salário ou reescalonamento salarial.

Não se refere apenas a aumento de responsabilidade porque, nesse caso seria cotada como 02.

**06. Despromoção-critérios idênticos a 05.**

**07. Despedimento ou desemprego por diminuição do número de empregados.**

**08. Reforma.**

Deve ser cotado mesmo que a pessoa inicie um trabalho em tempo parcial, logo a seguir à reforma formal.

**09. Desemprego por um mês ou mais.**

Inclui desemprego por encerramento da instituição empregadora, por despedimento ou por desistência de um emprego e impossibilidade de encontrar outro alternativo.

**10. Falência no negócio.**

Cotar apenas para proprietários e gestores. Para o cônjuge ou companheiro(a), cotar como 17, se daí advierem dificuldades financeiras.

## **ESTUDOS**

**11. Início de estudos em tempo completo ou parcial.**

Incluir programas de treino. Não incluir cursos por correspondência, se não conduzirem a uma qualificação formal, nem cursos nocturnos ligeiros.

**12. Mudança de escola.**

**13. Cessação dos estudos a tempo completo, como por exemplo, por graduação ou desistência.**

**14.** Insucesso académico importante.

**15.** Preparação para/ou realização de exame importante.

Também incluir tese importante. Incluir um aumento da quantidade de trabalho, tal como o resultante de coligir dados ou escrever uma tese que envolve quase na totalidade os tempos livres da pessoa ou que obriga a deixar o trabalho por algum tempo para se ocupar com os estudos. Não incluir exames de rotina ou finais, a não ser que: - seja o primeiro grupo de exames da universidade. - a reprovação ponha em risco a continuidade dos estudos.

## **FINANÇAS**

**16.** Dificuldades financeiras moderadas

Incluir novas dificuldades relevantes mas não o suficiente para serem cotadas como graves, e dificuldades crónicas que pioraram um pouco, por exemplo, por aumento de despesas. Sinais disso podem ser: problemas comos cobradores de contas, atraso no pagamento das obrigações não representando mais do que o correspondente a um mês de salário, ou necessidade de iniciar um segundo emprego.

**17.** Dificuldades financeiras graves.

Muito pior do que o habitual, como, por exemplo, bancarrota, dívidas ou despesas muito avultadas, atraso no pagamento de uma hipoteca ou obrigações pesadas (maiores do que na alínea 16).

**18.** Melhoria substancial nas finanças

Quando usufrui benefícios da segurança social, quando o cônjuge ou o próprio iniciam emprego adicional, ou em caso de herança. Esta alínea refere-se a melhorias incondicionais e não a um aumento do dinheiro disponível resultante da utilização de um empréstimo. Melhoria substancial nas finanças, quando ocorre pelo recebimento de uma quantia regular (como, por exemplo, por emprego adicional do cônjuge ou por benefício da segurança social) deve representar no mínimo 30% do salário bruto semanal (ou seja, 105 acima da taxa de inflação corrente – ajustável segundo as circunstâncias).

## SAÚDE

### 19. Doença física grave, ferimentos ou acidente do próprio

Doença, hospitalização ou cirurgia exigindo um mês de ausência do trabalho.

### 20. Doença física ou emocional grave de familiar próximo (pai ou mãe, cônjuge, tia preferida, irmãos) não conducente a morte.

Doença definida pelos mesmos critérios da alínea 19.

### 21. Gravidez desejada.

Cotar a descoberta da gravidez. Cotar também para o pai.

### 22. Gravidez não desejada.

Cotar a descoberta da gravidez. Cotar também para o pai.

### 23. Aborto espontâneo, nascimento de uma criança nado-morta, ou aborto provocado.

### 24. Nascimento de uma criança viva.

Cotar só para a mãe.

### 25. Menopausa.

Cotar apenas o período de aparecimento das modificações menstruais mais acentuadas – irregularidade, menstruação infrequente, etc

## PERDA RELEVANTE

### 26. Perda de um amigo íntimo ou de uma pessoa de família importante (por exemplo, a tia preferida, a noiva

Intimidade é definida em função da frequência de contacto (físico, por carta ou telefónico) – para ser considerado íntimo, o contacto deve ser, pelo menos, de duas em duas semanas.



**27.** Morte de um familiar próximo (pais, irmãos, cônjuge ou companheiro).

**28.** Morte de um filho natural ou adoptado.

**29.** Morte do cônjuge.

**30.** Perda ou roubo de objectos de valor estimativo ou real.

Exemplo: aliança de casamento, jóia objecto de valor sentimental, animal de estimação da família, ou dinheiro que representa, pelo menos, o equivalente ao salário bruto de 1 semana

## **MIGRAÇÃO**

**31.** Mudança de residência dentro da mesma cidade.

**32.** Mudança para outra cidade.

**33.** Mudança para outro país.

## **NAMORO**

**34.** Ficar noivo.

**35.** Romper o noivado.

**36.** Terminar um namoro estável que durou 3 meses ou mais.

Incluir o terminar de uma relação

homossexual estável.

**37.** Discussão séria das dificuldade, com o noivo(a) ou com o companheiro(a) numa relação hetero ou homossexual estável.

Incluir conflitos sexuais graves. Discussão séria é definida como uma alteração unilateral ou interactiva que afecta o comportamento de um ou de ambos os elementos, de uma forma adversa, por um mínimo de 5 dias.

**PROBLEMAS LEGAIS**

**38.** Violação menor não conducente a julgamento no tribunal (como, por exemplo, multa de estacionamento, excesso de velocidade).

Incluir circunstâncias de estudantes que tiveram problemas disciplinares com as hierarquias da faculdade.

**39.** Violação de maior significado que conduz a julgamento em tribunal.

Incluir confiscação da carta de condução.  
Incluir pena suspensa ou decorrência de inquérito.

**40.** Sentença de prisão

**41.** Processo legal com acção legal.

Incluir Não se refere aos processos de transmissão normais a não ser se excepcionalmente pouco usuais, complicados ou prolongados.

**42.** Problemas legais de um membro de família próxima.

Violação importante que conduz a Julgamento em tribunal. Também incluir o confiscar da carta de condução.

**RELAÇÕES FAMILIARES E SOCIAIS**

**43.** Nascimento de uma criança.

Cotar apenas para o pai.

**44.** Adopção de uma criança ou aceitação de uma criança adoptiva numa modalidade a longo prazo.

Cotar tanto para a mãe como para o

pai adoptivo.

**45.** Vinda de uma pessoa desconhecida, para além das referidas nas alíneas 43 e 44, para viver na mesma casa.

Exemplo: pensionista, familiar, hóspede que partilha a sala de estar e toma as refeições com a família. Incluir crianças que regressam da casa dos pais adoptivos ou crianças adoptadas por períodos curtos que chegam para habitar a casa. Para contar na cláusula pessoa que vem viver na mesma casa, uma pessoa deve residir por três meses ou mais, se forem duas pessoas, por dois meses ou mais.

**46.** Noivado de filho(a).

**47.** Casamento de filho(a), com aprovação.

**48.** Casamento de filho(a), sem aprovação.

**49.** Filho(a) deixa a casa por outras razões (Exemplo: ida para a universidade, institucionalização, ida para o serviço militar).

**50.** Discussões sérias com familiares residentes na mesma casa.

Incluir problemas de comportamento dos filhos, quando conduzem a institucionalização ou quando é manifesto comportamento delinvente que, se descoberto, pode resultar em sanções legais. Não devem ser cotadas dificuldades típicas dos conflitos entre pais e filhos, como, por exemplo, no caso de um adolescente moderadamente rebelde. Cortar na alínea “doença emocional” se envolver hospitalização ou institucionalização.\*\*\* Discussão séria é definida como uma alteração unilateral ou interactiva que afecta negativamente o comportamento de uma ou de ambas (ou de todas) as partes, por um mínimo de 5 dias para um familiar residente.

**51.** Discussão séria com um familiar próximo não residente na mesma casa (pais, irmãos), familiar por casamento, vizinho, ou amigo íntimo.

Discussão séria – comportamento afectado

---

por duas semanas ou mais.

**52.** Melhoria acentuada no relacionamento com familiares residentes ou não residentes na mesma casa, ou com amigo íntimo.

Aplica-se a: (i) Uma relação anteriormente fria que volta ao normal, como, por exemplo, a retoma de um contacto regular com uma pessoa em relação à qual se evitava ou diminuía ao mínimo contacto. (ii) Uma relação casual/ não íntima que, no período em estudo, evolui para uma relação de confiança (em que tudo pode ser debatido, ou apenas uma ou duas coisas evitadas) ou o restabelecimento de uma relação íntima, de confiança, anterior, por outras razões que não as expostas em (i).

## **RELAÇÕES CONJUGAIS**

**55.** Casamento.

**56.** Discussões sérias com o cônjuge.

Discussão séria é definida como uma alteração unilateral ou interactiva que afecta negativamente o comportamento de uma ou de ambas as partes, por um mínimo de 5 dias

**57.** Separação conjugal de 1 mês, não resultante de discussão.

Não cotar quando é mantido algum contacto regular, ou quando um dos cônjuges está fora em trabalho mas vem a casa aos fins-de-semana, ou ainda quando o cônjuge ou o entrevistado está no hospital mas é visitado regularmente.

**58.** Separação conjugal resultante de discussão.

Não cotar também “aumento nas discussões”.

**59.** Relação extra-conjugal do companheiro(a), que envolve também infidelidade esporádica.

**60.** Início de relação extra-conjugal ou envolvimento em infidelidade esporádica.

**61.** Melhoria acentuada no relacionamento com o cônjuge.

**62.** Reconciliação conjugal.

Aplica-se a casais que estiveram a viver separados por sua própria iniciativa, por, pelo menos, um mês

**63.** Divórcio (formulação condicional ou absoluta).

**64.** Outros.

Incluir qualquer acontecimento (exemplo: assaltos ou actos de violência) que não pode ser classificado em nenhuma das outras categorias, mas pode ser considerado um acontecimento de vida porque: (1) É claramente um acontecimento de importância fundamental para o doente.

(2) Originou modificações importantes no contexto profissional, no círculo familiar e social, ou nas condições de vida, de saúde, ou de estatuto.

