

Evaluación de la salud mental de madres púerperas con recién nacidos de bajo peso al nacer.

Mental health assessment of postpartum mothers with newborn of low birth weight.

Hans Contreras-Pulache^A, Elizabeth Mori-Quispe^A, Nelly Lam-Figueroa^{A,B,C}, Marcia Luna-Praetorius^A

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la salud mental, identificando síntomas depresivos y de psicopatología general, en púerperas con neonatos de bajo peso al nacer (BPN). **Métodos:** Estudio observacional transversal y analítico, realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Participaron 126 púerperas de neonatos con BPN, atendidas durante julio y agosto de 2008. Se utilizó la Escala de la Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y el Cuestionario de la Salud General de Goldberg (GHQ-12). **Resultados:** Alfa de Cronbach para EPDS: 0.839 y para GHQ-12: 0.764. La media para EPDS fue 11.58 (SD: 5.8; rango: 0-27) y los síntomas más frecuentes: sentimiento de culpa, ansiedad, sentimiento de incapacidad, pánico e infelicidad. El 34.9% presentó un cuadro de probable depresión mayor, el que estuvo asociado con un menor peso en el neonato (1863.75g vs. 1992.89g; $p > 0.05$). La media para GHQ-12 fue 9.68 (SD: 5.11, rango: 0-25) y los síntomas más frecuentes: anhedonia, depresión, falta de concentración e insomnio. El grupo con alta psicopatología presentó neonatos con pesos significativamente menores (1800.26g vs. 2120.76g; $p < 0.01$). **Conclusiones:** Nuestros resultados confirman que el grupo de púerperas cuyos neonatos presentan BPN es un grupo de particular riesgo, esto lo prueba la alta proporción de casos probables de depresión mayor y la alta prevalencia de psicopatología.

PALABRAS CLAVE: Bajo peso al nacer, Salud mental.

INTRODUCCIÓN

Desde los tiempos de Hipócrates (cuatro siglos antes de Cristo), se conoce que existe cierta asociación entre el proceso perinatal y los trastornos mentales maternos.¹ Sin embargo, recién en tiempos modernos es que se ha empezado a encarar el problema de la salud mental materna de un modo científico, llegándose a identificar a los trastornos mentales como reconocidos factores de riesgo, tanto para la salud de la misma madre como para la del ser humano en formación (intra como extrauterinamente).¹ Sin embargo, a pesar de ser reconocidos como tales, poco o casi nada se ha hecho y se hace en la práctica perinatal, a fin de prevenir, identificar y tratar dichos problemas. Esta situación, alarmante en sí misma, se torna mucho más dramática cuando el recién nacido, por sus características intrínsecas de riesgo (por ejemplo, el bajo peso al nacer [BPN]), representa una demanda incrementada de esfuerzo para a la madre.

Se define como BPN a todo recién nacido cuyo peso al nacer es menor o igual de 2500 gramos, esto sin tomar en consideración la edad gestacional o la etiología subyacente.²

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en una publicación conjunta, identificaron al BPN como un factor de riesgo que incrementa la morbilidad y mortalidad neonatal e infantil.³

En el Perú, según la ENDES IV, la prevalencia de esta entidad es de 8.9%. En el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), según lo informado por su oficina de estadística, se reportaron 772 casos de BPN en el transcurso del primer semestre del año 2008, representando esto el 7.8% del total de neonatos, siendo en el año 2007 un 8.2%.

El contexto del nacimiento de un neonato con BPN es más que un simple evento estresante; es, ante todo y por sobre todo, un evento traumático, para el que la madre probablemente no está preparada, y mucho menos el entorno familiar. La madre ahora se ve ante la obligación de enfrentarse no sólo a una nueva y compleja etapa (que es la maternidad en sí misma) sino también ante la situación amenazante de tener un recién nacido de inmadurez peligrosa y de consecuencias potenciales tales como la invalidez, la deficiencia cognitiva o neurológica permanente o inclusive la muerte.^{4,5}

Es así, que algunos estudios en el campo de la psiquiatría enfocada a la mujer (psiquiatría perinatal) han demostrado que los trastornos del psiquismo materno están asociados con un aumento de la incidencia de suicidio materno, una disminución del contacto madre-hijo en el transcurso del primer año de vida, y también una mayor incidencia de actos violentos en la relación materno-filial.⁶⁻⁸ Por otro lado, el estrés materno no sólo está asociado a malos indicadores de salud mental, sino también a baja producción de leche.⁹

Hablando propiamente de la relación entre el nacimiento de un niño con BPN y la salud mental materna, un estudio llevado a cabo en Alemania⁷ evidenció que cuanto menor es el peso del neonato,

(A) Centro de Investigación ANASTOMOSIS, Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). (B) Instituto de Investigaciones Clínicas, UNMSM. (C) Instituto Nacional Materno Perinatal.

Correspondencia a Hans Contreras: grupoanastomosis@yahoo.es

Recibido el 20 de abril de 2011 y aprobado el 11 de mayo de 2011.

Cita sugerida: Contreras-Pulache H, Mori-Quispe J, Lam Figueroa N, Luna-Praetorius M. Evaluación de la salud mental de madres púerperas con recién nacidos de bajo peso al nacer. *Rev peru epidemiol* 2011; 15 (1) [7 pp.]

mayor es su consideración como evento estresante para la madre. En esa misma línea, Weiss & Chen,⁶ encontraron que las madres a cargo de niños con enfermedades crónicas y/o discapacitantes presentan un riesgo aumentado de presentar problemas de salud mental durante el primer año de vida de éstos. Por otro lado, otros investigadores han planteado que el nacimiento de un recién nacido con inmadurez peligrosa, que es el caso de muchos recién nacidos con bajo peso, se asocia con una mayor prevalencia de sintomatología depresiva y/o ansiosa.^{4,7,10,11}

En la presente investigación nos propusimos estudiar el estado de la salud mental (identificando síntomas de psicopatología, haciendo hincapié en los síntomas depresivos) en un grupo de madres de recién nacidos con BPN, en el transcurso de los dos primeros días luego del parto.

Consideramos que una madre con alteraciones de su salud mental (aunque no alcancen un grado invalidante) no se encuentra en las mejores condiciones para ofrecer el soporte vital (biológico, psicológico y social) que demanda todo recién nacido, y menos la necesidad aumentada del neonato con bajo peso. En este contexto, el presente trabajo se erige en la evaluación de la salud mental (identificando síntomas de psicopatología, haciendo hincapié en síntomas depresivos) de púerperas de recién nacidos con BPN. En el Perú, éste sería el primer estudio que afronta la problemática del BPN desde la perspectiva de la psiquiatría perinatal.

MATERIAL y MÉTODOS

El presente fue un estudio observacional transversal y analítico. Se realizó durante los meses de julio y agosto de 2008 en el INMP (Lima-Perú) y contó con la participación de todas las madres púerperas que en dicho periodo de tiempo dieron a luz a un recién nacido único con BPN (176 casos en total). Se excluyó a todas aquellas madres que no quisieron participar voluntariamente (22 casos), tampoco se incluyó a las que no pudieron participar debido a un compromiso de salud grave que dificultara el proceso de la entrevista (10 casos). Las madres invitadas a participar en el estudio fueron debidamente informadas sobre la investigación a realizar y aquellas que aceptaron, voluntaria y libremente, firmaron el consentimiento informado especialmente diseñado para este estudio y aprobado por el Comité de Ética del INMP. En el caso de madres menores de edad, se procedió a trabajar con el consentimiento del responsable legal.

La información recogida se obtuvo mediante la revisión de las historias clínicas, el llenado de cuestionarios de reporte y finalmente una entrevista personal que duró aproximadamente 25 minutos. La información requerida fue: edad de la gestante, estado civil, estado laboral, grado de instrucción, procedencia, antecedentes patológicos previos al embarazo, antecedentes patológicos relativos al embarazo (los antecedentes fueron tomados de la revisión realizada por Valero De Bernabe y colaboradores, paridad (primípara, no primípara), antecedente de aborto, antecedente de BPN, trimestre en el que acudió al primer control prenatal, aumento de peso gestacional, planificación del embarazo, tipo de parto y soporte social (familiar, amical y de pareja). También se tomó nota de variables neonatales como: sexo, edad gestacional y puntaje Apgar al minuto 1 y 5. Para evaluar el estado de la salud mental (psicopatología), así como el soporte social, se utilizaron cuestionarios de autorreporte validados en nuestro idioma así como también validados en población obstétrica. Los cuestionarios utilizados fueron los siguientes:

Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-12, General Health Questionnaire), desarrollado por D. Goldberg,¹² el que consta originalmente de 60 ítems y que evalúa el estado de salud

general de una persona. La versión utilizada en el presente estudio (GHQ-12) es una versión corta que no considera sintomatología somática sino sólo sintomatología psicológica, siendo ideal para la evaluación de la salud mental. Esta versión ha sido traducida a más de 38 idiomas y existen alrededor de 50 estudios de validación en todo el mundo.¹³ El GHQ-12 evalúa síntomas referidos a las tres funciones mentales superiores: afectiva, cognitiva y volitiva. Existe una versión traducida al castellano validada en Cuba y en Chile¹⁵ que se utiliza en el presente estudio. Consta de 12 ítems con respuesta tipo Likert de cuatro opciones. Los puntajes mayores evidencian mayor compromiso de las funciones mentales superiores.

Escala de Depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale), desarrollada por Cox, Holden & Sagovsky,¹⁶ evalúa sintomatología depresiva. Consta de diez ítems con respuesta tipo Likert de cuatro opciones según frecuencia. Ha sido desarrollada según las demandas de una población durante el posparto y ha sido largamente traducida y validada en diversos países del mundo,¹⁷ incluido el Perú.¹⁸ Los puntajes altos evidencian alta prevalencia de sintomatología depresiva; se considera a 14 como punto de corte, según la validación local, es decir: todo puntaje mayor o igual a 14 será considerado un caso probable de depresión mayor con una sensibilidad de 84.21% y una especificidad de 79.47%.¹⁸

Para evaluar el grado de soporte social que presenta la madre, se adaptaron las preguntas de la Escala de Soporte Social Materno (MSSS, Maternity Social Support Scale), desarrollada por Webster y col.¹⁹ Se consideraron las preguntas para evaluar soporte familiar, amical y de pareja.

El análisis estadístico se realizó en varias etapas. Para efecto de descripción se utilizaron estadísticos univariados de tendencia central y dispersión (media, mediana, desviación estándar, rango). Para los cuestionarios utilizados (EPDS, GHQ-12) se calculó la consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach; se dice que un cuestionario es óptimo si el coeficiente Alfa de Cronbach se encuentra entre 0.7 y 0.9; y mejor cuanto mayor dentro del intervalo.²⁰ Tanto la EPDS como el GHQ-12 evidencian aspectos de la salud mental (algunos ítems evalúan sintomatología muy parecida). Para efecto de un análisis bivariado, se utilizaron las pruebas Chi-cuadrado y ANOVA. Se consideró como significativo todo valor p menor de 0.05 con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS

De un total de 144 madres púerperas incluidas en el estudio, 18 llenaron mal los datos o no brindaron toda la información requerida, con ello la población final estudiada fue de 126 madres púerperas. La edad promedio fue de 26.55 años (SD: 6.87; rango: 16-41). Del total de la población, el 18.3% eran menores de 20 años.

En cuanto a su estado civil, el 56.4% convive. En el aspecto laboral, 80.2% se encontraba desempleado. Las características demográficas de la población se resumen en la Tabla 1.

Cuando se les solicitó describir su situación de pareja según 3 categorías (“buena/muy buena”, “normal” o “mala/muy mala”), 61 madres (48,5%) describieron su situación como buena o muy buena. En los puntajes obtenidos en la escala de soporte de pareja, aquellas mujeres que refirieron una peor situación (“mala / muy mala”) tuvieron menores puntajes estadísticamente significativos en los ítems: “me siento amada por mi pareja” y “mi pareja me ayuda bastante”, y mayores puntajes, igualmente significativos, en el ítem: “tengo problemas con mi pareja”.

Contreras-Pulache H, et al. Evaluación de la salud mental de madres puérperas con recién nacidos de bajo peso al nacer.

TABLA 1. Características demográficas de la población

<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>
Edad promedio	26.55	
Menores de 20 años	23	(18.3%)
Adultas	103	(81.7%)
Estado civil		
Casada	17	(13.5%)
Conviviente	71	(56.3%)
Soltera	38	(30.2%)
Estado laboral		
Empleada	25	(19.8%)
Desempleada	101	(80.2%)
Grado de instrucción		
Primaria	2	(1.6%)
Secundaria completa	56	(44.4%)
Secundaria incompleta	38	(30%)
Técnica completa	15	(12%)
Técnica incompleta	10	(8%)
Universitaria completa	0	
Universitaria incompleta	5	(4%)
Procedencia		
Lima	117	(92.9%)
Provincia Costa	6	(4.8%)
Provincia Sierra	2	(1.66%)
Provincia Selva	1	(0.8%)
Situación de pareja auto-percibida		
Buena o Muy buena	61	(48.5%)
Normal (sin problemas graves)	50	(39.7%)
Mala o muy mala	15	(11.9%)

En cuanto al nivel de instrucción de la población se encontró que más de la mitad (68.4%) de la población contaba con al menos estudios secundarios completos. Sólo 4% de la población (cinco mujeres) refirieron tener estudios universitarios, aunque en todos los casos, incompletos.

En lo referente a antecedentes obstétricos y perinatales, se encontró que 65 madres (51.6%) eran primíparas. De las 61 madres restantes (no primíparas), 13 (21%) presentaron el antecedente de un neonato con BPN.

El 69.8% (88 madres) refirió no haber planificado su embarazo. La prevalencia de no planificación del embarazo fue mayor en el grupo de madres adolescentes en donde ascendió hasta un 91.3%. Los aspectos relativos al embarazo y al parto se resumen en la Tabla 2.

Sólo el 10.3% de la población (13 madres) presentó el antecedente de enfermedad previa al embarazo. Dentro de las enfermedades encontradas se pudo contar las siguientes: enfermedad cardíaca (dos casos), diabetes mellitus II (un caso), enfermedad autoinmune (un caso) e hipertensión arterial (nueve casos).

TABLA 2. Antecedentes perinatales, médicos y obstétricos de la población

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia (%)</i>
Paridad	
Primíparas	65 (51.6%)
No primíparas	61 (48.4%)
Antecedente de BPN	
Con antecedente	13 (21.3%)
Antecedente de aborto	
Con antecedente	33 (26.2%)
Sin antecedente	93 (73.8%)
Planificación del embarazo	
Embarazo planificado	38 (30.2%)
Embarazo no planificado	88 (69.8%)
Tipo de parto	
Vaginal	36 (28.6%)
Cesárea	90 (71.4%)
Controles prenatales	
Ningún control	15 (11.9%)
Primer control en el 1 trimestre	66 (52.4%)
Primer control en el 2 trimestre	35 (27.8%)
Primer control en el 3 trimestre	9 (7.1%)
Aumento de peso gestacional	
Más o igual a 8 kilos	59 (46.8%)
Menos de 8 kilos	67 (53.2%)

En lo referente a la patología relativa al embarazo, según se pudo consultar en la historia clínica y luego confirmar durante la entrevista personal, 119 (94.4%) madres puérperas tuvieron al menos un antecedente patológico asociado con BPN durante el embarazo. La patología encontrada fue la siguiente: infección del tracto urinario (74 casos; 58.7%), anemia (54 casos; 43%), hipertensión inducida por el embarazo sin preeclampsia (36 casos; 28.6%), preeclampsia (28 casos; 22.2%), ruptura prematura de membranas (48 casos; 28%), polihidramnios (cinco casos; 4%), infecciones de transmisión sexual (cuatro casos; 3.2%), nefropatía (tres casos; 2.4%), cardiopatía (dos casos; 1.6%). El 5.6% de la población, es decir, siete madres, no contaban con ningún tipo de patología consignada en la historia clínica ya previa al embarazo o relativa a éste.

Estudiando la situación de los recién nacidos se encontró que el 56.3% de los recién nacidos con BPN (71 casos) fueron de sexo masculino. Se clasificó a los casos de BPN según la edad gestacional: pre-término, menos de 37 semanas de edad gestacional (91 casos; 72.2%) y a término, más de 37 pero menos de 42 semanas de edad gestacional (35 casos; 27.8%); no hubo ningún caso de BPN post-término (más de 42 semanas de edad gestacional). Otra forma de clasificar al BPN también utilizada fue según el peso al nacer: bajo peso al nacer, menos de 2500 g (111 casos; 88.1%); muy bajo peso al nacer, menos de 1500 g (diez casos; 8%); extremo bajo peso al nacer, menos de 1000 g (cinco casos; 3.9%).

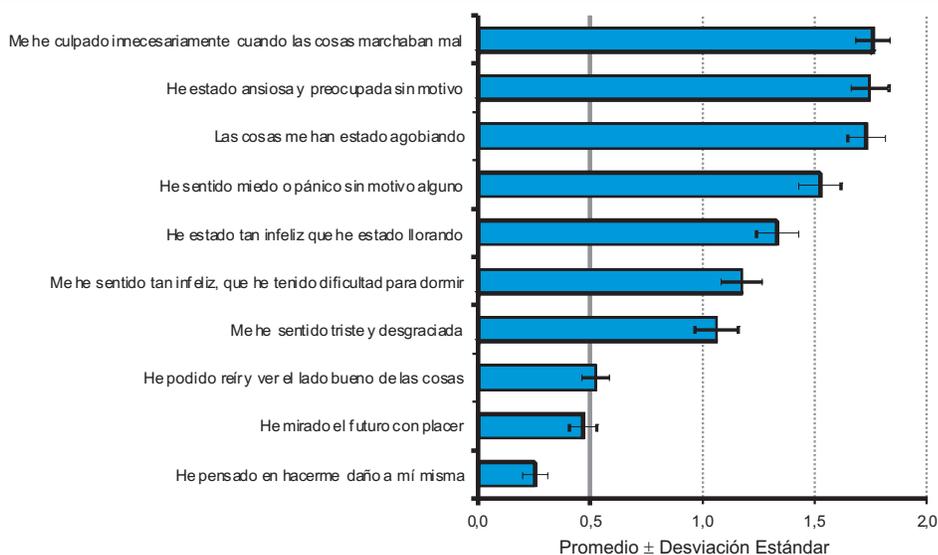
La Escala de la Depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS) para evaluar sintomatología depresiva presentó una óptima consistencia interna (coeficiente Alfa de Cronbach: 0.839); y el Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-12) presentó también una óptima consistencia interna (coeficiente Alfa de Cronbach: 0.764).

Para la EPDS, la media de la población de estudio fue de 11.58 (SD: 5.8; rango: 0-27). Y, tal como se expresa en la Figura 1, los ítems con mayores puntajes ponderados fueron aquellos que reflejaron sentimiento de culpa ("Me he culpado innecesariamente cuando las cosas marchaban mal"), ansiedad ("He estado ansiosa y preocupada sin motivo"), sentimiento de incapacidad ("Las cosas me han estado agobiando"), pánico ("He sentido miedo o pánico sin motivo alguno") e infelicidad ("He estado tan infeliz que he estado llorando"); y, los de menores ponderados, aquellos que reflejan incapacidad de desesperanza ("He mirado el futuro con placer") e ideación suicida ("He pensado en hacerme daño a mí misma").

Para la GHQ-12, la media de la población de estudio fue de 9.68 (SD: 5.11; rango: 0-25). Tal como se expresa en la Figura 2, los ítems con mayores puntajes en promedio son aquellos que evalúan: capacidad de disfrute ("¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?"), depresión ("¿Se ha sentido feliz y deprimida?"), falta de concentración ("¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?"), pérdida de sueño debido a preocupaciones ("¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?"); y los de menores ponderados aquellos que reflejan sentimiento de inutilidad ("¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?") y sentimiento de poco valor como persona ("¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?").

Considerando, para la EPDS, un punto de corte de 14, resultó que del total de la población el 34.9% (44 casos) se encuentran en una situación de probable depresión mayor. Cuando se comparó ambos grupos se encontró que los casos probables de depresión mayor, en relación al resto, presentaron mayores puntajes en la GHQ-12 (11,93 vs. 8,48 puntos, $p < 0,0001$), menor soporte de pareja ("Mi pareja me ayuda bastante": 3,66 vs. 4,22 puntos, $p < 0,05$; "Me siento amada por mi pareja": 3,75 vs. 4,32 puntos, $p < 0,01$). Los recién nacidos de madres con probable depresión mayor presentaron menor peso en promedio que el resto de recién nacidos (1863,75 vs. 1992,89 gr.).

FIGURA 1. Relación de síntomas depresivos para la EPDS según media poblacional



aunque dicha diferencia no fue significativa.

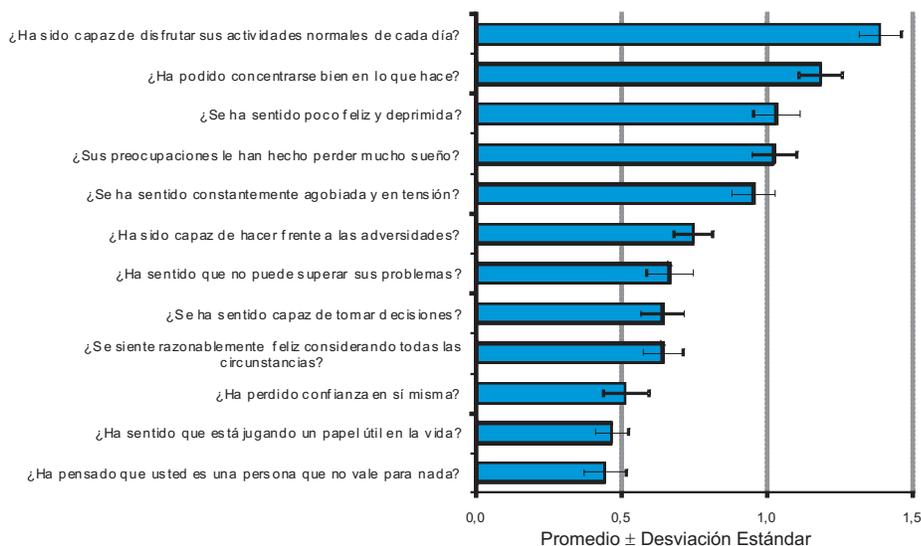
Considerando para el GHQ-12 un punto de corte a la mediana (Me=9), se organizó a la población en dos grupos: aquellos con puntajes mayores a la mediana se les llamó *grupo de alta sintomatología psicológica*, y aquellos con puntajes globales de la GHQ-12 menores a la mediana se les llamó *grupo de baja sintomatología psicológica*. Luego, se compararon ambos grupos encontrándose que el grupo de alta sintomatología psicológica, en relación al de baja sintomatología psicológica, tuvo mayores puntajes en cuanto a sintomatología depresiva (13.69 vs. 9.10 puntos en la EPDS; $p < 0.01$), menores puntajes en cuanto al soporte de pareja (“Mi pareja me ayuda bastante”): 3.75 vs. 4.34 puntos; $p < 0.05$; “Me siento amada por mi pareja”: 3.79 vs. 4.34 puntos; $p < 0.05$). Los recién nacidos de madres con alta sintomatología psicológica presentaron menos pesos en promedio que los recién nacidos de madres que presentaron baja sintomatología psicológica (1800.26 vs. 2120.76 g; $p < 0.01$).

DISCUSIÓN

La población estudiada se trata principalmente de mujeres jóvenes con una edad promedio de 26 años. Siendo adolescentes el 18.3% de la muestra, se debe aclarar que no se encontraron diferencias significativas a ningún nivel de las variables demográficas o de salud mental entre madres adolescentes y adultas. En lo concerniente al estado civil encontramos que más de la mitad (56.3%) refiere estar conviviendo con sus parejas, mientras que sólo algo más que la décima parte (13.5%) refirió estar casada. Lo más interesante sin embargo, del estado civil, es que ésta se traduce también en una realidad cotidiana; así, aquellas madres casadas presentaron mejores reportes de su relación de pareja (y también mejores indicadores de salud mental) que las mujeres en situación de convivencia, y éstas a su vez se encontraron en una mejor situación que las solteras.

La prevalencia de desempleo fue de 80.2%, es decir: ocho de cada diez madres puérperas de recién nacidos con BPN no contaba con un trabajo remunerado, dedicándose de modo exclusivo a la realización

FIGURA 2. Relación de síntomas de psicopatología para GHQ-12 según media poblacional



Contreras-Pulache H, et al. Evaluación de la salud mental de madres púerperas con recién nacidos de bajo peso al nacer.

de labores domésticas. Si descontamos a aquellas que refirieron estudios superiores (técnicos y/o universitarios), más de la mitad de las madres (59.6%) refirió tener educación secundaria completa, de éstas muy pocas refirieron durante la entrevista un plan de vida posterior en cuanto a seguir estudios superiores ya sean técnicos y/o universitarios. En la mayoría de los casos, se refirió al embarazo y al nacimiento de un hijo cuyo bienestar peligraba como los dos grandes obstáculos en lo que concierne a la vida académica (resultados no mostrados). Dicha situación fue más grave en el caso de aquellas madres que refirieron un bajo soporte social, específicamente un bajo soporte de pareja. Y si bien es cierto que no estuvo dentro de las linderas del presente estudio evaluar el plan de vida, o el sentimiento del rumbo personal, el presente trabajo nos permite sacar a luz un aspecto poco estudiado y digno de recibir toda la atención necesaria: evaluar en qué medida la gestación y el proceso perinatal repercuten en la percepción del futuro de las mujeres, y qué otros factores intervienen. Esto se encuadra en los actuales lineamientos de neuroplasticidad y maternidad,²¹⁻²³ que plantean que la gestación y el periodo postnatal, con toda la hecatombe de cambios hormonales, mentales y sociales que implican en sí, representan momentos de alta neuroplasticidad, lo que se traduciría en una posibilidad de desarrollo de la inteligencia materna. Sin embargo, a la luz de nuestros resultados, valdría la pena aclarar que no se puede hablar del desarrollo de la inteligencia materna sólo si se toman en cuenta indicadores neurobiológicos (acaso tan determinantes en mamíferos inferiores en donde se han hecho los estudios, pero no necesariamente igual de determinantes en un sistema de evolución muchísimo más complejo como es el sistema humano, cuya determinación no es sólo epigenética sino también, y ante todo y por sobre todo, sociocinética, como lo plantea la Teoría Informacional de la Personalidad).^{24,25} En ese sentido, urgen estudios que evalúen el rol que juegan los factores no maternos en la determinación del embarazo como posibilidad de desarrollo, evaluar por ejemplo: el rol del entorno social y los factores relativos al bienestar del recién nacido (concibiendo así al neonato no sólo como consecuencia sino también como una causalidad).

Por otra parte, resalta en la población estudiada la alta prevalencia de embarazo no planificado (69.8%), que se condice con lo anteriormente encontrado por Cripe et al,²⁶ quienes encontraron una prevalencia del 65.3% en población obstétrica general. Las madres que refirieron haber planificado su embarazo, obtuvieron significativamente mayores puntajes en los ítems de soporte social de pareja. Y, aunque nuestro estudio no evaluó el antecedente de violencia de género, Cripe y col.²⁶ encontraron en un estudio en nuestro medio que incluyó a 2167 mujeres durante el postparto, que el embarazo no planificado se asociaba de modo significativo con actos de violencia de género. Así, son necesarios nuevos estudios que amplíen lo aquí encontrado, evaluando antecedentes como la violencia de género y factores asociados al BPN (específicamente a la prematuridad).

Sólo una décima parte (10%) de la población estudiada contó con algún antecedente patológico previo al embarazo relacionado con BPN (diabetes, hipertensión, cardiopatía y enfermedad autoinmune). De esto, se puede traer a colación que nueve de diez casos de BPN se asocian a patología relativa al embarazo. Sin embargo, no creemos que dicha patología encontrada sea una de las principales razones que expliquen el BPN, se ve que estos factores asociados son necesarios pero no suficientes. Ninguna de las pacientes entrevistadas contó con un diagnóstico psiquiátrico previo. Esto nos motiva a buscar causalidad no en una entidad sino en un sistema de entidades, en donde las fallas orgánicas no son sino sólo un componente. Además, como revelan nuestros resultados, poco menos de la mitad de la población (43%) contó con el antecedente de anemia diagnosticada, sin embargo, valga la

siguiente aclaración: en muchos de los casos, durante la revisión de las historias clínicas, no se encontraron los reportes de laboratorio necesarios para justificar o negar tal diagnóstico lo que nos hace pensar en un subdiagnóstico de la anemia en la población estudiada (que al ser parte de una población mayor nos permite presumir un estado de subdiagnóstico general). Planteamos esto debido a la disonancia de nuestros resultados con lo revelado por estudios previos como el de León,²⁷ realizado en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", encontrando una prevalencia de 64% para el diagnóstico de anemia gestacional. Por ello, resaltamos otro factor asociado: el aumento de peso gestacional.

Un estudio previo llevado a cabo en una provincia de la costa peruana,²⁸ reveló al aumento de peso gestacional menor de 8 Kg como factor asociado al BPN. Así, nuestros resultados revelan que más de la mitad de la población (53.2%) se encontraba en dicha situación (aumento de peso menor de 8 Kg). Además, y aún cuando todos los neonatos estudiados pesaron menos de 2500 g, nuestros resultados revelaron que aquellos nacidos de madres que tuvieron un aumento de peso gestacional mayor de 8 Kg presentaron significativamente mayores pesos que aquellos nacidos de madres con aumento de peso gestacional menor de 8 Kg (2156.12 vs. 1764 g; $p < 0.05$). Esto nos permite afrontar otro problema: ¿Cuáles son los motivos por los que una mujer gestante no aumenta de peso? ¿Tiene algo que ver el estado de la salud mental? Más allá de las cuestiones relativas a la situación socioeconómica, creemos (y ponemos a nuestros resultados en justificación) haber encontrado una de las razones por las que una mujer no aumenta de peso durante la gestación de modo adecuado: la falta de estimulación afectiva por parte de la pareja, la ausencia y disfuncionabilidad de las relaciones de pareja. Nuestros resultados revelan que las mujeres que presentaron un aumento de peso gestacional mayor de 8 Kg (y que por tanto tienen neonatos con pesos significativamente mayores) refieren (de modo estadísticamente significativo) sentirse más amadas por sus parejas además de recibir mayor apoyo de ellas.

Sin embargo, creemos que el principal aporte del presente estudio radica en la concreción de su objetivo central: la evaluación de la salud mental. Para tal fin, se empezó por la identificación de la sintomatología propia de las disfunciones en la salud mental. Nuestros resultados revelan que los instrumentos utilizados (GHQ-12: para síntomas de psicopatología, y EPDS: para sintomatología depresiva), presentan una excelente consistencia interna (coeficiente Alfa de Cronbach de 0.764 para GHQ-12 y 0.839 para EPDS), por lo que se concluye que ambos cuestionarios son confiables, ya que miden justamente aquello que pretenden medir.

Según lo revelado por el GHQ-12, la sintomatología principal que aquejaba a la población en estudio fue la que sigue: una capacidad menor de disfrute (anhedonia), deficiencia en la concentración, pérdida de sueño debido a preocupaciones, sentimiento de tristeza, infelicidad y depresión. Según lo revelado por la EPDS, los síntomas depresivos con mayor prevalencia fueron los relacionados con: sentimiento de culpa, sensación de pánico, desesperanza, infelicidad y llanto.

Cuando en la muestra comparamos a aquellas madres con psicopatología alta en relación con el resto, encontramos diferencias significativas en torno al soporte de pareja (mayor soporte de pareja fueron referidos por aquellas madres con baja psicopatología). Además, los recién nacidos de madres con alta psicopatología presentaron significativamente menores pesos en promedio que aquellas madres con baja psicopatología aun cuando todos los neonatos estudiados pesaran menos de 2500 g.

Si consideramos que la entrevista personal se llevó a cabo en el transcurso de los dos primeros días luego de dar a luz, es factible

comprender lo que revelan los cuestionarios de auto-reporte para psicopatología como para sintomatología depresiva. No se trata entonces, sólo de síntomas disfuncionales referidos sino de manifestaciones propias de un cuadro ya clínico: el llamado Síndrome de la tristeza postparto,²⁹ caracterizado por humor depresivo, llanto, disturbios del sueño, ansiedad, cambios del humor, irritabilidad, pérdida de la atención y olvido. El síndrome de la tristeza postparto (o bien llamado Síndrome de Blues Postparto) ha sido estudiado en nuestro país, en la ciudad de Cuzco, por Betalleguz y Quiroz,³⁰ quienes reportaron una prevalencia de 34.44% en madres puérperas entrevistadas durante la primeros días del postparto. En nuestro medio, no hay estudios en torno al tema, pero según muestran nuestros resultados dicho síndrome tendría una alta prevalencia especialmente en grupos específicos de particular estrés como son las madres puérperas de recién nacidos con BPN.

Se ha dicho, por otro lado, que si bien el síndrome de la tristeza postparto puede representar un cuadro propio del puerperio inmediato, un cúmulo de síntomas disfóricos que tienden a desaparecer con el tiempo, no deja por ello de ser un altísimo factor de riesgo para depresión postparto, esto más, si se aúna con otros factores de riesgo como: problemas económicos, patología relacionada al postparto, ausencia de soporte familiar, problemas con la pareja, y sobre todo: mal curso en el bienestar del recién nacido debido a prematuridad o BPN.³¹

Así, según lo revelan nuestros resultados, es muy probable que tres de cada diez madres puérperas de recién nacidos con BPN (34.9%) cursen con un trastorno depresivo mayor. Este dato resulta alarmantemente mayor que el 5.92% revelado por un estudio previo como prevalencia para depresión postparto.³¹ Según una revisión llevada a cabo en lo referente a depresión postparto a nivel latinoamericano,³¹ la prevalencia de la depresión postparto oscila entre 5.92% y 42.8% (aunque sin distinguir depresión mayor y menor). Sin embargo, cuando comparamos metodológicamente lo revelado por los estudios, encontramos que si bien en muchos también se utilizó la EPDS como instrumento de tamizaje, en todos no se consideró el mismo punto de corte (que en nuestro estudio fue

el más alto: 14). Con todo ello no queremos sino decir que a la luz de nuestros resultados, es muy probable que la prevalencia del trastorno depresivo mayor sea más alta en la población de estudio (madres puérperas de recién nacidos con BPN) que en población postparto en general.

Los resultados del presente estudio nos permiten resaltar que las madres puérperas de recién nacidos con BPN se encuentran en una situación de particular riesgo debido a que presentan una alta prevalencia de síntomas depresivos, casos probables de depresión y síntomas psicopatológicos. La alta proporción de casos probables de depresión mayor habla de una situación particularmente grave y mucho más prevalente que aquella referida en otros estudios para población postparto en general.

Dentro de las deficiencias del presente estudio podemos decir que la principal fue la de no contar con una entrevista psiquiátrica para el diagnóstico certero de trastorno depresivo, debido a ello nos limitamos a la definición de caso probable de depresión. Otra deficiencia fue la de no haber contado con un grupo control, que permitiera correlacionar los datos en torno a las variables problemáticas, evaluando su rol cierto en cuanto a asociación riesgosa. Sugerimos que para próximos estudios se tengan en cuenta lo antes mencionado, considerando siempre la necesidad de utilizar no sólo cuestionarios de auto-reporte sino también indicadores biológicos. La finalidad que perseguimos fue la de resaltar el tema de la salud mental en un grupo particularmente riesgoso, sin embargo, creemos que en un país donde no existe un servicio de psiquiatría perinatal en ninguno de los niveles de atención; estudios como el realizado se inscriben dentro de la más moderna punta de lanza a fin de generar conciencia, de demostrar de manera científica que un cambio de actitud es sumamente necesario, y con ello una reorganización de nuestro sistema de salud en donde la salud mental ha sido relegada siempre a un último plano. Es tiempo que dicha situación cambie y el Perú se inscriba dentro de una moderna concepción de la salud desde una perspectiva integral, justa y holística.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MILLER L. POSTPARTUM MOOD DISORDERS. WASHINGTON, DC: AMERICAN PSYCHIATRIC PRESS; 1999.
- VALERO DE BERNABÉ JS, T; ALBALADEJO, R; JUARRANZ, M; CALLE, M. RISK FACTORS FOR LOW BIRTH WEIGHT: A REVIEW. EUROPEAN JOURNAL OF OBSTETRICS & GYNECOLOGY AND REPRODUCTIVE BIOLOGY. 2004;116:3-15.
- UNICEF. LOW BIRTHWEIGHT: COUNTRY, REGIONAL AND GLOBAL ESTIMATES. NEW YORK: UNICEF; 2004.
- THOMPSON RO, J; CATLERR, A; JOHNDROW, A. MATERNAL PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT TO THE BIRTH OF AN INFANT WEIGHING 1,500 GRAMS OR LESS. INFANT BEHAV DEV. 1993;16:471-85.
- BRESLAU NC, H; JOHNSON, E; ANDRESKI, P; LUCIA, V. NEUROLOGIC SOFT SIGNS AND LOW BIRTHWEIGHT: THEIR ASSOCIATION AND NEUROPSYCHIATRIC IMPLICATIONS. BIOL PSYCHIATRY. 2000;47:71-9.
- WEISS SC, J. FACTORS INFLUENCING MATERNAL MENTAL HEALTH AND FAMILY FUNCTIONING DURING THE LOW BIRTH WEIGHT INFANT'S FIRST YEAR OF LIFE. JOURNAL OF PEDIATRIC NURSING. 2005;17(2):114-25.
- KERSTING AD, M; WESSELMANN, U; LQDORFF, K; WITTHAUT, J. . MATERNAL POSTTRAUMATIC STRESS RESPONSE AFTER THE BIRTH OF A VERY LOW-BIRTH-WEIGHT INFANT. JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC RESEARCH. 2004;57(4):473-476.
- YARCHESKI AM, N; YARCHESKI, T; HANKS, M; CANNELLA, B. A META-ANALYTIC STUDY OF PREDICTORS OF MATERNAL-FETAL ATTACHMENT. INT J NURS STUD. 2008. doi:10.1016/j.inurstu.2008.10.013.
- LAU CS, C. ANIMAL MODELS FOR THE STUDY OF THE EFFECT OF PROLONGED STRESS ON LACTATION IN RATS. PHYSIOLOGY & BEHAVIOR. 2004;82:193-7.
- SINGER LS, A; GUO, S; COLLIN, M; LILJEN, L; BALEY, J. MATERNAL PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND PARENTING STRESS AFTER THE BIRTH OF A VERY LOW-BIRTH-WEIGHT INFANT. JAMA. 1999;281:799-805.
- GENNARO SY, R; BOOTEN, D. ANXIETY AND DEPRESSION IN MOTHERS OF LOW BIRTHWEIGHT AND VERY LOW BIRTHWEIGHT INFANTS: BIRTH THROUGH 5 MONTHS. COMP PEDIAT NUR. 1990;13:97-109.
- GOLDBERG D. MANUAL OF THE GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE: NFER PUBLISHING; 1978.
- NAGYOVA IK, B; SZILASIOVA, A; STEWART, R; VAN-DIJK, J; VAN-DEN-HEUVEL, W. GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE-28: PSYCHOMETRIC EVALUATION OF THE SLOVAK VERSION. STUDIA PSYCHOLOGICA. 2000;42(4):361-.
- GARCÍA C. MANUAL PARA LA UTILIZACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG. ADAPTACIÓN CUBANA. REV CUBANA MED GEN INTEGR. 1999;15(1):88-97.
- ARAYA RW, R; LEWIS, G. A COMPARISON OF TWO PSYCHIATRIC CASE FINDING QUESTIONNAIRES (GHQ-20 AND SRQ-20) IN PRIMARY CARE IN CHILE. SOCIAL PSYCHIATRY AND PSYCHIATRIC EPIDEMIOLOGY. 1992;27:168-73.
- COX JH, M; SAGOVSKY, R. DETECTION OF POSTNATAL DEPRESSION. DEVELOPMENT OF THE 10-ITEM EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE. BR J PSYCHIATRY. 1987;150:782-6.
- EBERHARD-GRAN ME, A; TAMBS, K; OPJORDSMOEN, S; SAMUELSEN, S. REVIEW OF VALIDATION STUDIES OF THE EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE. ACTA PSYCHIATR SCAND. 2001;104:243-9.
- VEGA-DIENSTMAIER JM, G; CAMPOS, M. VALIDACIÓN DE UNA VERSIÓN EN ESPAÑOL DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO. ACTAS ESP PSIQUIATR. 2002;30(2):106-11.
- WEBSTER JL, J; DIBLEY, L; HINSON, J; STARRENBURG, S; ROBERTS, J. MEASURING SOCIAL SUPPORT IN PREGNANCY: CAN IT BE SIMPLE AND MEANINGFUL? BIRTH. 2000;27(2):97-101.
- OVIEDO HC-A, A. APROXIMACIÓN AL USO DEL COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH. REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA. 2005;34(4):572-80.
- PAWLUSKI JG, L. REPRODUCTIVE EXPERIENCE ALTERS HIPPOCAMPAL NEUROGENESIS DURING THE

Contreras-Pulache H, et al. Evaluación de la salud mental de madres puérperas con recién nacidos de bajo peso al nacer.

POSTPARTUM PERIOD IN THE DAM. NEUROSCIENCE. 2007;149(1):53-67.

22. KINSLEY C. THE NEUROPLASTIC MATERNAL BRAIN. HORMONES AND BEHAVIOR. 2008;54(1):1-4.

23. ELLISON K. THE MOMMY BRAIN: HOW MOTHERHOOD MAKES US SMARTER: BASIC BOOKS; 2005.

24. ORTIZ P. INTRODUCCIÓN A UNA PSICOLOGÍA DEL HOMBRE. LIMA: UNMSM; 2004.

25. ALVITES J. CONCIENCIA BÁSICA. REVISTA IIPSI. 2007;10(2):137-44.

26. CRIPE SS, S; PERALES, M; LAM, N; GARCIA, P; WILLIAMS, M. ASSOCIATION OF INTIMATE PARTNER PHYSICAL AND SEXUAL VIOLENCE WITH UNINTENDED PREGNANCY AMONG PREGNANT WOMEN IN PERU. INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. 2008;100:104-8.

27. LEÓN-VELÁSQUEZ M. PREVALENCIA Y FACTORES CONDICIONANTES DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO EN MADRES GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO: SAN BARTOLOME. LIMA: UNMSM; 1999.

28. RIVERA SV, C; QUINTANILLA, Y. FACTORES DE RIESGO DE BAJO PESO AL NACER EN EL HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ, ES SALUD, ICA. AGOSTO 2001- FEBRERO 2002. REVISTA PERUANA DE EPIDEMIOLOGÍA. 2003;11(1):1-5.

29. YALOM IL, D; MOOS, R; HAMBURG, D. POSTPARTUM BLUES SYNDROME: A DESCRIPTION AND RELATED VARIABLES. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY. 1968;18:16-277.

30. BETALLELUZ JQ, R. SÍNDROME DE TRISTEZA POSTPARTO HOSPITALARIO EN LA CIUDAD DEL CUSCO. SITUA. 1997;5(9):8-13.

31. VEGA-DIENSTMAIER JZ-V, M. POSTPARTUM DEPRESSION: LATIN-AMERICAN PERSPECTIVES. IN: ROSENFIELD AI, EDITOR. NEW RESEARCH ON POSTPARTUM DEPRESSION: NOVA SCIENCE PUBLISHERS; 2007. p. 29-46.

ABSTRACT

MENTAL HEALTH ASSESSMENT OF POSTPARTUM MOTHERS WITH NEWBORN OF LOW BIRTH WEIGHT.

Objective: To evaluate mental health, identifying depressive and general psychopathology symptoms, in puerperal with low birth weight (LBW) newborns. **Methods:** Analytic and transversal observational study within Instituto Nacional Materno Perinatal. Participants: 126 puerperal with LBW newborns, who gave birth between July-August 2008. Interventions: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the Goldberg Health Questionnaire (GHQ-12). **Results:** Cronbach's alfa of EPDS: 0.839; GHQ-12: 0.764. The average to EPDS was 11.58 (SD: 5.8; range: 0-27) and the most common symptoms were guilty feeling, anxiety, feeling of incapacity, panic and unhappiness. A 34.9% showed a more probably depression profile which was related to a lower weight in the newborn but not in a significant way (1863.75 vs. 1992.89 g; $p > 0.05$). The average for GHQ-12 was 9.68 (SD: 5.11; range: 0-25), and the more frequent symptoms were: anhedonia, depression, lack of concentration and insomnia. The group which showed a high level psychopathology had a very low weight newborns (1800.26 vs. 2120.76 g; $p < 0.01$). **Conclusions:** The results confirm that the group of puerperal mothers with LBW is a risky group as it's revealed by the high proportion of probably depression cases and high prevalence of general psychopathology.

KEY WORDS: Low birth weight, Mental health.

