

## **DEPRESION POST-PARTO: DATOS SOBRE SU EXISTENCIA Y CODETERMINANTES EN UNA INVESTIGACION CON GRUPOS CRITERIO Y LA ESCALA DE BECK**

**V. Pelechano**

**M.P. Matud**

Departamento de Personalidad,  
Evaluación y Tratamientos Psicológicos  
Universidad de La Laguna (Tenerife)

### **RESUMEN**

*El propósito de este trabajo es doble: (1) ofrecer datos acerca de algunas propiedades psicométricas del cuestionario de Beck y (2) aportar datos empíricos acerca de la denominada "depresión post-parto", utilizando como criterio la prueba de Beck. La muestra está formada por un total de 227 mujeres, que cumplimentaron tres veces una batería de pruebas de amplio espectro (incluida la escala de Beck). A un grupo (N = 127) en situación de embarazo, post-parto y tres meses después de él; con unos intervalos temporales equiparables se pasaron las mismas pruebas a un grupo de 100 mujeres que no tenían noticia de estar embarazadas. Ambos grupos eran equiparables en una serie de variables de control relevantes (nivel socioeconómico, edad y nivel profesional). Las pruebas fueron pasadas individualmente. Se llevaron a cabo análisis diferenciales bivariados y multivariados. Entre los resultados más sobresalientes se encuentran los siguientes: (i) las puntuaciones más altas en depresión se encontraron en la situación de embarazo y, de ahí, las puntuaciones en depresión para el grupo de mujeres gestantes van disminuyendo tras el parto y en los tres meses después; (ii) en el subgrupo de mujeres cuya puntuación en depresión (Beck) aumenta tras el parto y a los tres meses, con relación a la fase gestacional y hospitalización post-parto, esta tendencia va aparejada con una serie de percepciones y atribuciones comunes tales como el papel atribuido al varón en la gestación, parto*

y crianza de los hijos, la influencia de la maternidad en la consolidación de la institución familiar y la valoración del mundo laboral; (iii) los resultados, con todo, apuntan a una consideración episódica y/o situacional de la denominada "depresión post-parto" en aquellos casos en los que se da y, junto a ello, parece ir aparejada con una serie de concatenaciones que la alejan de una consideración estrictamente "clínica" en sentido tradicional. El análisis comparativo intergrupo arroja resultados que apoyan esta última conclusión. Las mujeres participantes en ambos grupos no estaban sometidas a tratamiento farmacológico o psicoterapéutico durante la realización de estas investigaciones.

## SUMMARY

Two aims has this work: (i) gathering data on psychometric characteristics of the Beck's scale and (ii) to offer data about the so called post-partum depression syndrome with the use of the Beck's scale. The total sample was formed by 227 adult women and the tests were accomplished three times. In the subgroup of pregnant women ( $N=127$ ) during the pregnant period, in situation of post-partum and three months after the childbirth. The same tests were accomplished in similar intervals by a subgroup formed by 100 women homogenous in age, educational level, status and professional level, at the former subgroup but without pregnancy in this interval. All the test were accomplished individually. The authors realized bivariate and multivariate analysis and the principal results are: (i) The higher scores in depression (Beck's scale) for the pregnant group were in pregnancy state, and later, these scores getting down until the last testing occasion (three months later the childbirth); (ii) There are women with higher scores in depression after the childbirth and three months later. This tendency is accompanied with a specific role attributed to male in the pregnancy, childbirth and the lactation periods, influency of the son in the family consolidation and evaluation of the professional life of the women and (iii) the results are in concordancy with a situational interpretation of the so called post-partum depression, what is better interpreted as as episodic or reactive depression than a clinic depression. The intergroup analysis offer confirmation for this conclusion and the discussion point out some of the principal determinants of this phenomenon. No women participant was submitted to pharmacological or psychological treatment for depression or psychopathology at time of this research.

## INTRODUCCION

Desde que Hipócrates describió una serie de alteraciones acompañadas de delirio, que se presentaron en una mujer durante la fase de puerperio (síndrome que él denominó "fiebre puerperal") hasta la actualidad, existe bastante bibliografía acerca de las alteraciones psicológicas que ocurren durante el puerperio; bibliografía que se caracteriza por la gran diversidad, tanto en orientación teórica como en la metodología utilizada para su estudio y los resultados encontrados. La mayor parte de datos publicados coinciden en la adscripción de la sintomatología depresiva del post-parto a tres tipos de síndromes: síndrome transitorio, psicosis puerperal y depresión moderada.

El **síndrome transitorio** se denomina, asimismo, "depresión del tercer día", "tristeza del post-parto" y "tristeza de maternidad". Consistiría en un episodio de corta duración de alteraciones emocionales que aparece inmediatamente después del parto y que incluiría síntomas de ansiedad, períodos de llanto, labilidad emocional, depresión, insomnio, fatiga, deficiente concentración, irritabilidad y dolores de cabeza (Nott, Franklin, Armitage y Gelder, 1976; Yalom, Lunde, Moos y Hamburg, 1968). Su incidencia oscila entre el 50 y el 80 % de los partos (Ballinger y cols., 1979; Harris, 1980; Nott y cols., 1976; Pitt, 1973; Yalom y cols., 1968), tasa que disminuye hasta el 33 % cuando se utilizan criterios rigurosos (Dalton, 1971; Handley y cols., 1980; Kumar y Robson, 1984).

Antes del desarrollo de la obstetricia moderna y del descubrimiento de los antibióticos, el parto implicaba un riesgo de sepsis considerable, así como otras complicaciones que podían dar lugar a psicosis tóxico-confusionales y, en algunos casos, a la muerte. En las sociedades occidentales modernas este riesgo ha ido disminuyendo progresivamente en la segunda mitad del siglo XX. Sin embargo, en la bibliografía existen datos acerca de un cierto recrudescimiento de psicosis puerperal aunque su entidad, significación concreta y pronóstico ha dado lugar a posiciones contrapuestas y hasta escasamente coincidentes (cfr. por ejemplo, Baker, 1962; Brockington, Schofield, Donnelly y Hyde, 1978; Kendell, 1978; Kumar y Robson, 1978; Osterman, 1963; Rancurel y Marmie, 1975; Stevens, 1971; Welner, 1982). La opinión psiquiátrica más frecuente es la de considerar a la psicosis puerperal como el resultado de un período de estrés en una personalidad vulnerable o de alto riesgo (Stevens, 1971). Existe, además, una fuerte polémica sobre si la denominada "psicosis puerperal" es asimilable a un tipo de psicosis o, por el contrario, posee peculiaridades propias que la distinguen del resto de

psicosis, por lo que su pronóstico e incluso su tratamiento es distinto (Borenstein y Soret, 1978; Brockington y cols., 1978; Davidson y Robertson, 1985; Dean y Kendell, 1981; Rancurel y Marmie, 1975; Stevens, 1971; Whalley, Roberts, Wentzel y Wright, 1982). Otrosí hay que anotar por lo que se refiere a su incidencia, que se estima desde un 1-2 cada 100 partos (Baker, 1962; Kendell, 1985) hasta uno cada 400 nacimientos (Pitt, 1975).

De todas las alteraciones psicológicas detectadas tras el parto, la **depresión post-parto** ha sido el síndrome más reciente en cuanto a su identificación (Cutrona, 1982; Kendell, 1985). Se caracteriza usualmente por la aparición de síntomas de depresión y ansiedad que persisten después de la primera semana del nacimiento del hijo, con una duración mínima de dos semanas y que perturba el funcionamiento normal de la madre (Cutrona, 1982). Incluye cambios de humor, desánimo, llanto, irritabilidad, fatiga, insomnio, síntomas de hipocondría, sentimientos de incompetencia y ansiedad ante el recién nacido (Pitt, 1968). Kumar y Robson (1984) y Robson y Kumar (1980) encontraron una mayor indiferencia afectiva, sentimientos mixtos y negativos acerca del hijo en las madres "deprimidas" que en las que no lo estaban; Kendell, McGuire, Connor y Cox (1981) y Cox y cols. (1982) detectaron una preocupación excesiva por la salud del recién nacido y dudas acerca de su propia capacidad como madre en las mujeres deprimidas. Una nota común que defienden todos los autores que han estudiado este síndrome es la carencia de criterios operacionales claros en sus características definitorias; carencia, asimismo, de metodología homogénea en su estudio, intervalos temporales de evaluación, tamaño de las muestras que han participado en los estudios, procedimientos y técnicas de evaluación (cuestionarios en los hogares de las madres, visitas de rutina al hospital, entrevistas durante la hospitalización post-parto, entrevistas clínicas directas, entrevistas por teléfono y cuestionarios remitidos por correo). Por lo que se refiere a los instrumentos de evaluación empleados prima la variabilidad que va desde escalas de autoevaluación con propiedades psicométricas conocidas, hasta cuestionarios "nuevos", entrevistas "clínicas" estructuradas y no, existencia o no de tratamiento farmacológico antidepressivo y no es infrecuente la combinación de dos o más de los procedimientos señalados. Dada esta gran variabilidad, tampoco debe resultar extraño la obtención de resultados discordantes hasta en un mismo estudio (al utilizar dos procedimientos de evaluación cuyos criterios de bondad son desconocidos se ha llegado a detectar "depresión" con uno de ellos y no con otro, por ejemplo, Cox y cols., 1983).

Por otro lado, por lo que se refiere al criterio de "depresión" utilizado tampoco ha sido uniforme. Unos autores han defendido la mera existencia de sintomatología depresiva; otros, la existencia de un determinado volumen de esta sintomatología. Los resultados, también por esta razón, han sido dispares llegándose a aislar en un mismo trabajo predictores distintos en función del criterio de "depresión" utilizado (O'Hara, Neunaber y Zeroski, 1984).

Los resultados publicados, además, no permiten decidir si la llamada "depresión post-parto" es específica del post-parto (como su nombre indica) o, si por el contrario, se encuentra presente en otros períodos tales como el embarazo y la lactancia (Atkinson y Rickel, 1984; Ballinger, 1982; Bridge y cols., 1985; Davidson, 1972; Handley y cols., 1980; Jarrahi-Zadeh y cols., 1969; Kumar y Robson, 1984; Little y cols., 1982; Nott, 1976; O'Hara y cols., 1982, 1984; Zanijek y Wolkind, 1978). En cuanto a las diferencias existentes respecto al perfil de síntomas depresivos, gravedad y duración de los mismos, diagnóstico de subtipo depresivo y otra serie de indicadores asociados con las características de la depresión, así como rasgos de personalidad, status social y antecedentes familiares que podrían diferenciar a mujeres con depresión post-parto y mujeres con alteraciones afectivas recurrentes aunque sin depresión post-parto, Garvey y cols. (1983) encontraron que la única diferencia significativa entre ambos grupos era la de darse el primer brote sintomatológico a una edad más temprana en las mujeres con depresión post-parto que en el otro grupo de comparación.

En cuanto a la incidencia tampoco existe un acuerdo básico. Las tasas citadas con mayor frecuencia se encuentran entre el 7 y el 20 %, dependiendo, asimismo, de los criterios de identificación empleados a los que se ya se ha hecho referencia más arriba. Como tendencia general observada, cuanto mayores son las exigencias criterios empleadas, menor tasa de aparición. Finalmente, los estudios publicados no presentan todos un mismo nivel de exigencia y corrección científica: en muchos de ellos no ha participado ningún grupo de control o han utilizado grupos de control no comparables.

En suma, nos encontramos con un campo de estudio en el que han predominado los criterios de urgencia profesional inmediata frente a un planteamiento académico avalado por un diseño adecuado; son demasiado frecuentes los diseños poco rigurosos, especulación teórica sin asentamiento empírico o con el empleo de los "datos" como ilustración de los aprioris teóricos, escasa representatividad muestral, datos débiles, escasa elaboración estadística de los datos alcanzados y falta de un análisis en profundidad de los supuestos, criterios, modos operativos e instrumentación empleada.

Si bien no pretendemos resolver todos los problemas en un trabajo, lo que sigue desea arrojar una cierta luz sobre algunos de los problemas detectados. Empleamos una escala cuya "validez clínica" es reconocidamente elevada aunque su validez psicométrica dista mucho del ideal y no se ha estudiado, en concreto, en muestras de mujeres y aplicada a la depresión post-parto. Utilizamos un grupo de control homogéneo y se aplica una instrumentación variada en tres ocasiones a un grupo amplio de mujeres. Con ello pretendemos no solamente aportar resultados que iluminen el fenómeno de la depresión post-parto sino, además, ofrecer información acerca de sus determinantes. En todo ello entramos a continuación.

## METODO, PROCEDIMIENTO, INSTRUMENTOS Y PARTICIPANTES

La muestra total está formada por 227 mujeres, 127 de las cuales se encontraban en fase gestacional durante el estudio (grupo al que, nos permitimos la licencia de denominar **experimental o criterial**) y 100 mujeres, con características socioculturales y obstétricas similares a las anteriores y no tenían información de que iban a ser madres durante el período del estudio, ni lo habían sido en los últimos 6 meses (grupo al que denominaremos control). Poco más de la mitad de las participantes tenía una edad cronológica entre 20 y 30 años; el 30 % tenía más de 30 años y menos del 10 % poseían edades inferiores a 20 años. El estado civil del 90 % de las participantes era "casada". En cuanto al nivel profesional, se codificó en función del grado de cualificación en seis intervalos (paro, ama de casa y profesiones no cualificadas, profesiones cualificadas manuales, profesiones de nivel medio administrativo, profesiones liberales que exigen estudios universitarios incluyendo empresarios con menos de 50 empleados y, finalmente, empresarios y directores generales de empresas multinacionales) y se compararon ambos grupos de participantes (porcentajes), sin encontrarse diferencia estadísticamente significativa alguna.

Por lo que se refiere a las pruebas utilizadas, en primer lugar, la escala de Beck en la adaptación española de Conde, Esteban y Useros (1976) fue aplicada como criterio de depresión. En segundo lugar, dado que importaba no solamente la obtención de un criterio de depresión sino, asimismo, el estudio de los codeterminantes, se aplicaron una serie de pruebas que han sido generadas a lo largo de los últimos años para el estudio de unos factores que parecen específicos y relevantes en el estudio de la psicología del nacimiento (Pelechano, 1981; Roldan, 1986; Matud, 1988), pruebas que han dado resultados relevantes y ofrecen una nueva luz al estudio de la psicología del nacimiento y, en especial, de la mujer gestante y que acaba de parir. Por lo que se refiere al presente trabajo, hemos elegido factores que reflejan la percepción de la mujer en una serie de áreas relacionadas con el hecho de ser madre y las experiencias y situaciones implicadas con ello (funcionamiento de pareja, relaciones sexuales, sociales y personales; cambios en mundo laboral y personal; papel atribuido al varón en el período gestacional y en el de la primera infancia del hijo). Además de estos factores se aplicaron, con el fin de poder estimar la validez concurrente, dos cuestionarios de personalidad que se encuentran situados en un nivel de generalización y consolidación intermedio: el cuestionario MAE (Pelechano, 1975) de motivación de rendimiento y ansiedad de ejecución y el cuestionario LUCAM (Pelechano y Báguena, 1983) de locus de control. El MAE aisla cuatro factores motivacionales comprometidos con el rendimiento laboral (ambición, motivación positiva hacia la acción, tendencia a sobrecarga de trabajo, indiferencia laboral) y dos factores de ansiedad que evalúan tanto las reacciones inhibitorias ante situaciones de estrés

como reacciones positivas, activadoras ante estas mismas situaciones. El LUCAM aísla ocho factores comprometidos con el locus de control, tanto internos como externos y dirigidos a las relaciones sociales, adscripción de responsabilidad de fracaso-éxito y mundo laboral.

Todas las pruebas fueron cumplimentadas en sesiones individuales siguiendo una técnica de entrevista estructurada y en tres ocasiones. En el caso del grupo experimental o criterial (1) durante el período de gestación (entre cuatro meses y medio y ocho meses de edad gestacional), denominado fase de embarazo; (2) después del parto, durante su estancia en el hospital (entre las 24 y las 48 horas después del parto) denominada fase de hospitalización y (3) a los tres meses después del parto (fase de seguimiento). En el grupo de control, el pase de las pruebas se realizó de forma paralela conservando, además, períodos inter-pase de pruebas equiparables. Usualmente se utilizaron dos sesiones para cada pase de pruebas puesto que el total de tiempo por mujer en cada entrevista era de poco más de cuatro horas (en menos del 10 % de los casos se pasó en tres sesiones).

## RESULTADOS

El análisis de los resultados alcanzados va a ser presentados en una serie de bloques. En primer lugar, con el fin de poder valorar la estabilidad de la estructura factorial del inventario de Beck, se llevaron a cabo tres análisis factoriales (uno en cada fase de la investigación) de este instrumento y en donde el número total de protocolos se igualó al número de participantes (“experimentales o criterios” y “controles”). Desde los resultados alcanzados, además se permite la obtención, no solamente de coeficientes de estabilidad globales sino, además, coeficientes parciales correspondientes al factor o factores que se repitan de una a otra ocasión. Con ello podríamos obtener un instrumento factorialmente depurado y temporalmente estable, aunque de alcance teórico menos amplio que el correspondiente al instrumento original.

Un segundo bloque de resultados se ocupará en la presentación de las comparaciones bivariadas intra a intergrupo para las distintas fases de la investigación. Con ello podrá conocerse si las puntuaciones en depresión para el grupo criterial suben, bajan o se mantienen estables después del parto con relación a las que se habían alcanzado en una fase de embarazo. Asimismo, con el fin de poder valorar si se trata de un fenómeno episódico o no, la comparación interfase permitiría conocer la dinámica en depresión. Además, la toma en consideración de un grupo de control, nos permitirá afinar, en cada una de las fases, respecto a la especificidad o no de la fluctuación en puntuaciones, en su caso y, con ello, la adecuación o no de seguir hablando de depresión post-parto.

En un tercer bloque intentaremos ofrecer resultados respecto a los codeterminantes de las fluctuaciones en puntuaciones que se hayan detectado. Siempre tomando en cuenta grupos de comparación y a través de sucesivos análisis discriminantes, presentaremos los codeterminantes de la posible "depresión post-parto", utilizando como marco de referencia el resto de variables que han sido evaluadas en la presente investigación.

**1. Resultados factoriales.**- Es sabido que los datos existentes sobre la bondad factorial de la escala de Beck son un tanto irregulares. Sin embargo, el diseño seguido permitir ofrecer resultados correspondientes a factorización de manera clara e incluso un tanto redundante por cuanto que se trata de las mismas personas. Llevamos a cabo dos tipos de factorización: factores principales y, desde ahí, rotación varimax (con el fin de maximizar la independencia de los factores) y factores principales con subsiguiente rotación oblimin. Los resultados, en ambos casos, fueron prácticamente los mismos, por lo que nos referiremos solamente a la primera solución. Entraron como variables 19 elementos. El criterio empleado para la consideración de un factor como significativo dentro de la solución rotada fue que tuviera un valor propio igual o mayor a 1,00 y encontrarse definido, al menos, por dos ítems.

Una variable se tomaba en consideración a la hora de la delimitación de un factor en la medida en que cumpliera los siguientes requisitos: (a) tener una saturación igual o mayor a 0,35 en la matriz factorial rotada; (b) no presentar una saturación igual o mayor a esa cuantía más que en un factor. Caso de presentar cuantía similar en más de un factor y con el mismo signo, era eliminada la variable; en el caso de misma cuantía aunque con distinto signo, el ítem era aceptado como definitorio de los dos factores. Si saturaba en más de dos factores era eliminado.

El cuadro número 1 presenta las saturaciones de las soluciones factoriales rotadas en las tres ocasiones de pase de la escala de Beck para la muestra total (N=227), con inclusión de la comunalidad, el valor propio y las varianzas. Con el fin de identificar las tres soluciones factoriales, las hemos denominado, respectivamente, "de embarazo", "hospitalización" y "seguimiento" a sabiendas de que tan solo las mujeres gestantes se encuentran en esas situaciones.

En la **fase de embarazo** se ha obtenido una solución factorial con seis factores significativos que explican un 58,3 por 100 de la varianza total. Estos factores son los siguientes:

El **primer factor**, explica el 52,9 % de la varianza explicada por la rotación y se encuentra formado por los ítems número 3 (sentimientos de fracaso), 4 (insatisfacción), 5 (sentimientos de culpa) y 6 (odio a sí mismo(a)). Refleja elementos afectivos negativos para con uno(a) mismo(a) y se identifica, provisionalmente como **autodevaluación y rechazo afectivo**.

El **segundo factor** explica el 14,7% de la varianza extraída en la rotación. Los ítems que cumplen con los criterios previamente establecidos y que definen el



factor son el 1 (estado de ánimo), 2 (pesimismo) y 12 (indecisión), siendo este último el de mayor peso. Se trata claramente de un factor de **indecisión negativa**, con componentes afectivos de pesimismo.

CUADRO NUMERO 1. MATRIZ FACTORIAL ROTADA (ROTACION VARIMAX SOBRE FACTORES PRINCIPALES) COMUNALIDAD ( $h^2$ ), VALORES PROPIOS Y VARIANZAS DEL CUESTIONARIO DE BECK. (N=227)

ITEM	FASE DE EMBARAZO						$h^2$
	F1	FII	FIII	FIV	FV	FVI	
1: Estado de ánimo.....	.33	.42	.18	.06	.21	.17	.40
2: Pesimismo.....	.25	.42	.19	.06	.33	.17	.42
3: Sentimientos de fracaso...	.68	.09	.11	.00	.07	.02	.49
4: Insatisfacción.....	.47	.25	.05	.16	.33	.16	.44
5: Sentimientos de culpa.....	.48	.06	.01	.20	.28	.25	.41
6: Odio a sí mismo.....	.73	.12	.08	.19	.00	.00	.59
7: Autoacusación.....	.28	.10	.10	.26	.05	.25	.23
8: Ideas suicidas.....	.31	.22	.09	.48	.22	.14	.45
9: Período de llanto.....	.14	.11	.21	.15	.44	.16	.32
10: Irritabilidad.....	.06	.09	.12	-.03	.02	.69	.50
11: Aislamiento social.....	.17	.23	-.06	.20	.26	.35	.31
12: Indecisión.....	.15	.84	.13	.18	.05	.11	.79
13: Incapacidad laboral.....	.09	.15	.45	-.06	.04	.05	.24
14: Trastornos del sueño.....	.00	-.04	.36	.09	.12	-.01	.16
15: Fatigabilidad.....	.04	.03	.70	.05	.12	.03	.51
16: Pérdida de apetito.....	.02	.33	.14	.52	.00	-.05	.41
17: Pérdida de peso.....	.13	-.05	-.08	.62	.03	.02	.42
18: Hipocondría.....	.09	.13	.30	-.02	.06	.09	.13
19: Disminución de la libido.	.07	.06	.32	-.04	.63	-.07	.51
VALOR PROPIO	4.65	1.75	1.29	1.21	1.12	1.04	
% VARIANZA TOTAL	24.5	9.2	6.8	6.4	5.9	5.5	
% VARIANZA ROTADA	52.9	14.7	10.3	8.8	7.4	5.9	

El tercer factor explica el 10,3 % de la varianza extraída en la rotación y se encuentra representado por los items número 13 (incapacidad laboral), 14 (trastornos del sueño) y 15 (fatigabilidad). Parece, claramente, un factor de **cansancio**, con **incapacidad laboral** y acompañado por ciertas perturbaciones del sueño.

El cuarto factor explica un 8,8 % de la varianza extraída por la rotación y se encuentra representado por los items número 8 (ideas suicidas), 16 (pérdida de apetito) y 17 (pérdida de peso). Claramente las actuaciones indican que se trata de un factor de **inapetencia e ideas suicidas**.

## CONTINUACION CUADRO NUMERO 1.

## FASE DE HOSPITALIZACION

ITEM	FI	FII	FIII	FIV	FV	FVI	h <sup>2</sup>
1: Estado de ánimo.....	.53	.24	.14	.10	.12	-.12	.40
2: Pesimismo.....	.49	.00	.43	.06	.23	.01	.48
3: Sentimientos de fracaso...	.38	-.12	.28	.23	.34	.29	.50
4: Insatisfacción.....	.55	.09	.12	.35	.21	.15	.51
5: Sentimientos de culpa.....	.14	.10	.20	.57	.06	-.09	.40
6: Odio a sí mismo.....	.17	-.01	.02	.33	.46	.20	.39
7: Autoacusación.....	.11	.17	.12	.10	.42	-.11	.25
8: Ideas suicidas.....	.13	.08	-.11	.44	.16	.08	.26
9: Período de llanto.....	.07	.10	.59	-.17	.28	.19	.50
10: Irritabilidad.....	.08	.05	.42	.04	.00	-.01	.19
11: Aislamiento social.....	.31	-.04	.56	.18	-.02	.13	.46
12: Indecisión.....	.49	.08	.14	.18	.08	.09	.32
13: Incapacidad laboral.....	.05	.47	.04	.08	.19	-.05	.27
14: Trastornos del sueño.....	.21	.51	.00	-.09	-.06	.15	.34
15: Fatigabilidad.....	.05	.76	.23	.29	-.11	.12	.75
16: Pérdida de apetito.....	.02	.31	.00	-.03	-.02	.52	.37
17: Pérdida de peso.....	.01	.00	.06	.03	.01	.34	.12
18: Hipocondría.....	.41	.37	.07	-.09	-.13	-.09	.34
19: Disminución de la libido.	.02	.32	-.04	.04	.08	.05	.11
VALOR PROPIO	3.90	1.86	1.46	1.31	1.11	1.02	
% VARIANZA TOTAL	20.5	9.8	7.7	6.9	5.9	5.4	
% VARIANZA ROTADA	47.8	18.8	11.9	9.2	6.6	5.7	

El quinto factor explica el 7,4 % de la varianza extraída por la rotación. Dos items cumplen los requisitos previamente establecidos: la existencia de períodos de llanto (item número 9) y la disminución de la libido (item número 19). Parece ser un factor de **pérdida de deseo sexual**, que se acompaña, en las mujeres, con deseos de llorar.

El sexto factor explica un 5,9 % de varianza rotada y se encuentra muestreado por dos items, el 10 (irritabilidad) y el 11 (aislamiento social). La cuantía de las saturaciones permite identificar al factor como **irritabilidad**, estado de ánimo irritable.

En el segundo pase de pruebas, que hemos denominado **hospitalización** asimismo se han aislado seis factores que cumplen con los requisitos previamente establecidos y que explican el 56,2 por 100 de la varianza total. Identificamos tentativamente estos factores de la manera siguiente:

El primer factor explica un 47,8 por 100 de la varianza rotada. Aparecen seis items con saturaciones iguales o superiores a 0,35 aunque de todos ellos, solamente la mitad no son redundantes con el resto de factores aislados. La cuantía de los

pesos factoriales va de 0,53 (estado de ánimo) a 0,38 (sentimientos de fracaso), al que hay que añadir indecisión (0,49). Identificamos al factor como **estado de ánimo negativo con indecisión y sentimientos de fracaso**.

CONTINUACION CUADRO NUMERO 1.

FASE DE SEGUIMIENTO

ITEM	FI	FII	FIII	FIV	FV	FVI	h <sup>2</sup>
1: Estado de ánimo.....	.51	.23	.27	.34	.12	.08	.53
2: Pesimismo.....	.40	.37	.05	.06	.09	.09	.33
3: Sentimientos de fracaso...	.15	.42	.40	-.02	.09	.01	.36
4: Insatisfacción.....	.56	.27	.26	.12	.09	.23	.53
5: Sentimientos de culpa.....	.05	.72	.14	.09	.20	.12	.61
6: Odio a sí mismo.....	.24	.25	.60	.14	.09	.01	.51
7: Autoacusación.....	.06	.07	.57	.07	.22	.13	.41
8: Ideas suicidas.....	.01	-.01	.49	.47	.09	.11	.48
9: Período de llanto.....	.17	.10	.13	.82	.19	.02	.76
10: Irritabilidad.....	.39	.08	.01	.25	.15	.07	.25
11: Aislamiento social.....	.22	.25	.02	.05	.03	.10	.12
12: Indecisión.....	.19	.47	.16	.01	.33	.14	.42
13: Incapacidad laboral.....	.15	.22	.18	.09	.62	.02	.49
14: Trastornos del sueño.....	.20	.05	.09	-.06	.07	.19	.09
15: Fatigabilidad.....	.26	.18	.07	.12	.48	.19	.38
16: Pérdida de apetito.....	.08	.21	.14	.07	.03	.66	.51
17: Pérdida de peso.....	.13	.02	-.01	.03	-.01	.42	.20
18: Hipocondría.....	.52	.02	.06	-.02	.20	.11	.33
19: Disminución de la libido.	.07	.04	.07	.07	.38	-.05	.16
VALOR PROPIO	4.85	1.45	1.29	1.25	1.08	1.03	
% VARIANZA TOTAL	25.5	7.7	6.8	6.6	5.7	5.4	
% VARIANZA ROTADA	57.5	12.6	9.5	8.4	6.1	5.8	

NOTA: Se ha omitido el cero y la coma decimal ha sido sustituida por punto.

El **segundo factor** resulta poco menos de la mitad de potente que el anterior y se encuentra definido por tres items: fatigabilidad (0,76), trastornos del sueño (0,51) e incapacidad laboral (0,47). Denominamos al factor como de **fatiga y alteraciones de sueño**.

El **tercer factor** explica un 11,9 % de la varianza rotada y se encuentra definido por tres variables que cumplen los requisitos y con una cuantía similar en cuanto a saturación factorial: período de llanto (0,59), aislamiento social (0,56) e irritabilidad (0,42). Se trataría de un factor de **aislamiento social con frecuentes llantos e irritabilidad**.

El **cuarto factor** explica un 9,2 % de la varianza rotada y se encuentra muestreado por dos variables: sentimientos de culpa (0,57) e ideas de suicidio (0,44). Se trata de un factor en el que el **suicidio va aparejado con sentimientos de culpa** (frente a lo que ocurría en el primer análisis factorial en el que las ideas de suicidio iban aparejadas con la pérdida de peso y de apetito).

El **quinto factor** explica un 6,6 % de la varianza rotada y se encuentra definido por dos variables: odio a sí mismo (0,46) y autoacusación (0,42). Claramente se trata de un factor de **autodevaluación**.

El **sexto factor** explica un 5,7 % de la varianza rotada y se encuentra muestreado en esta solución por una variable: pérdida de apetito (0,52) y otra con peso factorial límite de 0,34 (pérdida de peso). Se trataría de un factor de **inapetencia**.

En el tercer pase de la prueba la solución factorial varimax ha arrojado un total de **seis factores**, con un porcentaje total de varianza explicada del 57,7 por 100. Los factores que la componen son los siguientes:

El **primer factor** se encuentra definido por cuatro ítems, explica un 57,5 % de la varianza rotada con las variables de hipocondría (0,52), insatisfacción (0,56), estado de ánimo (0,51) e irritabilidad (0,39). Se trataría de un factor de **estado de ánimo negativo definido por la insatisfacción personal, irritabilidad e hipocondría**. En gran medida se trata de una duplicación del primer factor alcanzado en la segunda solución factorial.

El **segundo factor** explica un 12,6 % de la varianza rotada y se encuentra definido por dos variables: sentimientos de culpa (0,72) e indecisión (0,47). Se trataría de un factor de **sentimientos autodevaluativos en los que predomina la indecisión y el fracaso personal**.

El **tercer factor** explica un 9,5 % de la varianza rotada y las dos variables que definen el factor son odio a sí mismo (0,60) y autoacusación (0,57). Se trataría de un factor de **autocrítica-autoagresión simbólica**.

El **cuarto factor** explica un 8,4 % de la varianza rotada y, después de eliminar las redundancias quedaría definido solamente por una variable de períodos de llanto (0,82). Las ideas de suicidio se encuentran entre este factor y el tercero de esta solución factorial con un peso similar. Se trataría de un **factor de llanto**.

El **quinto factor** explica un 6,1 % de la varianza rotada y se encuentra definido por tres ítems: incapacidad laboral (0,62), fatigabilidad (0,48) y disminución de libido (0,38). Se trataría de un factor de **incapacidad laboral, con fatiga y disminución de libido**.

El **sexto factor** explica un 5,8 % de la varianza rotada y se encuentra definido por dos variables: pérdida de apetito (0,66) y pérdida de peso (0,42). Parece ser un factor de **inapetencia**, que ya aparecía como último factor en la segunda solución factorial comentada más arriba.

\* \* \* \* \*

CUADRO NUMERO 2. COEFICIENTES DE CORRELACION INTERFASE POR RANGOS ORDENADOS DE SPEARMAN DE LAS ESTRUCTURAS FACTORIALES DEL CUESTIONARIO DE BECK. (N=227)

FACTOR	FASE	FACTOR	FASE	rho de Spearman
II: Indecisión y pesimismo	EMBARAZO	I: Indecisión y fracaso	HOSPITALIZACION	.57
III: Incapacidad laboral y alteraciones del sueño	EMBARAZO	II: Fatiga y alteraciones del sueño	HOSPITALIZACION	.77
VI: Irritabilidad e inhibición social	EMBARAZO	III: Aislamiento social e irritabilidad	HOSPITALIZACION	.65
III: Incapacidad laboral y alteraciones del sueño	EMBARAZO	V: Incapacidad laboral con fatiga	SEGUIMIENTO	.56
IV: Inapetencia e ideas suicidas	EMBARAZO	VI: Inapetencia	SEGUIMIENTO	.61
V: Autodevaluación	HOSPITALIZACION	III: Autocrítica y autoacusación	SEGUIMIENTO	.66
II: Fatiga y alteraciones del sueño	HOSPITALIZACION	V: Incapacidad laboral con fatiga	SEGUIMIENTO	.52

Nota: Se ha omitido el cero y la coma decimal ha sido sustituida por punto en los coeficientes de correlación.

En una primer consideración, no parece darse una gran solapación factorial en las tres fases. Con el fin de acercarnos, siquiera a nivel bivariado, al problema de la identificación-asimilación de los factores obtenidos en cada fase, se han elegido aquellos factores que parecían, tras inspección ocular, guardar una cierta similitud entre sí y, desde aquí, cálculo de la rho de Spearman entre los pesos factoriales de los factores que parecían ser el mismo en dos soluciones factoriales distintas. Los resultados alcanzados se encuentran en el cuadro número 2

El cuadro, repetimos, se ha elaborado siguiendo un criterio heurístico, en la medida en que se trata de los mayores coeficientes esperables puesto que faltan coeficientes de correlación entre factores que, ya de entrada, parecen distintos. Por otra parte, recordar que se trata de coeficientes entre los pesos factoriales rotados de todos los items y no solamente de aquellos que han alcanzado nivel de significación y/o han satisfecho los criterios de selección de variables para un factor.

Los coeficientes alcanzados no son muy altos y, de entrada, habría que decir que no se repite ningún factor (para ello habría que haber obtenido coeficientes por encima de 0,90). Se observan analogías entre algunos factores de la primera y de la segunda fase (tres factores), mientras que entre la primera y la tercera y la segunda y la tercera aparecen analogías en dos factores en cada ocasión. Entre los elementos que parecen duplicarse en las dos primeras fases se encuentran indecisión, fatiga e irritabilidad. Entre la primera y la tercera aplicación son la fatiga y la inapetencia; en la comparación entre la segunda y la tercera aplicación parecen encontrarse como factores análogos la autocrítica y la fatiga física con alteraciones del sueño. Resulta importante clínicamente reseñar que las ideas suicidas aparecen unidas a distintos tipos de items en cada fase de la prueba, lo que hablaría de unos precipitantes-covariantes distintos de estas ideas suicidas para ocasiones distintas.

La ausencia de repeticiones factoriales sugiere que lo que está evaluando a nivel estructural la escala de Beck es algo fundamentalmente mudable y fluctuante. En todo caso, a nivel global es posible que se mantuviera un volumen total de sintomatología depresiva, sin embargo, este volumen total, no parece plasmarse de manera coherente en distintas personas a lo largo del tiempo (al menos, por lo que se refiere a mujeres), sino que fluctúa de manera distinta para distintas personas. A partir de aquí, la utilización de la escala de Beck debería restringirse a la evaluación de estados depresivos mudables, temporalmente modificables y, en definitiva, con estructura variable.

Una nota más antes de seguir adelante. Tal y como se recordará, más arriba hemos ido anotando el porcentaje de varianza explicada en cada factor y solución factorial. En el cuadro número dos puede observarse que solamente en un caso aparece un factor primero de solución factorial (en fase de hospitalización). Si reparamos en que el primero de los factores en cada solución llega a explicar la

mitad aproximadamente de la varianza y no existe una duplicación (ni analogía siquiera) entre dos primeros factores de las distintas soluciones factoriales, ello sugeriría que las analogías detectadas se refieren a porcentajes de varianza más bien escasos (que no llegan, en ningún caso, al 10 por 100 de la varianza total).

Sería posible pensar que con la lógica seguida, los factores aislados fueran excesivamente específicos. Tal y como se puede comprobar, además, no todos los items se encuentran representados y, algunos de ellos, saturan en más de un factor de manera significativa. Con el fin de explorar esta posibilidad de especificidad factorial, se ha vuelto a las matrices correlacionales originales y, desde ellas, se ha vuelto a factorizar ampliando la selección de factores hasta aquellos que eran definidos por un solo item y, posteriormente, a partir de las puntuaciones factoriales, llevar a cabo un segundo análisis factorial (un segundo orden). A sabiendas de que se trata de cierta irregularidad, la verdad es que la estructura factorial alcanzada en el caso de la rotación varimax y la oblimin ha sido muy similar.

En el cuadro número 3 se encuentran las matrices factoriales rotadas en cada caso, con inclusión de la comunalidad, valores propios y varianzas.

En la primera aplicación se han obtenido dos factores, que explican el 55,8 por 100 de la varianza total. El primero de los factores (con más del 80 % de varianza rotada) recoge una serie de elementos que algunos autores rotulan como "humor depresivo" o estado de ánimo depresivo acompañado de pérdida de apetito y peso. El segundo factor, con un menor peso explicativo, se encuentra definido por incapacidad laboral y alteraciones del sueño y por la disminución de libido y períodos de llanto. Tentativamente parece reflejar un factor de disminución de deseo sexual acompañado de períodos de llanto.

En la segunda fase de pase de la escala se obtiene asimismo una solución bifactorial, con características similares a la de la primera aplicación. Aparecen algunos cambios (en el primer factor, el lugar ocupado por pesimismo, insatisfacción y pérdida de apetito lo ocupa aquí la autoacusación y períodos de llanto). Esta novedad ya lleva aparejado un cambio correlativo en el segundo factor: alteraciones del sueño y pérdida de apetito (sin disminución de deseo sexual) como representantes del factor de alteraciones de funciones somáticas básicas.

En la tercera aplicación se ha obtenido un único factor en el que saturan todos los factores excepto el sexto de primer orden (inapetencia). Se trataría, en todo caso, de un "factor de depresión" como síndrome genérico.

En suma: dos factores en las dos primeras aplicaciones que podrían identificarse, respectivamente, con humor depresivo (sentimientos) y sintomatología comportamental depresiva. Estos dos factores tienden a diluirse formando un único factor en el que saturan prácticamente todos los componentes excepto el de inapetencia y pérdida de peso que formaría un factor independiente, con cierta importancia clínica aunque con escasa relevancia estadística.

CUADRO NUMERO 3. ANALISIS FACTORIAL DE SEGUNDO ORDEN  
(ROTACION VARIMAX SOBRE FACTORES PRINCIPALES),  
COMUNALIDAD ( $h^2$ ), VALORES PROPIOS Y VARIANZAS DEL  
CUESTIONARIO DE BECK (N=227).

FASE DE EMBARAZO			
	FI	FII	$h^2$
FACTOR			
I: Autodevaluación y rechazo afectivo.....	.63	.16	.42
II: Indecisión y pesimismo.....	.69	.30	.56
III: Incapacidad laboral y alteraciones del sueño.	.09	.58	.34
IV: Inapetencia e ideas suicidas.....	.46	.10	.22
V: Disminución de la libido y período de llanto.	.31	.51	.36
VI: Irritabilidad e inhibición social.....	.39	.12	.16
VALOR PROPIO	2.33	1.01	
% VARIANZA TOTAL	38.9	16.9	
% VARIANZA ROTADA	82.9	17.1	

FASE DE HOSPITALIZACION			
	FI	FII	$h^2$
FACTOR			
I: Indecisión y fracaso.....	.72	.17	.55
II: Fatiga y alteraciones del sueño.....	.23	.49	.29
III: Aislamiento social e irritabilidad.....	.37	.13	.16
IV: Sentimientos de culpa e ideas suicidas.....	.46	.03	.21
V: Autodevaluación.....	.49	.05	.24
VI: Inapetencia.....	.00	.57	.32
VALOR PROPIO	1.97	1.16	
% VARIANZA TOTAL	32.8	19.3	
% VARIANZA ROTADA	73.9	26.1	

FASE DE SEGUIMIENTO		
	FI	$h^2$
FACTOR		
I: Insatisfacción, irritabilidad e hipocondría.	.68	.46
II: Indecisión y fracaso.....	.62	.38
III: Autocrítica y autoacusación.....	.54	.29
IV: Período de llanto.....	.49	.24
V: Incapacidad laboral y fatiga.....	.62	.39
VI: Inapetencia.....	.32	.10
VALOR PROPIO	2.51	
% VARIANZA TOTAL	41.8	
% VARIANZA ROTADA	100	

NOTA: Se ha omitido el cero y la coma decimal ha sido sustituida por punto.



2.Consistencia interna y estabilidad.-A la hora de establecer criterios de bondad, los índices de fiabilidad (consistencia interna y fiabilidad test-retest) representan dos aspectos complementarios a tener en cuenta a la hora de establecer la bondad psicométrica de una prueba así como su rango de aplicación más adecuado. Un primer problema por lo que se refiere a la consistencia interna es que en el caso de los factores aislados, son muy pocos elementos los que forman cada uno de estos factores, lo que puede repercutir negativamente sobre la cuantía de los coeficientes obtenidos. Por otro lado, los resultados factoriales presentados más arriba demuestran que no existe una estructura estable ¿sobre qué composición factorial establecer los índices de estabilidad temporal?. Puesto que teóricamente el mayor volumen de depresión “debería” obtenerse en la segunda fase (hospitalización), se ha elegido esta estructura factorial de primer orden para el cálculo de la estabilidad temporal y se ha proyectado esta estructura sobre las dos fases (anterior a ella y posterior) con el fin de ofrecer índices de estabilidad temporal. Con el fin, finalmente, de ofrecer una alternativa más genérica se ha llevado a cabo, asimismo, el cálculo de los coeficientes de consistencia interna y de fiabilidad test-retest para la solución factorial de segundo orden (hospitalización). Todos estos resultados se encuentran en los cuadros número 4 y 5, que pasamos a comentar.

Por lo que se refiere a la consistencia interna de los factores de primer orden, los coeficientes no son especialmente altos pese a la depuración factorial. Esta cuantía posiblemente se vea afectada por el escaso número de ítems que forman cada uno de los factores y, en todo caso, la gran mayoría se encuentran por encima de 0,50. Repárese que algún factor carece de índice de consistencia interna debido a que está formado por un solo ítem.

De cuantía sustancialmente menor son los índices de fiabilidad test-retest que, pese al procedimiento utilizado, poseen una cuantía menos que discreta en cuanto se refiere a los factores de primer orden. Resulta importante señalar que no todos los factores parecen ser igualmente estables (coeficientes de 0,18 a 0,65), así como el hecho de que prácticamente los coeficientes más altos se han obtenido entre la primera vez y la tercera de pase de prueba (en el cuadro, columna embarazo-seguimiento). La estabilidad de la puntuación total es superior al resto de los factores, oscilando alrededor de 0,60 y permitiendo suponer que, dada la heterogeneidad de situaciones de vida que conllevan los pases de prueba, nos encontraríamos con una puntuación global que, siendo heterónoma, resulta bastante estable a lo largo de un año, prácticamente.

Tal y como cabría esperar, los coeficientes que se encuentran en el cuadro número 5 y correspondientes a los factores de segundo orden son de mayor cuantía. La consistencia interna ha subido, aunque la estabilidad tiende a mentenerse en niveles similares, con relación al análisis anterior. De los dos factores generales alcanzados, el que hemos denominado “humor depresivo” (que, por otra parte, se

encuentra formado por un mayor número de items) posee una cuantía mayor, mientras que el de alteraciones de funciones somáticas básicas parece más situacional situándose, tentativamente, en un nivel de dimensión de consolidación intermedia.

\* \* \* \* \*

CUADRO NUMERO 4. INDICES DE FIABILIDAD DE LOS FACTORES DE PRIMER ORDEN.

A): CONSISTENCIA INTERNA

FASE DE EMBARAZO		VALOR	NUMERO
FACTOR		DE ALFA	ITEMS
I: Autodevaluación y rechazo afectivo.....		.74	4
II: Indecisión y pesimismo .....		.72	3
III: Incapacidad laboral y alteraciones del sueño..		.51	3
IV: Inapetencia e ideas suicidas.....		.60	3
V: Disminución de la libido y periodo de llanto..		.51	2
VI: Irritabilidad e inhibición social.....		.42	2
FASE DE HOSPITALIZACION		VALOR	NUMERO
FACTOR		DE ALFA	ITEMS
I: Indecisión y fracaso.....		.55	3
II: Fatiga y alteraciones del sueño.....		.60	3
III: Aislamiento social e irritabilidad.....		.55	3
IV: Sentimientos de culpa e ideas suicidas.....		.45	2
V: Autodevaluación.....		.40	2
VI: Inapetencia.....		--	1
FASE DE SEGUIMIENTO		VALOR	NUMERO
FACTOR		DE ALFA	ITEMS
I: Insatisfacción, irritabilidad e hipocondría..		.67	4
II: Indecisión y fracaso.....		.62	2
III: Autocrítica y autoacusación.....		.60	2
IV: Periodo de llanto.....		--	1
V: Incapacidad laboral y fatiga.....		.56	3
VI: Inapetencia.....		.45	2

Resumiendo los resultados obtenidos en la factorización del cuestionario de Beck, encontramos que la sintomatología depresiva evaluada por la prueba es multidimensional, no mostrando estabilidad factorial (aunque sí analogía) entre la mayor parte de los factores, con una consistencia interna no muy alta (índices que oscilan entre .40 y .74) y una estabilidad temporal que varía entre unos factores y

otros, siendo el índice menor de .35 y el mayor de .64 (el número de items es reducido), no disminuyendo la estabilidad temporal a medida que aumenta el tamaño del intervalo temporal entre fases.

CONTINUACION CUADRO NUMERO 4.

B) FIABILIDAD TEST-RETEST

FACTOR	INTERVALO EMBARAZO- HOSPITALIZACION	INTERVALO EMBARAZO- SEGUIMIENTO	INTERVALO HOSPITALIZACION- SEGUIMIENTO	Nº ITEMS
I: Indecisión y fracaso.....	.49	.54	.49	3
II: Fatiga y alteraciones del sueño....	.41	.35	.36	3
III: Aislamiento social e irritabilidad	.35	.46	.43	3
IV: Sentimientos de culpa e ideas suicidas.	.41	.64	.40	2
V: Autoevaluación	.40	.35	.51	2
VI: Inapetencia....	.18	.26	.19	1
PUNTUACION TOTAL	.60	.65	.58	19

NOTA: Se ha omitido el cero y la coma decimal ha sido sustituida por punto en los coeficiente de correlación.

En el análisis factorial de primer orden se han aislado seis factores en cada fase, los cuales explican un porcentaje de varianza total muy próximo al 60%. Existen dos factores (los denominados “incapacidad laboral y alteraciones del sueño” y “autoevaluación”) que están formados por los mismos items en dos fases (embarazo y hospitalización para el primero y hospitalización y seguimiento para el segundo). Los factores denominados “indecisión y pesimismo”, “aislamiento social e irritabilidad” e “inapetencia” muestran estructuras muy similares en, al menos, dos fases, existiendo un sólo factor cuya estructura es muy similar en las tres fases, el factor que en la fase de embarazo hemos denominado “incapacidad laboral y alteraciones del sueño”. En cuanto a las correlaciones interfase mostradas por estos factores son moderadas, oscilando entre .52 y .77, que indica que si bien existe en la estructura factorial una varianza común interfase, también hay una parte de la varianza que es propia de cada fase. Existen otra serie de

factores cuya estructura parece específica en cada ocasión. Son los siguientes: "autodevaluación y rechazo afectivo", "disminución de la libido y período de llanto", (fase de embarazo), "sentimientos de culpa e ideas suicidas" (fase de hospitalización), "insatisfacción, irritabilidad e hipocondría" e "indecisión y fracaso" (fase de seguimiento).

CUADRO NUMERO 5. INDICES DE FIABILIDAD DE LOS FACTORES EMPIRICOS DE SEGUNDO ORDEN DEL CUESTIONARIO DE BECK.

CONSISTENCIA INTERNA:

FASE DE EMBARAZO

FACTOR	NUMERO ITEMS	VALOR DE ALFA
I: Humor depresivo y pérdida de apetito y peso.....	12	.65
II:Disminución de deseo sexual y período de llanto.....	5	.49

FASE DE HOSPITALIZACION

FACTOR	NUMERO ITEMS	VALOR DE ALFA
I: Humor depresivo.....	10	.59
II: Alteraciones de funciones somáticas básicas.....	4	.44

FASE DE SEGUIMIENTO

FACTOR	NUMERO ITEMS	VALOR DE ALFA
I: Factor de depresión.....	12	.73

En cuanto a la estructura factorial de segundo orden, encontramos la existencia de sintomatología relacionada con el humor depresivo que aparece en las tres fases, y que incluye el estado de ánimo (item número 1), sentimientos de culpa (item número 5), odio a sí mismo (item número 6), irritabilidad (item

número 10) e indecisión (item número 12), que muestran una asociación independiente de la situación. Hay otra serie de síntomas relacionados con la incapacidad laboral (item número 13) y la fatigabilidad (item número 15) que también muestran asociación estable. La asociación de ambos grupos de síntomas parece estar sujeta a aspectos situacionales, mostrándose independientes en las fases de embarazo y hospitalización, y asociados en la fase de seguimiento. En cuanto al período de llanto (item número 9), también aparece en las tres fases de estudio, pero su asociación está fuertemente influida por aspectos situacionales, con aspectos más relacionados con la disminución de impulsos vitales en la fase de embarazo, con el humor depresivo en la fase de hospitalización y con ambos en la fase de seguimiento.

CONTINUACION CUADRO NUMERO 5.

Nº ITEMS	TEST-RETEST:			
	INTERVALO	INTERVALO	INTERVALO	
	EMBARAZO- HOSPITALIZACION	EMBARAZO- SEGUIMIENTO	HOSPITALIZACION- SEGUIMIENTO	
FACTOR:				
I: Humor depresivo.	.57	.64	.59	10
II: Alteración de funciones so- máticas básicas	.41	.39	.38	4

NOTAS: Se ha omitido el cero y la coma decimal ha sido sustituida por punto en los coeficientes de fiabilidad.

El resto de sintomatología muestreada por el cuestionario, parece relevante en unas fases, pero no en otras. En este sentido, es interesante resaltar que en la fase de embarazo, sólo los items número 7 (autoacusación) y 18 (hipocondría), no se encuentran asociados de forma significativa a ningún factor. En la fase de hospitalización, son 5 los items que no se encuentran asociados de forma clara a un factor, estos son los número 2 (pesimismo), 4 (insatisfacción), 18 (hipocondría) que saturan por encima de .34 en dos factores, 17 (pérdida de peso) y 19 (disminución de la libido), que no obtienen saturaciones superiores a .34 en ningún.

factor. En la fase de seguimiento son 7 los items que no están estructurados de forma clara. Son los siguientes: el número 2 (pesimismo), 3 (sentimiento de fracaso) y 8 (ideas suicidas), que saturan por encima de .34 en dos factores; el número 11 (aislamiento social) y 14 (trastornos del sueño), que obtienen saturaciones inferiores a .35; el número 16 (pérdida de apetito) y 17 (pérdida de peso), que si bien en el análisis factorial de primer orden sí muestran una estructura definida, no sucede lo mismo en la factorización de segundo orden, en la cual saturan por debajo de .35.

Al interpretar estos resultados hay que tener en cuenta la posible influencia de la experiencia en la realización de la prueba, ya que ésta es nula en la fase de embarazo, pero en las fases de hospitalización y seguimiento, puede estar influyendo en los resultados.

Independientemente de cual sea la causa, lo que sí parece claro, es la multidimensionalidad y el componente situacional que muestra la Escala de Evaluación Conductual para la Depresión de Beck en algunos items, la cual en la estructura factorial de segundo orden parece mantener dos grandes grupos de síntomas: uno más relacionado con lo que muchos autores denominan como "humor depresivo", que explica prácticamente el 75% de la varianza rotada, y otro más relacionado con la disminución de los impulsos vitales, los cuales aparecen disociados en situaciones que coinciden con aquéllas de mayor compromiso biológico para más de la mitad de la muestra (el embarazo y el puerperio inmediato), fase en que el cuestionario de Beck discrimina claramente los aspectos relacionados con el humor depresivo de los aspectos más somáticos y más relacionados con aspectos situacionales (el parto ha ocurrido entre 24 y 48 horas y además la mujer tiene que atender al recién nacido en el caso de las 127 mujeres del grupo experimental).

Como última nota-resumen, habría que apuntar que la escala de Beck presenta, en mujeres, una composición bifactorial a nivel de segundo orden con dos factores de importancia desigual. Estos factores poseen índices de consistencia y estabilidad temporal aceptables para mujeres en las condiciones en las que han participado en este estudio y que no presentan un cuadro psicopatológico claramente identificable.

3. Diferencias intergrupo a nivel bivariado. Se han realizado análisis diferenciales bivariados comparando las puntuaciones tanto en los factores de segundo orden aislados como en la puntuación total de la prueba, de los sujetos de los grupos "experimental" y "control" en cada una de las tres fases del estudio, cuyos resultados aparecen en el cuadro 6. El cálculo de estas diferencias se ha realizado en función de la estructura factorial de segundo orden dentro de cada fase. Además, con el fin de ofrecer información comparable con otros estudios, se ha utilizado asimismo como criterio de comparación, la puntuación total de la prueba para cada grupo y fase.

CUADRO NUMERO 6: COMPARACIONES ENTRE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL EN LOS FACTORES DE SEGUNDO ORDEN Y EN LA PUNTUACION TOTAL DE LA PRUEBA DEL CUESTIONARIO DE BECK.

FACTORES:	GRUPO EXPERIMENTAL (n=127)		GRUPO CONTROL (n=100)		t	ns
	$\bar{X}$	D.T.	$\bar{X}$	D.T.		
<b>FASE DE EMBARAZO:</b>						
I: Humor depresivo y pérdida de apetito y peso.....	3.18	4.1	3.60	3.2	-0.86	--
II: Disminución de deseo sexual y período de llanto.....	2.85	2.3	1.50	1.8	5.05	0.009
PUNTUACION TOTAL DE LA PRUEBA.....	7.32	6.1	5.74	4.7	2.21	0.028
<b>FASE DE HOSPITALIZACION:</b>						
I: Humor depresivo.....	1.82	2.5	2.62	2.8	-2.2	0.027
II: Alteraciones de funciones somáticas básicas.....	2.53	2.2	1.59	1.7	3.57	0.009
PUNTUACION TOTAL DE LA PRUEBA.....	5.42	4.7	5.62	4.9	-0.31	--
<b>FASE DE SEGUIMIENTO:</b>						
I: Factor de depresión.....	3.14	3.9	3.16	3.6	-0.04	--
PUNTUACION TOTAL DE LA PRUEBA.....	5.80	5.8	4.9	4.7	1.26	--

NOTAS:  $\bar{X}$  = Media; D.T. = desviación típica; n = número de personas en cada grupo de comparación; n. s. = nivel de significación. Las comparaciones han sido realizadas mediante la prueba "t" de Student.

## CUADRO NUMERO 7: DIFERENCIAS INTRAGRUPO.

## A) DIFERENCIAS ENTRE LAS FASES DE EMBARAZO Y HOSPITALIZACION EN LOS DOS GRUPOS.

FASE:	GRUPO EXPERIMENTAL (n=127)		GRUPO CONTROL (n=100)		COMPARACIONES
	EMBARAZO	HOSPITALIZACION	FASE A	FASE B	
FACTORES:	$\bar{X}$	DT	$\bar{X}$	DT	(1-2)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(3-4)
	X	X	X	X	ns
					ns

## CUESTIONARIO DE BECK:

I: Humor depresivo.....	3.06	3.6	1.82	2.5	3.08	3.0	2.62	2.8	0.0009	0.037
II: Alteraciones de funciones somáticas básicas.....	2.36	1.8	2.53	2.2	1.35	1.5	1.59	1.7	----	----

## B) DIFERENCIAS ENTRE LAS PUNTUACIONES EN LAS FASES DE HOSPITALIZACION Y SEGUIMIENTO EN LOS DOS GRUPOS.

FASE:	GRUPO EXPERIMENTAL (n=127)		GRUPO CONTROL (n=100)		COMPARACIONES
	HOSPITALIZACION	SEGUIMIENTO	FASE B	FASE C	
FACTORES:	$\bar{X}$	DT	$\bar{X}$	DT	(1-2)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(3-4)
	X	X	X	X	ns
					ns

## CUESTIONARIO DE BECK:

I: Factor de depresión.....	3.31	3.2	3.14	3.9	3.43	3.4	3.16	3.6	----	----
-----------------------------	------	-----	------	-----	------	-----	------	-----	------	------



CONTINUACION CUADRO NUMERO 7.

C) DIFERENCIAS ENTRE LAS PUNTUACIONES EN LAS FASES DE EMBARAZO Y SEGUIMIENTO EN LOS DOS GRUPOS.

FASE:	GRUPO EXPERIMENTAL (n=127)		GRUPO CONTROL (n=100)		COMPARACIONES					
	EMBARAZO	SEGUIMIENTO	FASE A	FASE C						
FACTORES:	$\bar{X}$	$\bar{(2)}$	$\bar{(3)}$	$\bar{(4)}$	(1-2)					
	DT	DT	DT	DT	ns					
	(1)				(3-4)					
					ns					
-----										
CUESTIONARIO DE BECK:										
	5.19	4.3	3.14	3.9	3.65	3.2	3.16	3.6	0.0009	-----
-----										

NOTAS: 1)  $\bar{X}$  = Media; D.T. = desviación típica; n = número de personas en cada grupo de comparación; n.s. = nivel de significación. Las comparaciones han sido realizadas mediante la prueba "t" de Student.

2) La estructura factorial utilizada corresponde a la del segundo término de la comparación (hospitalización en la primera comparación y seguimiento en las otras dos).

CUADRO NUMERO 8. ANALISIS DISCRIMINANTE PASO A PASO CON PUNTUACIONES DIFERENCIALES EN EL CUESTIONARIO DE BECK ENTRE LAS FASES DE EMBARAZO Y HOSPITALIZACION PARA EL GRUPO EXPERIMENTAL. (N=127)

Paso	Variables incluidas	Lambda Wilks	p
1	Papel escaso del varón durante el embarazo, parto y cuidados del recién nacido.....	0.9362	0.0067
2	Indiferencia laboral y separación entre mundo privado y laboral.....	0.9175	0.0084
3	Locus de control externo.....	0.8861	0.0039
4	Maternidad como elemento positivo para la consolidación de la familia y factor de salud.....	0.8575	0.0020
5	Connotaciones positivas del parto y nacimiento del hijo.....	0.8357	0.0015
6	Factor general de molestias somáticas.....	0.8228	0.0017

  

FUNCION DISCRIMINANTE:						
Función discriminante	Valor propio	% de varianza	Correlación canónica	Función derivada	Lambda Wilks	grados de libertad
1	0.21537	100.0	0.4210	0	0.8228	6
					21.260	0.0016

## COEFICIENTES TIPIFICADOS DE FUNCION DISCRIMINANTE:

VARIABLE	FUNCION 1
Papel escaso del varón durante el embarazo, parto y cuidados del recién nacido.	0.67
Indiferencia laboral y separación entre mundo privado y laboral.....	-0.59
Locus de control externo.....	0.66
Maternidad como elemento positivo para la consolidación de la familia y factor de salud.....	-0.59
Connotaciones positivas del parto y nacimiento del hijo.....	0.41
Factor general de molestias somáticas.....	-0.30

## CENTROIDES:

## RESULTADOS DE LA CLASIFICACION:

GRUPO	FUNCION 1
1: Disminución de depresión	0.34473
2: Aumento de depresión	-0.61379

Grupo actual:	Nº Grupo predicho	
	de casos 1	2

1: Disminución de depresión	73	47 (64.4%)	26 (35.6%)
2: Aumento de depresión	41	11 (26.8%)	30 (73.2%)

Porcentaje de sujetos bien clasificados: 67.54%

En la fase de embarazo, no existen diferencias entre ambos grupos en el factor que evalúa el humor depresivo y la pérdida de apetito y peso de la mujer, mientras que las mujeres embarazadas manifiestan más disminución de deseo sexual y más períodos de llanto. En la fase de hospitalización, declaran mayor alteración de funciones somáticas básicas las mujeres hospitalizadas tras el parto que las mujeres del grupo control, declarando las mujeres del grupo control mayores puntuaciones en el factor que hemos denominado "humor depresivo" (mayor tristeza, sentimientos de fracaso, odio a sí mismo, culpa, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, aislamiento social e indecisión). En la fase de seguimiento no se dan diferencias entre el grupo de mujeres que ha sido madres tres meses antes y el grupo control en el "factor de depresión". Respecto a la puntuación global, es en la fase de embarazo cuando existen diferencias significativas, mostrando las mujeres gestantes más sintomatología depresiva.

En cuanto a las diferencias existentes en nivel depresivo entre las 3 fases evaluadas, aparecen en el cuadro número 7.

Debido a que la estructura difiere entre las fases, las comparaciones se realizan mediante la aplicación de la estructura factorial correspondiente al segundo término de la comparación. Ambos grupos muestran menor nivel depresivo en el segundo pase de pruebas con respecto al primero en el factor de humor depresivo, mientras que no existen cambios en el factor de alteración de funciones somáticas básicas; respecto al factor de "depresión", no existen diferencias significativas entre las fases de hospitalización y seguimiento para ninguno de los grupos, mostrando las mujeres del grupo experimental mayor nivel depresivo durante la gestación que durante la fase de seguimiento, diferencia que no es significativa para las mujeres del grupo control.

A partir de estos resultados, resulta muy difícil seguir manteniendo, a nivel objetivo, la existencia de una depresión post-parto como un fenómeno general.

4. Análisis discriminantes. A fin de evaluar la existencia de variables que discriminasen entre las mujeres cuyo nivel depresivo difiriese entre las diferentes situaciones evaluadas, se calcularon los correspondientes análisis discriminantes. El procedimiento seguido ha sido el de paso a paso, utilizando como estadístico de referencia y control para cada variable a introducir la F, la V de Rao y la lambda de Wilks.

El modo operativo seguido en este análisis, ha sido el agrupamiento de la muestra en grupos de mujeres cuya puntuación total en el cuestionario de Beck hubiese aumentado en la segunda entrevista con respecto a la anterior, y grupos de mujeres cuya puntuación total en el cuestionario de Beck fuese inferior en la segunda entrevista con respecto a la precedente. Los predictores de la diferenciación empleados han sido las variables de personalidad, de percepción de las implicaciones de la maternidad, la búsqueda de contacto social y la sintomatología somática evaluada. Estas variables también fueron factorizadas, siguiendo el

CUADRO NUMERO 9. ANALISIS DISCRIMINANTE PASO A PASO CON PUNTUACIONES DIFERENCIALES EN EL CUESTIONARIO DE BECK ENTRE LAS FASES DE EMBARAZO Y HOSPITALIZACION PARA EL GRUPO CONTROL. (N=100)

Paso	Variables incluidas	Lambdas		P
		Wilks		
1	Ansiedad inhibidora del rendimiento.....	0.9196		0.0099
2	Actitud hacia tareas relacionadas con maternidad.....	0.8644		0.0032
3	Disminución de rechazo de contacto social.....	0.8402		0.0034
4	Miedos acerca de la salud del hijo y sensación de cansancio y nerviosismo materno.....	0.8278		0.0053
5	Percepción negativa del proceso del parto.....	0.8102		0.0060

  

FUNCION DISCRIMINANTE:						
Función discriminante	Valor propio	% de varianza	Correlación canónica	Función derivada	Lambda Wilks	grados de libertad
1	0.23418	100.0	0.4356	0	0.8102	5
					16.307	0.0060

## CONTINUACION CUADRO NUMERO 9.

## COEFICIENTES TIPIFICADOS DE FUNCION DISCRIMINANTE:

VARIABLE	FUNCION 1
Ansiedad inhibidora del rendimiento.....	0.58
Actitud hacia tareas relacionadas con maternidad.....	0.47
Disminución de rechazo de contacto social.....	0.43
Miedos acerca de la salud del hijo y sensación de cansancio y nerviosismo materno.....	0.39
Percepción negativa del proceso del parto.....	-0.37

## CENTROIDES:

GRUPO	FUNCION 1
1: Disminución de depresión	0.50190
2: Aumento de depresión	-0.45521

## RESULTADOS DE LA CLASIFICACION:

Grupo actual:	Nº de casos	Grupo predicho	
		1	2
1: Disminución de depresión	39	27 (69.2%)	12 (30.8%)
2: Aumento de depresión	43	14 (32.6%)	29 (67.4%)

Porcentaje de sujetos bien clasificados: 68.29%

mismo procedimiento que en la escala de Beck ya citado, utilizando en aquellos factores cuya estructura de segundo orden difería en función de la situación, la estructura correspondiente al segundo término de la comparación (estructura factorial de la segunda fase en los grupos con variación en depresión en la segunda fase y estructura factorial correspondiente a la tercera fase en aquellas mujeres cuya puntuación es diferente en ésta fase con respecto a la primera y también en las diferencias con respecto a la fase segunda).

4.1. Análisis discriminante de los grupos cuya puntuación difiere en la fase de hospitalización con respecto al embarazo. *En el cuadro número 8 aparecen los resultados correspondientes al análisis discriminante de las mujeres del grupo experimental cuya puntuación en el cuestionario de Beck en la fase de hospitalización postparto es mayor o menor que la puntuación en la fase de embarazo. Se ha utilizado la puntuación total como criterio.*

Setenta y tres de las mujeres embarazadas obtienen puntuaciones más bajas en el cuestionario de Beck en la fase de hospitalización postparto con respecto a la puntuación en el embarazo, mientras que en 41 mujeres ha aumentado la sintomatología depresiva en la hospitalización postparto con respecto al embarazo, y en 13 mujeres no existe diferencia alguna en la puntuación en el cuestionario de Beck. (Se entiende incremento o decremento cuando la puntuación diferencial ha sido  $\pm 2$  puntos a nivel global).

*Seis son las variables que forman la función discriminante significativa ( $p = 0.0016$ ) y cuya inclusión resulta asimismo significativa estadísticamente. Los coeficientes de clasificación son un poco mayores para el grupo de incremento en depresión (73,2 %) que para el grupo que no parece deprimirse (64,4 %). En total poco más de dos terceras partes y tres cuartas partes de las mujeres que incrementaban sus puntuaciones en depresión después del parto (y en la fase de internamiento hospitalario), estarían caracterizadas por las siguientes notas de mayor a menor importancia: dar un papel relevante al varón en la gestación y crianza del hijo, presentar altas puntuaciones en la búsqueda de ocio y la indiferencia laboral, tener un escaso control externo, defender la idea de que la maternidad resulta un elemento importante en la consolidación de la familia, tener connotaciones negativas sobre el parto y presentar altas puntuaciones en el Cornell Medical Index de molestias somáticas.*

El mismo procedimiento descrito se ha aplicado al grupo de mujeres que no iban a ser madres ni lo habían sido en fechas recientes (grupo control), realizando un análisis discriminante entre el grupo de mujeres cuya puntuación en el cuestionario de Beck en su segunda cumplimentación ha aumentado con respecto a la primera y entre el grupo de mujeres en que esta puntuación ha disminuído. Los resultados del análisis discriminante se encuentran en el cuadro número 9.

De las 100 mujeres que integran el grupo control, 39 muestran niveles de depresión más bajos en la segunda entrevista que en la primera, mientras que 43

mujeres parecen mostrar un aumento de sintomatología depresiva en la segunda fase del estudio y dieciocho no muestran cambio alguno. Cinco de los predictores utilizados presentan cualidades psicométricas para formar una función discriminante significativa ( $p = 0,006$ ), que clasifica correctamente cerca del 70 % de las mujeres (68,29 %). Un primer acercamiento al retrato robot de la mujer que incrementa su puntuación en depresión al pasar por segunda vez la escala de Beck sin estar embarazada ni haber dado a luz sería el siguiente, en orden de mayor a menor importancia de las características reseñadas: decir que se afecta poco su rendimiento en situaciones estresantes, presentar pocas actitudes positivas ante tareas relacionadas con la maternidad, presentar rechazo de contacto social, no mostrar preocupaciones por el estado de salud de su posible hijo y mostrar una percepción negativa sobre el proceso del parto.

Un primer análisis comparativo de los resultados de los dos análisis discriminantes para ambos grupos de mujeres sobre los cambios en depresión entre la primera y la segunda fase, arroja los siguientes resultados: (a) Los factores que muestran poder discriminante son distintos, lo que permite pensar que los incrementos en depresión poseen distintos determinantes corresponsables y/o correlatos en ambos casos; (b) existe un mayor número de mujeres cuya tasa de depresión disminuye en la fase de hospitalización postparto, con respecto a la fase de embarazo en el grupo de mujeres que han sido madres que en las mujeres del grupo control, (el 57.48% de las mujeres que han sido madres frente al 39% del grupo control), existiendo un 10.24% de mujeres del grupo experimental que no han experimentado ningún cambio en la tasa de depresión, mientras que el 32.28% ha aumentado la sintomatología depresiva, siendo estos valores del 18% de mujeres cuya puntuación no varía y el 43% de mujeres del grupo cuya puntuación es mayor en la segunda fase con respecto a la primera para el grupo control; (c) tanto en el caso de las mujeres que están en proceso de ser madre, como las que no lo están, aparece una discriminación en un porcentaje bastante elevado entre los grupos cuya sintomatología depresiva aumenta y disminuye; (d) estos resultados sugieren que más que "depresión post-parto" debería de hablarse de cambios en humor depresivo en un segundo pase de pruebas con relación a la primera y que los codeterminantes de estos cambios son distintos para mujeres en fase gestacional y para mujeres no gestantes en la primera cumplimentación de la escala de Beck. Alternativamente, podría interpretarse parte de esta fluctuación de resultados apelando al error de medida de la escala de Beck dado que los porcentajes de clasificación son similares en ambos grupos y ello explicaría a su vez que los determinantes en ambos casos sean tan distintos. Todo esto, sin embargo, aunque limitaría el poder diferencial de las diferencias registradas no explicaría todas las obtenidas ni el porcentaje relativamente alto de clasificaciones correctas alcanzadas en ambos grupos.

En todo caso, estos resultados sugieren que un buen número de mujeres en



el período de hospitalización post-parto, muestran disminución del nivel depresivo, disminución que no puede ser atribuida exclusivamente al simple paso del tiempo o a la repetición de la prueba, sino que más bien parece corresponder a la satisfacción promovida por haber sido madres en un intervalo entre 24 y 48 horas. En cuanto a los factores concomitantes de depresión en la mujer que acaba de ser madre, el más relevante es el papel atribuido al varón en la situación de embarazo y parto (papel que posiblemente esté reflejando la percepción ideal del varón participante y de sostén en el fenómeno de la maternidad por parte de la mujer que se convierte en madre) y factores relacionados con aspectos valorativos del trabajo, maternidad y molestias somáticas

4.2. Análisis discriminante de los grupos cuya puntuación en el cuestionario de Beck difiere en la fase de seguimiento con respecto al embarazo. *En el cuadro número 10 se encuentran los resultados del análisis discriminante entre los grupos cuya puntuación en el cuestionario de Beck aumenta, y entre los que disminuye en la fase de seguimiento (hijo que ya tiene tres meses de edad) con respecto al embarazo, para las mujeres del grupo experimental.*

Setenta y seis de las 127 mujeres que integran el grupo experimental presentan una disminución de la tasa de depresión tres meses después del nacimiento de su hijo con respecto a la fase en que estaban embarazadas, 38 presentan aumento, y 13 no muestran ninguna diferencia.

El análisis ha arrojado una función discriminante significativa ( $p = 0.001$ ) definida por ocho variables. La función parece diferenciar un poco mejor a las mujeres con aumento en depresión en el período de seguimiento (71,1 % de adscripciones correctas) que al grupo que disminuye en las puntuaciones en depresión (67,1 % de clasificaciones correctas). Los resultados de esta función sugieren el siguiente retrato-robot de la mujer madre de un bebé de tres meses y que incrementa su depresión con relación a la que presentaba durante su embarazo (el orden de presentación de las características se corresponde con el orden de importancia-peso diferencial): cree que la maternidad no es un instinto (natural), percibe gran sobrecarga en el cuidado del hijo, no separa claramente entre mundo privado y mundo laboral, cree que su compañero colabora poco en las tareas de crianza del nuevo hijo, tiene una reacción de inhibición ante las situaciones de estrés, busca menos el contacto social que la mujer que disminuye puntuaciones en depresión, cree que la maternidad es un elemento importante en la consolidación de la familia y elimina las connotaciones positivas que posee el parto y nacimiento del nuevo hijo. Posee, en suma, un conglomerado de variables que podrían subsumirse en un cierto cansancio y desencanto con la maternidad y las labores día a día, que ella lleva consigo en nuestra sociedad occidental.

Aparecen una serie de factores concomitantes con el incremento de las puntuaciones de depresión que son comunes en las dos situaciones post-parto estudiadas. Son los referidos a la percepción de un menor volumen de connotacio-

CUADRO NUMERO 10. ANALISIS DISCRIMINANTE PASO A PASO CON PUNTUACIONES DIFERENCIALES EN EL CUESTIONARIO DE BECK ENTRE LAS FASES DE EMBARAZO Y SEGUIMIENTO PARA EL GRUPO EXPERIMENTAL. (N=127)

Paso	Variables incluidas	Lambda Wilks	p
1	Concepción instintiva de la maternidad.....	0.9371	0.0071
2	Percepción de sobrecarga en el cuidado del hijo.....	0.9065	0.0043
3	Indiferencia laboral y separación entre mundo privado y laboral	0.8828	0.0032
4	Percepción del varón como poco colaborador en la crianza del recién nacido y como inseguro ante el recién nacido y la situación de parto.....	0.8579	0.0021
5	Anxiedad inhibidora del rendimiento.....	0.8414	0.0020
6	Disminución de la búsqueda de contacto social.....	0.8176	0.0012
7	Maternidad como elemento positivo en la consolidación de la familia y negativo en la profesionalidad de la mujer.....	0.8055	0.0014
8	Connotaciones positivas del parto y nacimiento del hijo.....	0.7842	0.0010

  

FUNCION DISCRIMINANTE:							
Función discriminante	Valor propio	% de varianza	Correlación canónica	Función derivada	Lambda Wilks	grados de libertad	p
1	0.27515	100.0	0.4645	0	0.7842	26.251	8 0.0010

CONTINUACION CUADRO NUMERO 10

COEFICIENTES TIPIFICADOS DE FUNCION DISCRIMINANTE:

VARIABLE	FUNCION 1
Concepción instintiva de la maternidad.....	-0.65
Percepción de sobrecarga en el cuidado del hijo.....	0.46
Indiferencia laboral y separación entre mundo privado y laboral	-0.53
Percepción del varón como poco colaborador en la crianza del recién nacido y como inseguro ante el recién nacido y la situación de parto.....	0.37
Ansiedad inhibidora del rendimiento.....	0.41
Disminución de la búsqueda de contacto social.....	0.38
Maternidad como elemento positivo en la consolidación de la familia y negativo en la profesionalidad de la mujer.....	0.41
Connotaciones positivas del parto y nacimiento del hijo.....	-0.38

CENTROIDES:	GRUPO	FUNCION 1
	1: Disminución de depresión	-0.36764
	2: Aumento de depresión	0.73529

RESULTADOS DE LA CLASIFICACION:	Nº	Grupo predicho	
Grupo actual:	de casos	1	2
1: Disminución de depresión	76	51 (67.1%)	25 (32.9%)
2: Aumento de depresión	38	11 (28.9%)	27 (71.1%)

Porcentaje de sujetos bien clasificados: 68.42%

nes positivas del parto y nacimiento del hijo y una mayor valoración de la maternidad como elemento positivo en la consolidación familiar. Otro factor que muestra poder discriminativo es el de indiferencia laboral, pero su sentido es el opuesto en cada una de las situaciones (facilitando la depresión en el post-parto e inhibiéndola a los tres meses de él).

**En cuanto a los resultados obtenidos entre los grupos de mujeres cuya puntuación en depresión aumenta o disminuye entre la primera y tercera fase y que pertenecen al grupo control, se encuentran en el cuadro 11.**

Cuarenta y nueve de las 100 mujeres que forman el grupo control han experimentado tasas de depresión más bajas entre la primera y tercera evaluación, 33 tienen tasas más elevadas y 18 no han variado en el intervalo temporal entre 4 y siete meses y medio que separa ambas fases de estudio.

Seis son las variables que participan en la definición de la función discriminante aislada ( $p = 0.11$ ) que es, tan solo marginalmente significativa. De acuerdo con todo esto, el nivel de significación estadístico de las variables resulta, asimismo, marginal, lo que repercute en un menor porcentaje medio de clasificaciones correctas (65,85 %). Con estas precauciones, tentativamente definiríamos a la mujer que incrementa sus puntuaciones en depresión en el tercer pase de pruebas (con relación a la primera vez), que no ha estado ni está embarazada durante ese período y frente a la que disminuye estas puntuaciones, en orden de mayor a menor importancia con las siguientes características: más rechazo olfativo-gustativo y sudoración, menor percepción de sobrecarga en el cuidado del hijo, menor valoración de las tareas relacionadas con maternidad, menor locus de control interno (se siente menos responsable internamente), cree firmemente que la maternidad resulta positiva para la consolidación de la familia y negativa para la vida profesional de la mujer y, finalmente, presenta puntuaciones bajas en ambición.

De todas las variables con valor discriminativo, dos son las mismas que en el caso de las mujeres del grupo experimental: percepción de sobrecarga en el cuidado del hijo (que desempeña papeles opuestos en ambas situaciones, covariando en una situación con el aumento y en la otra con la disminución de depresión), y la consideración de la maternidad como elemento positivo en la consolidación de la familia y negativo en la profesionalidad de la mujer.

En cuanto a los factores discriminativos comunes con respecto a las diferencias entre la primera y segunda fase, únicamente el factor de actitud ante las tareas relacionadas con la maternidad aparece en ambas funciones discriminantes.

**4.3 Análisis discriminante de los grupos cuya puntuación en el cuestionario de Beck difiere en la fase de seguimiento con respecto a la hospitalización post-parto. El último grupo de análisis discriminantes ha sido el realizado entre los grupos cuyo nivel de depresión ha aumentado o disminuido a los tres meses de la hospitalización post-parto con respecto a ésta.**

CUADRO NUMERO 11. ANALISIS DISCRIMINANTE PASO A PASO CON PUNTUACIONES DIFERENCIALES EN EL CUESTIONARIO DE BECK ENTRE LAS FASES DE EMBARAZO Y SEGUIMIENTO PARA EL GRUPO CONTROL. (N=100)

Paso	Variables incluidas	Lambda Wilks	P
1	Rechazo olfato-gustativo y sudoración.....	0.9719	0.1324
2	Percepción de sobrecarga en el cuidado del hijo.....	0.9533	0.1511
3	Actitud ante tareas relacionadas con maternidad.....	0.9357	0.1566
4	Locus de control interno.....	0.9205	0.1673
5	Maternidad como elemento positivo en la consolidación de la familia y negativo en la profesionalidad de la mujer.....	0.9028	0.1606
6	Factor de motivación positiva.....	0.8765	0.1187

  

FUNCION DISCRIMINANTE:						
Función discriminante	Valor propio	% de varianza	Correlación canónica	Función derivada	Lambda Wilks	grados de libertad
1	0.14091	100.0	0.35414	0	0.8765	6
					10.151	0.1184

## CONTINUACION CUADRO NUMERO 11

## COEFICIENTES TIPIFICADOS DE FUNCION DISCRIMINANTE:

VARIABLE	FUNCION 1
Rechazo olfato-gustativo y sudoración.....	-0.65
Percepción de sobrecarga en el cuidado del hijo.....	0.50
Actitud ante tareas relacionadas con maternidad.....	0.91
Locus de control interno.....	0.35
Maternidad como elemento positivo en la consolidación de la familia y negativo en la profesionalidad de la mujer.....	-0.81
Factor de motivación positiva.....	0.55

## CENTROIDES:

GRUPO	FUNCION 1
1: Disminución de depresión	0.30428
2: Aumento de depresión	-0.45181

## RESULTADOS DE LA CLASIFICACION:

Grupo actual:	Nº de casos	Grupo predicho	
		1	2
1: Disminución de depresión	49	33 (67.3%)	16 (32.7%)
2: Aumento de depresión	33	12 (36.4%)	21 (63.6%)

Porcentaje de sujetos bien clasificados: 65.85%

En el cuadro número 12 aparecen los datos del análisis discriminante correspondiente al grupo experimental.

En 55 de las 127 mujeres la tasa de depresión a los tres meses tras el parto con respecto a la hospitalización post-parto disminuye, mientras que son 59 las que presentan una mayor tasa de depresión, y 13 no muestran cambios.

Se ha aislado una función discriminante significativa ( $p = 0,01$ ) que se encuentra definida por nueve variables con aportaciones estadísticamente relevantes. Esta función clasifica correctamente al 70,18 % de las mujeres, y con una variación nada relevante en cuanto a capacidad de adscripción para cada grupo criterio (de incremento o de decremento de las puntuaciones en depresión).

Las mujeres cuyo nivel de depresión aumenta frente a aquellas otras cuya puntuación en depresión disminuye, declaran mayor percepción de control externo, menos miedos acerca de la salud del hijo, valoran en mayor medida la maternidad como elemento positivo en la consolidación de la familia y negativo en la profesión de la mujer fuera de casa, muestran más búsqueda de contacto social, perciben al varón como menos colaborador y más inseguro en la crianza del recién nacido y la situación de parto, presentan menor indiferencia laboral y menor separación entre mundo privado y laboral, valoran la maternidad como más independiente de la actividad social, de pareja y salud de la mujer, muestran mayor reacción positiva ante situaciones de estrés y mayor percepción de sobrecarga en el cuidado del hijo.

En esta comparación, el factor de control externo parece ser el que tiene mayor poder discriminativo, el cual también mostraba poder diferencial entre las fases de embarazo y hospitalización, al igual que sucede con el factor de indiferencia laboral y separación entre mundo privado y laboral, pero presentan ambos factores asociaciones opuestas en cada situación.

Son cuatro los factores que aparecen como concomitantes de depresión entre las fases de embarazo y seguimiento, los que también lo son en esta ocasión, si bien el poder discriminativo es diferente. En ambas situaciones, el aumento de depresión se asocia a una mayor valoración de la maternidad como elemento positivo en la consolidación de la familia y negativo en la profesión de la mujer, percepción del varón como poco colaborador en la crianza del recién nacido y como inseguro ante el recién nacido y la situación de parto, mayor percepción de sobrecarga en el cuidado del hijo, y menor indiferencia laboral y separación entre mundo privado y laboral.

En cuanto a los resultados del análisis discriminante entre las mujeres del grupo control cuya puntuación en depresión aumenta o disminuye entre la segunda y tercera fase, aparecen en el cuadro número 13.

De las 100 mujeres que integran el grupo control, 52 presentaron una tasa de depresión menor entre la tercera y segunda ocasión en que cumplieron la escala de Beck, mientras que 30 presentaron puntuaciones más altas en la última ocasión y 18 no presentaron cambios.

CUADRO NUMERO 12. ANALISIS DISCRIMINANTE PASO A PASO CON PUNTUACIONES DIFERENCIALES EN EL CUESTIONARIO DE BECK ENTRE LAS FASES DE SEGUIMIENTO Y HOSPITALIZACION PARA EL GRUPO EXPERIMENTAL. (N=127)

Paso	Variables incluidas	lambda Wilks	P
1	Locus de control externo.....	0.9518	0.0190
2	Miedos acerca de la salud del hijo.....	0.9242	0.0126
3	Maternidad como elemento positivo en la consolidación de la familia y negativo en la profesionalidad de la mujer.....	0.9019	0.0097
4	Disminución de la búsqueda de contacto social.....	0.8881	0.0110
5	Percepción del varón como poco colaborador en la crianza del recién nacido y como inseguro ante el recién nacido y la situación de parto.....	0.8745	0.0118
6	Indiferencia laboral y separación entre mundo privado y laboral	0.8557	0.0094
7	Independencia entre maternidad y actividad social de pareja y salud de la mujer.....	0.8451	0.0109
8	Ansiedad facilitadora del rendimiento.....	0.8353	0.0127
9	Percepción de sobrecarga en el cuidado del hijo.....	0.8252	0.0143

  

FUNCION DISCRIMINANTE:								
Función discriminante	Valor propio	% de varianza	Correlación canónica	Función derivada	lambda Wilks	chi <sup>2</sup>	grados de libertad	P
1	0.21188	100.0	0.4181	0	0.8252	20.658	9	0.0143



CONTINUACION CUADRO NUMERO 12

COEFICIENTES TIPIFICADOS DE FUNCION DISCRIMINANTE:

VARIABLE	FUNCION 1
Locus de control externo.....	0.97
Miedos acerca de la salud del hijo.....	-0.69
Maternidad como elemento positivo en la consolidación de la familia y negativo en la profesionalidad de la mujer.....	0.37
Disminución de la búsqueda de contacto social.....	-0.33
Percepción del varón como poco colaborador en la crianza del recién nacido y como inseguro ante el recién nacido y la situación de parto.....	0.45
Indiferencia laboral y separación entre mundo privado y laboral	-0.36
Independencia entre maternidad y actividad social, de pareja y salud de la mujer.....	0.49
Ansiedad facilitadora del rendimiento.....	0.31
Percepción de sobrecarga en el cuidado del hijo.....	0.30

CENTROIDES: GRUPO FUNCION 1

- 1: Disminución de depresión -0.47255
- 2: Aumento de depresión 0.44051

RESULTADOS DE LA CLASIFICACION: N<sup>o</sup> Grupo predicho

Grupo actual:	de casos	1	2
1: Disminución de depresión	55	38 (69.1%)	17 (30.9%)
2: Aumento de depresión	59	17 (28.8%)	42 (71.2%)

Porcentaje de sujetos bien clasificados: 70.18%

CUADRO NUMERO 13. ANALISIS DISCRIMINANTE PASO A PASO CON PUNTUACIONES DIFERENCIALES EN EL CUESTIONARIO DE BECK ENTRE LAS FASES DE SEGUIMIENTO Y HOSPITALIZACION PARA EL GRUPO CONTROL. (N=100)

Paso	Variables incluidas	Lambda Wilks	p				
1	Percepción del varón como poco colaborador en la crianza del recién nacido y como inseguro ante el recién nacido y la situación de parto.....	0.9379	0.0240				
2	Sintomatología difusa.....	0.9081	0.0222				
3	Locus de control externo.....	0.8794	0.0178				
4	Expectativas futuras.....	0.8613	0.0202				
5	Maternidad como elemento positivo en la consolidación de la familia y negativo en la profesionalidad de la mujer.....	0.8745	0.0118				
6	Disminución de rechazo de contacto social.....	0.8182	0.0171				
7	Factor de motivación positiva.....	0.7947	0.0141				
8	Ansiedad inhibidora del rendimiento.....	0.7799	0.0156				
-----							
FUNCION DISCRIMINANTE:							
Función discriminante	Valor propio	% de varianza	Correlación canónica	Función derivada	lambda Wilks	grados de libertad	p
1	0.28207	100.0	0.4690	0	0.7799	18.884	8 0.0155
-----							

CONTINUACION CUADRO NUMERO 13.

COEFICIENTES TIPIFICADOS DE FUNCION DISCRIMINANTE:

VARIABLE	FUNCION 1
Percepción del varón como poco colaborador en la crianza del recién nacido y como inseguro ante el recién nacido y la situación de parto.....	-0.54
Sintomatología difusa.....	0.57
Locus de control externo.....	-0.38
Expectativas futuras.....	0.63
Maternidad como elemento positivo en la consolidación de la familia y negativo en la profesionalidad de la mujer.....	0.65
Disminución de rechazo de contacto social.....	0.40
Factor de motivación positiva.....	-0.39
Ansiedad inhibidora del rendimiento.....	-0.35

CENTROIDES:

GRUPO	FUNCION 1
1: Disminución de depresión	-0.39845
2: Aumento de depresión	0.69065

RESULTADOS DE LA CLASIFICACION:

Grupo actual:	Nº de casos	Grupo predicho	
		1	2
1: Disminución de depresión	52	34 (65.4%)	18 (34.6%)
2: Aumento de depresión	30	7 (23.3%)	23 (76.7%)

Porcentaje de sujetos bien clasificados: 69.51%.

Ocho variables definen la función discriminante significativa ( $p = 0.01$ ) que clasifica correctamente al 69,51 % de mujeres a su respectivo grupo, con una mejor clasificación de las que incrementan su puntuación en depresión (76,7 %).

El patrón discriminativo en depresión en esta fase presenta características propias, siendo la primera vez en el caso del grupo control en que aparece un factor que alude directamente al papel del varón dentro del proceso de la maternidad, siendo ésta la variable más potente, a la que le sigue sintomatología física difusa, locus de control externo y expectativas futuras, mientras que los 4 factores cuyo poder discriminativo es menor, aparecen como discriminativos de depresión en las dos comparaciones realizadas y comentadas anteriormente para el grupo control.

Las mujeres cuyo nivel depresivo aumenta, perciben al varón como más colaborador en la crianza del recién nacido y menos inseguro ante éste y la situación de parto, manifiestan mayor nivel de sintomatología difusa, menor percepción de control externo, más expectativas de cambio como consecuencia del nacimiento de un hijo, mayor valoración de la maternidad como positiva en la consolidación de la familia y negativa en la profesión de la mujer, menos rechazo de contacto social, menos motivación positiva y menos ansiedad inhibitoria del rendimiento.

En cuanto a la comparación con los resultados del grupo experimental, son las mujeres de aquel grupo, las que presentan mayor porcentaje de mujeres cuyo nivel depresivo aumenta entre la tercera y segunda fase.

Los concomitantes asociados a cambios en depresión en ambos grupos presenta algunas similitudes, mostrando un número bastante aproximado de variables en cada función discriminante (9 en el grupo experimental y 8 en el control), estando formada ambas por 3 factores comunes (maternidad como elemento positivo en la consolidación de la familia y negativo en la profesionalidad de la mujer, percepción del varón como poco colaborador en la crianza del recién nacido y como inseguro ante el recién nacido y la situación de parto y control externo, mostrando estos dos últimos asociaciones opuestas en ambas situaciones).

## DISCUSION

Los resultados presentados, muestran escasa evidencia empírica de la existencia de una depresión específica como síndrome asociado al post-parto. En las comparaciones efectuadas del nivel depresivo entre el grupo de mujeres en período de hospitalización post-parto, y las mujeres del grupo control (las cuales no están en situación de embarazo ni han sido madres en, al menos, 6 meses antes), las mujeres hospitalizadas tras el parto muestran más síntomas de incapacidad laboral, alteraciones del sueño, fatigabilidad y pérdida de apetito. Al

Interpretar estos datos, hay que tener en cuenta que la mujer está hospitalizada, el parto ha tenido lugar entre 24 y 48 horas antes, y además debe atender a su hijo recién nacido, situación que parece justificar ampliamente la situación física presentada por la mujer. En las comparaciones entre ambos grupos en sintomatología más relacionada con humor depresivo, son las mujeres en situación de post-parto inmediato las que declaran menos sintomatología depresiva, siendo el nivel de significación de estas diferencias de 0.027. En las comparaciones realizadas entre ambos grupos a los tres meses tras el parto, tampoco se dan diferencias significativas en nivel depresivo.

Nosotros hemos encontrado la existencia de más síntomas depresivos tales como llanto, incapacidad laboral, alteraciones del sueño, fatigabilidad y disminución de la libido en mujeres en el segundo y tercer trimestre de gestación, con respecto al grupo control ya citado de mujeres no gestantes ni en período de post-parto. Respecto a la comparación de sintomatología depresiva más relacionada con humor depresivo, no se dan diferencias significativas entre ambos grupos.

Cuando comparamos el nivel depresivo manifestado por los dos grupos de mujeres entre las tres situaciones estudiadas, los resultados también van en la dirección citada. En las comparaciones entre la primera y segunda realización de la prueba, encontramos una disminución de puntuaciones en el humor depresivo en ambos grupos. Este efecto de disminución de las puntuaciones en la escala de evaluación de depresión elaborada por Beck, como consecuencia de la repetición de la prueba, ha sido citada por otros autores (Oliver y Burkham, 1979; Hammen, 1980).

Un fenómeno diferente aparece cuando se comparan las puntuaciones entre la tercera y primera realización de la prueba: las mujeres del grupo control no muestran diferencias significativas, mientras que las mujeres del grupo experimental muestran menor nivel depresivo cuando su hijo tiene tres meses que durante el embarazo. En cuanto a las comparaciones entre las puntuaciones entre la segunda y tercera cumplimentación de las pruebas, no se dan diferencias significativas en ninguno de los grupos.

Si evaluamos los cambios en nivel depresivo de cada mujer entre las diferentes fases, encontramos que los cambios en nivel depresivo son ligeramente más frecuentes en las mujeres que están en situación de gestación y post-parto (el 89.7% del grupo experimental frente al 82% del grupo control), aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa. En cuanto a las comparaciones entre las diversas situaciones, en la comparación entre el puerperio tanto inmediato como tardío y la situación de embarazo, la mayor parte de las mujeres presentan disminución del nivel depresivo en el puerperio, siendo el porcentaje de disminución entre las fases paralelas menor en las mujeres del grupo control. El fenómeno opuesto se da cuando comparamos los niveles depresivos entre las dos fases en que el niño ha nacido: es ligeramente mayor el porcentaje de mujeres que

**muestra aumento del nivel depresivo a los tres meses tras el parto con respecto al puerperio inmediato, mientras que en las comparaciones entre estas dos fases en las mujeres del grupo control, es mayor el porcentaje de mujeres que muestran disminución en el nivel depresivo.**

Parece existir evidencia de la existencia de un menor nivel depresivo tras el nacimiento del hijo en comparación con el embarazo, efecto que parece estar asociado de forma específica a las diferentes situaciones (gestante-post-parto) por las que pasa la mujer al ser madre.

Estos resultados coinciden con los encontrados por varios autores (O'hara y cols., 1982, 1984; Atkinson y rickel, 1985; Ballinger, 1982; Davidson, 1972; Handley y cols., 1980; Jarrahi-zadeh y cols., 1969), los cuales encontraron menor nivel depresivo y/o menor incidencia de depresión tras el parto respecto al embarazo.

**Respecto a los concomitantes asociados con el aumento del nivel depresivo tras el parto, únicamente parece ser común a las dos situaciones post-parto estudiadas, la menor percepción de connotaciones positivas asociadas al parto y nacimiento del hijo, así como la atribución de mayor papel a la maternidad en la consolidación de la familia, factor éste último cuya estructura es diferente en la fase de hospitalización que en la de seguimiento, lo cual limita el valor de las comparaciones. Otro aspecto que hay que tener en cuenta, es su valor discriminativo, siendo estos dos factores los que parecen ocupar los últimos puestos en el orden de variables incluídas en la función discriminante. Estos datos sugieren que el aumento de depresión tras el parto es un fenómeno situacional, en el que las variables más relevantes son distintas en función de la situación.**

Parece existir mayor patrón común entre el aumento de depresión a los tres meses tras el parto y el resto de las situaciones estudiadas (embarazo y hospitalización post-parto), si bién la variable más discriminativa y el valor discriminativo de cada una de ellas es diferente en cada situación, siendo concomitantes de depresión en ambos casos la percepción de indiferencia laboral y separación entre mundo privado y laboral, percepción del varón como poco colaborador en la crianza del recién nacido e inseguro ante el recién nacido y situación de parto, valoración de la maternidad como elemento positivo en la consolidación de la familia y negativo en la vida profesional de la mujer y la percepción de sobrecarga en el cuidado del hijo. Estos resultados sugieren que existe probabilidad de que aumente el nivel depresivo, en aquellas mujeres en situación de crianza de un hijo de tres meses, que perciben la maternidad como positiva en la consolidación de la familia y negativa en la profesión, muestran interés hacia el mundo laboral, el cual perciben asociado con el mundo privado, perciben sobrecarga en la crianza del hijo, y perciben a su cónyugue poco colaborador en la crianza e inseguro ante el recién nacido, las cuales se unen a otras percepciones en función de la situación respecto a la que se compara el nivel depresivo (embarazo u hospitalización post-parto).

Parece existir una serie de variables que reflejan unas cuestiones comunes, y que discriminan en todos cambios en depresión asociados al proceso de ser madre, tanto en el puerperio con respecto al embarazo, como entre el post-parto inmediato y a los tres meses tras él: son las relativas al papel atribuido al varón durante la gestación, parto y crianza del hijo, la valoración de la maternidad en la consolidación de la familia y el factor de indiferencia laboral y separación entre mundo privado y laboral, si bien se configuran y conjugan con otras variables de forma diferente en virtud de la situación.

En cuanto a la existencia de variables que discriminen entre el aumento y disminución de depresión en las mujeres del grupo control, no existe ninguna variable común a las tres situaciones estudiadas, resultados que sugieren la existencia de una cierta especificidad en el patrón depresivo asociado a la gestación y primeros meses de la crianza del hijo.

Los resultados de este estudio, no muestran evidencia de que exista mayor riesgo de depresión en el período puerperal ni de la existencia de percepciones comunes relevantes en la discriminación del aumento de depresión tras el parto.

La inclusión de un grupo equiparable de control nos ha permitido detectar fluctuaciones en la escala de depresión de Beck, tanto en mujeres gestantes y madres como en no gestantes. El estudio un tanto más pormenorizado de las comparaciones intergrupo en los tres pases de pruebas, así como de los análisis discriminantes realizados nos ha permitido aislar una serie de determinantes del aumento en depresión en ambos grupos. Si bien los determinantes son distintos en ambos grupos (experimental y control), todos ellos poseen la característica común de ser de índole psicosocial y personal, lo que sugiere que el parto, por sí mismo, no promueve ni provoca un estado depresivo generalizado, que cuando se da incremento en depresión, ésta se debe a unas variables concretas y que, posiblemente, es más importante la situación de estrés en los primeros meses que la que se refiere al parto como tal. Aunque de alcance restringido y siendo un fenómeno limitado, los resultados aquí presentados llaman a la concienciación de generar y aplicar unas intervenciones psicológicas de apoyo que se deben focalizar en aquellos factores que hemos aislado y que identifican al grupo de madres con incremento en depresión después del parto y a los tres meses del nacimiento del hijo. Desde aquí cabe pensar que los distintos programas de preparación para el parto deberían incorporar estrategias de cambio sobre estas variables y, por otro lado, que estos programas deberían alargarse hasta los tres-cuatro primeros meses del nacimiento del nuevo hijo. O, alternativamente, que dentro de la "educación maternal" deberían incorporarse aspectos psicológicos y de cambio actitudinal. Finalmente, habría que decir que, complementariamente, debería ofrecerse un programa en paralelo de ayuda en la formación de los varones cuyas parejas se encuentran en fase de gestación con el fin de que entendieran mejor el estado psicológico de las futuras madres y ofrecieran un

apoyo eficaz encaminado a aliviar el estrés aparejado con el post-parto y los primeros meses de crianza del nuevo hijo.

## BIBLIOGRAFIA

ATKINSON, A. K. y RICKEL, A. U. (1984).- Postpartum depression in primiparous parents. *J. of Abnormal Psychology*, 93, 115-119.

BAKER, A. A. (1962).- Psychiatric disorders. En C. BARNES, (ed.).- Medical disorders in obstetric Practice, Oxford: Blackwell Scientific Publications.

BAKER, M., DORZAB, J., WINOKUR, G y CADORET, R. (1971).- Depressive disease: The effect of the postpartum state. *Biological Psychiatry*, 3, 357-365.

BALLINGER, B., BUCKLEY, D. E., NAYLOR, G. H. y STANSFIELD, D. A. (1979).- Emotional disturbance following childbirth: Clinical findings and urinary excretion of cyclic AMP. *Psychological Medicine*, 9, 293-300.

BALLINGER, C. B. (1982).- Emotional disturbance during pregnancy and following delivery. *J. of Psychosomatic Research*, 26, 629-634.

BECK, A. T., WARD, C. H., MENDELSON, M., MOCK, J. y ERBAUGH, J. (1961).- An Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.

BORENSTEIN, P. y SORET, C. (1978).- Utilisation de la bromocriptine dans le traitement de la psychose puerpérale. *Ann. méd psychologique*, 136, 1049-1057.

BRIDGE, L. R., LITTLE, B. C., HAYWORTH, J., DEWHURST, J. y PRIEST, R. G. (1985).- Psychometric ante-natal predictors of post-natal depressed mood. *J. of Psychosomatic Research*, 29, 325-331.

BROCKINGTON, I. F., SCHOFIELD, E. M., DONNELLY, P. y HYDE, C. (1978).- A clinical study of post-partum psychosis. En M. SANDLER (Ed.).- Mental illness in pregnancy and the puerperium, Oxford, Oxford Medical Publications.

BUCHWALD, J. y UNTERMAN, R. (1982).- Precursors and predictors of postpartum depression: a retrospective study. *J. of Preventive psychiatry*, 1, 293-308.

CONDE, V., ESTEBAN, T., USEROS, E. (1976).- Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *R. de Psicología General y Aplicada*, 31, 469-497.

COX, J. L. (1978).- Some socio-cultural determinants of psychiatric morbidity associated with childbearing. En M. SANDLER, (ed.).- Mental illness in pregnancy and the puerperium, Oxford, Oxford Medical Publications.



COX, J. L., CONNOR, Y. y KENDELL, R. E. (1982).- **Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth.** *British J. of Psychiatry*, 140, 11-117.

COX, J. L., CONNOR, Y. M., HENDERSON, I., McGUIRE, R. J. y KENDELL, R. E. (1983).- **Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth by self report questionnaire.** *J. of affective disorders*, 5, 1-7.

CUTRONA, C. E. (1982).- **Nonsychotic postpartum depression: a review of recent research.** *Clin. Psychology Review*, 2, 487-503.

CUTRONA, C. E. (1983).- **Causal attributions and perinatal depression.** *J. of Abnormal Psychology*, 92, 161-172.

DALTON, k. (1971).- **Prospective study into puerperal depression.** *British J. Psychiatry*, 118, 689-692.

DAVIDSON, J. R. T. (1972).- **Post-partum mood change in jamaican women: a description and discussion of its significance.** *British J. Psychiatry*, 121, 659-663.

DAVIDSON, J. y ROBERTSON, E. (1985).- **A follow-up study of post partum illness, 1946-1978.** *Acta psichiatr. scand.*, 71, 451-457.

DEAN, C y KENDELL, R. E. (1981).- **The symptomatology of puerperal illnesses.** *Brithis J. Psychiatry*, 139, 128-133.

ELLIOT, S. A., RUGG, A. J., WATSON, J. P. y BROUGH, D. I. (1983).- **Mood changes during pregnancy and after the birth of a child.** *British J. of Clinical Psychology*, 22, 295-308.

FIELD, T., SANDBERG, D., GARCIA, R., VEGA-LAHR, N., GOLDS-TEIN, S. y GUY, L. (1985).- **Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother-infant interactions.** *Developmental Psychology*, 21, 1152-1156.

GARVEY, M. J., TUASON, V. B., LUMRY, A. E. y HOFFMANN, G. (1983).- **Ocurrence of depression in the postpartum state.** *J. of affective disorders*, 1983, 5, pp. 97-101.

GELDER, M. (1978).- **Hormones and post-partum depression.** En M. SANDLER (ed.)- **Mental illness in pregnancy and the puerperium**, Oxford: Oxford Medical Publications.

GEORGE, A. J. y WILSON, K. C. M. (1981).- **Monoamine oxidase activity and the puerperal blues syndrome.** *J. of Psychosomatic Research*, 25, 409-413.

HAMMEN, C. L. (1980).- **Depression in college students: Beyond the Beck Depression Inventory.** *J. of Consulting and Clin. Psychology*, 48, 126-128. HAN-  
DLEY, S. L., DUNN, T. L., BAKER, J. M., COCKSHOT, C y GOULD, S. (1977).- **Mood changes in puerperium, and plasma triptophan and cortisol concentrations.** *British Medical J.*, 2, 18-22.

HANDLEY, S. L., DUNN, T. L., WALDRON, G. y BAKER, J. M. (1980).- **Tryptophan, cortisol and puerperal mood.** *British J. Psychiatry*, 136, 498-508.

HARRIS, B. (1980).- **Prospective trial of L-tryptophan in Maternity Blues.** *British J. Psychiatry*, 137, 233-235.

HARRIS, B. (1981).- "Maternity Blues" in east african clinic attenders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 38, 1293-1295.

HAYWORTH, B. C., LITTLE, B. C., CARTER, S. B., RAPTOPOULOS, P., PRIEST, R. G. y SANDLER, M. (1980).- A predictive study of postpartum depression: some predisposing characteristics. *British J. of Medical Psychology*, 53, 171-167.

JARRAHI-ZADEH, A., KANE, F. J., VAN DE CASTLE, R. L., LACHENBRUCH, P.A. y EWING, A. (1969).- Emotional and cognitive changes in pregnancy and early puerperium. *British J. Psychiatry*, 115, 797-805.

KANE, F. J., HARMAN, W. J., KEELER, M. H. y EWING, J. A. (1968).- Emotional and cognitive disturbance in the early puerperium. *British J. Psychiatry*, 114, 99-102.

KENDELL, R. E. (1978).- Childbirth as an aetiological agent. En M. SANDLER (ed.)- *Mental illness in pregnancy and the puerperium*, Oxford, Oxford Medical Publications.

KENDELL, R.E., MCGUIRE, R.J., CONNOR, Y. y COX, J.L. (1981).- Mood changes in the first three weeks after childbirth. *J. of Affective Disorders*, 3, 317-326.

KENDELL, R. E. (1985).- Emotional and physical factors in the genesis of puerperal mental disorders. *J. of Psychosomatic Research*, 29, 3-11.

KUMAR, R. y ROBSON, K. (1978).- Neurotic disturbance during pregnancy and the puerperium: Preliminary report of a prospective survey of 119 primiparae. En M. SANDLER, (Ed.)- *Mental illness in pregnancy and the puerperium*, Oxford, Oxford Medical Publications.

KUMAR, R. y ROBSON, K. M. (1984).- A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British J. Psychiatry*, 144, 35-47.

LITTLE, B. C., HAYWORTH, J., CARTER, S. B., DEWHURST, J., RAPTOPOULOS, P., SANDLER, M. y PRIEST, R. (1981).- Personal and psychophysiological characteristics associated with puerperal mental state. *J. of Psychosomatic Research*, 25, 385-393.

LITTLE, B. C., HAYWORTH, J., BENSON, P., BRIDGE, L. R.; DEWHURST, J., y PRIEST, R. G. (1982).- Psychophysiological ante-natal predictors of post-natal depressed mood. *J. of Psychosomatic Research*, 26, 419-428.

MANLY, P. C., McMAHON, R. J., BRADLEY, C. F. y DAVIDSON, P. O. (1982).- Depressive attributional style and depression following childbirth. *J. of Abnormal Psychology*, 91, 245-254.

MATUD, M. P. (1988).- Depresión postparto: revisión y datos sobre su existencia y dinámica funcional. Tesis doctoral. Universidad de La Laguna.

MEARES, R., GRIMWADE, J. y WOOD, C. (1976).- A possible relationship between anxiety in pregnancy and puerperal depression. *J. of Psychosomatic Research*, 20, 605-610.

NOTT, P. N., FRANKLIN, M., ARMITAGE, C. y GELDER, M. G. (1976).- **Hormonal changes and mood in the puerperium.** *British J. of Psychiatry*, 128, 379-383.

OLIVER, J. M. y BURKHAM, R. (1979).- **Depression in university students: Duration, relation to calendar time, prevalence, and demographic correlates.** *J. Abn. Psychology*, 88, 667-670.

O'HARA, M. W., CAMPBELL, S. B. y REHM, L. P. (1982).- **Predicting depressive symptomatology: Cognitive-behavioral models and postpartum depression.** *J. of Abnormal Psychology*, 91, 457-461.

O'HARA, M. W., NEUNABER, D. J. y ZEKOSKI, E. M. (1984).- **Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course, and predictive factors.** *J. of Abnormal Psychology*, 93, 158-171.

OSTERMAN, E. (1963).- **Les états psychopathologiques du postpartum. La fréquence, le développement et le pronostic de ces états.** *L'Encephale*, 5, 385-420.

PAYKEL, E. S., EMMS, E. M., FLETCHER, J. y RASSABY, E. S. (1980).- **Life events and social support in puerperal depression.** *British J. Psychiatry*, 136, 339-346.

PELECHANO, V. (1975).- **El cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución.** *Fraser S.A.*

PELECHANO, V. (1980).- **Terapia familiar comunitaria.** Valencia, Alfaplús.

PELECHANO, V. (1981).- **Miedos infantiles y terapia familiar-natural.** Valencia, Alfaplús.

PELECHANO, V. (1981).- **El impacto psicológico de ser madre.** Valencia, Alfaplús.

PELECHANO, V. (1988).- **Ejes de referencia y una propuesta temática.** En E. IBAÑEZ y V. PELECHANO (Dirs).- *Personalidad*, Madrid, Alhambra.

PELECHANO, V. y BAGUENA, M. J. (1983).- **Un cuestionario de Locus de Control (Lucam).** *Anal. y modif. de Conducta*, 9, 5-46.

PITT, B. (1968).- **"Atypical" depression following childbirth.** *British J. of Psychiatry*, 114, 1325-1335.

PITT, B. (1973).- **Maternity Blues.** *British J. of Psychiatry*, 122, pp. 124-129.

PITT, B. (1975).- **Psychiatric illness during childbirth.** *British J. of Psychiatry*, 9, 409-415.

RANCUREL, G. y MARMIE, D. (1975).- **Psychoses puerpérales. Les accidents psychiatriques et les manifestations psychopathologiques de la gravido-puerpéralité.** *Enncycl. méd. chir., Paris, Psychiatrie*, 37660 A-10, 1-15.

ROBSON, K. M., BRANDT, H. A. y KUMAR, R. (1981).- **Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth.** *British J. of Obst. and Gyn.*, 88, 882-889.

ROLDAN, C. (1982).- **Una aproximación a la psicología de las parturientas.**

**Tesis de licenciatura. Mimeo, Universidad literaria de Valencia.**

ROLDAN, C. (1986).- Factores psicológicos comprometidos con la percepción del nacimiento: una aproximación al estudio de la maternidad a través de diversos grupos criterio. Tesis doctoral. Mimeo, Universidad literaria de Valencia.

ROLDAN, C. (1987).- Construcción de una batería de pruebas psicológicas referente a la evaluación de la percepción del fenómeno del nacimiento: estudios estructurales y de consistencia interna. *Anal. y modif. de Conducta*, 13, 177- 227.

ROLDAN, C. y BAGUENA, M. J. (1987).- Psicología diferencial en la maternidad: datos demográficos y obstétricos como criterios de modulación en dos grupos criterio. *Anal. y modif. de Conducta*, 13, 389- 441.

ROBSON, K. M. y KUMAR, R. (1980).- Delayed onset of maternal affection after childbirth. *British J. of Psychiatry*, 136, 347-353.

SANDLER, M. (1978).- Some biological correlates of mental illness in relation to childbirth En M. SANDLER, (Ed.) *Mental illness in pregnancy and the puerperium*, Oxford, Oxford Medical Publications.

SPITZER, R. L., ENDICOTT, J. y ROBINS, E. (1978).- Research Diagnostic criteria: Rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 36, 773-782.

STEIN, G., MILTON, F., BEBBINGTON, P., WOOD, k. y COPPEN, A. (1976).- Relationship between mood and free and total plasma tryptophan in postpartum women. *British Medical J.*, 2, 457.

STEVENS, B. C. (1971).- Psychoses associated with childbirth: A demographic survey since the development of community care. *Soc. Sci. and Med.*, 5, 527-543.

UDDENBERG, N. y NILSSON, L. (1975).- The longitudinal course of paranatal emotional disturbance. *Acta Psychiat. Scand.*, 52, 160-169.

UDDENBERG, N. y ENGLESON, I. (1978).- Prognosis of postpartum mental disturbance. A prospective study of primiparous women and their 4½-year-old children. *Acta Psichyat. Scand.*, 58, 201-212.

WHALLEY, L. J., ROBERTS, D. F., WENTZEL, J. y WRIGHT, A. F. (1982).- Genetic factors in puerperal affective psychoses. *Acta Psichiatr. Scand.*, 65, 180-193.

WELNER, A. (1982).- Childbirth-related psychiatric illness. *Comprehensive Psychiatry*, 1982, 23, pp. 143-154.

YALOM, I. D., LUNDE, D. T., MOOS, R.H. y HAMBURG, D. A. (1968).- "Postpartum Blues" syndrome: A description and related variables. *Archives of G. Psychiatry*, 18, 16-17.

ZAJICEK, E. y WOLKIND, S. (1978).- Emotional difficulties in married women during and after the first pregnancy. *British J. med. Psychol.*, 51, 379-385.

ZAJICEK, E. (1981).- Psychiatric Problems during Pregnancy. En WOLKIND y ZAJICEK (Ed.) *Pregnancy: A Psychological and Social Study*. Londres, Academic Press.