

Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia¹

Gladys Eugenia Canaval, Enf., MSc., Ph.D.², Marta Cecilia González, Enf., MSP.³, Lucy Martínez-Schallmoser, Enf., Ph.D.⁴, María Clara Tovar, Enf., MSP.², Celmira Valencia, Enf., Mag. Enf.²

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo determinar si las mujeres expresan sintomatología depresiva durante la etapa prenatal y postnatal; si la calidad de vida y el apoyo social se relacionan con la sintomatología depresiva en el postparto y establecer cuáles de las variables estudiadas son predictoras de la sintomatología depresiva en el postparto. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Escala de Apoyo Social, Índice de Calidad de Vida, Escala de Depresión y Cuestionario de Factores de Riesgo, aplicados en el embarazo; todos se repitieron en el postparto, excepto el cuestionario de factores de riesgo. La edad promedio de las mujeres de la muestra fue 26 años, tenían unión libre 54% de ellas y edad gestacional promedio de 21 semanas al primer control; 66% de las mujeres expresaron sintomatología depresiva en la etapa prenatal y el 57% en el postparto. Se realizó regresión múltiple con la variable dependiente sintomatología depresiva en el postparto y las variables medidas en el embarazo y en el postparto. Con las variables del embarazo, calidad de vida, tamaño de la red de apoyo, conflicto con la red de apoyo, necesidad de apoyo, satisfacción con el apoyo social y factores de riesgo, se obtuvo un $R^2 = .67$; esas mismas variables medidas en el postparto excepto la de factores de riesgo, explican 65% de la varianza de la sintomatología depresiva en el postparto. La discusión se centra en la relación de las variables medidas con la sintomatología depresiva y específicamente las que aportan a la varianza explicada en la regresión múltiple; se presentan las implicaciones para la práctica de medidas anticipatorias y de cuidado de enfermería a mujeres vulnerables de depresión. Se destaca la importancia del apoyo social y la calidad de vida; se recomienda tenerlos en cuenta en la atención a las mujeres, en especial a los profesionales de enfermería, a través de la aplicación del cuidado transdimensional.

Palabras claves: Depresión postparto. Mujeres. Calidad de vida. Apoyo social. Cuidado transdimensional.

En las próximas décadas se tendrán cambios significativos en las necesidades en salud en la población mundial; la carga de las enfermedades mentales, tal como la depresión, el alcoholismo y la esquizofrenia, ha sido seriamente desatendida por las aproximaciones tradicionales de los profesionales de la salud, quienes tienen en cuenta la mortalidad y no la discapacidad.

La depresión en las mujeres puede ser considerada como una respuesta psicológica y física compleja a las

demandas de la vida diaria de muchas mujeres; sin embargo, en muchas culturas se le da poca atención, los signos de depresión son vistos como normales, o como un tabú.

Los cambios en el contexto socio-cultural asociados con las migraciones, el urbanismo, la violencia, la pobreza y el abandono del cónyuge, ponen a las mujeres bajo estrés y al mismo tiempo destruyen las fuentes tradicionales de apoyo, lo cual se refleja en la calidad de vida de las mujeres.

El propósito de este artículo es profundizar en el conocimiento de la depresión postparto en mujeres colombianas, para obtener elementos que reorienten la atención en salud y la práctica de enfermería, en pro del bienestar de las mujeres y sus familias.

El objetivo general fue estudiar la relación del apoyo social y la calidad de vida en el embarazo y en el postparto con la sintomatología depresiva durante el período postnatal en mujeres residentes en comunas de estrato socioeconómico bajo en Cali, Colombia.

Los objetivos específicos fueron:

1. Determinar si las mujeres expresan sintomatología depresiva durante el período prenatal y en el

1. Esta investigación se realizó con el apoyo del Programa Minority International Research Training, de la Universidad de Illinois, Chicago, dirigido por la Dra. Beverly McElmurry.
2. Profesora Titular, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali. e-mail: glacanav@mafalda.univalle.edu.co
3. Profesora Asistente, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.
4. Profesora, Escuela de Enfermería, Universidad de Loyola, Chicago, EE.UU.

- postparto.
- Determinar si la calidad de vida y el apoyo social tanto en el embarazo como en el postparto se relacionan con la sintomatología depresiva postnatal.
 - Establecer cuáles de las variables estudiadas son predictoras de la sintomatología depresiva en el postparto.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Depresión postparto. Existen pocos estudios sobre depresión postparto en mujeres latinas; tampoco se ha llegado a un acuerdo con respecto a las causas y factores asociados con la depresión postparto. En este estudio se define depresión postparto como un estado de ánimo donde se presentan sentimientos de tristeza, llanto fácil, falta de esperanza, anorexia, inquietud, disturbios en el sueño y labilidad emocional^{1,2}, estado que empieza dentro de las 4 a 6 semanas después del parto, con una incidencia de 3% a 27%, que puede durar de un mes hasta más de un año^{3,4}. Se han sugerido muchas etiologías, especialmente la de los conflictos que se presentan al asumir el papel de madre, una personalidad inadecuada, episodios depresivos previos, y la caída dramática en los niveles hormonales^{5,6}.

Algunos estudios han señalado situaciones ambientales adversas para niños criados por madres deprimidas; estos estudios han mostrado que los hijos de madres deprimidas presentan resultados psicológicos y de comportamiento desfavorables, acompañado de bajo peso al nacer, quejas somáticas, accidentes, retardo en el crecimiento, depresión y dificultades en el aprendizaje^{7,8}.

Predictores de depresión postparto. En dos estudios con mujeres

no hispanas se encontró que la depresión antenatal es predictiva de depresión postparto^{9,10}. En una muestra de mujeres mexicanas en postparto¹¹ encontró que la depresión antenatal es predictiva de depresión postparto. Otros estudios hechos durante el período postparto, mostraron que las relaciones matrimoniales de mala calidad se relacionaron con una mayor incidencia de depresión postparto^{9,12}. Los factores culturales, el apoyo social y la calidad de vida pueden ser otras variables que se relacionan con la depresión postparto en mujeres colombianas.

Apoyo social. El apoyo social y los niveles de satisfacción con el cambio de vida fueron los predictores principales de depresión en madres primíparas durante los primeros seis meses postparto¹³. La literatura sobre apoyo social y depresión postparto muestra resultados diferentes con respecto al número de los confidentes sociales y su influencia en la depresión postparto¹⁴; el tamaño de la red de apoyo social también se ha relacionado con la depresión postparto¹⁴. Mujeres con depresión postparto informan contacto frecuente con miembros de su red de apoyo social, pero estos contactos son de baja calidad, sobre todo con el apoyo de sus esposos¹⁵.

En un estudio¹⁶ de 120 madres primíparas negras y puertorriqueñas, la depresión se relacionó negativamente con el apoyo social percibido. En una muestra con 66 mujeres méxico-americanas multíparas¹¹ se encontró que la insatisfacción con el apoyo antenatal, la necesidad de apoyo postparto y el tamaño de la red de apoyo en el postparto fueron predictores de depresión postparto.

Para el presente estudio el apoyo social es definido como las actividades dirigidas a asistir a otros en el

manejo de la tensión emocional, compartir las tareas, dar consejos, enseñar destrezas y dar apoyo material¹⁷.

Calidad de vida. Considerada como un concepto multidimensional¹⁸, definida como la percepción individual de bienestar que se origina de la satisfacción en áreas de la vida que son importantes para la persona^{19,20}; se utiliza como una aproximación al bienestar psicológico. Se ha mostrado que la calidad de vida se relaciona con la depresión postparto^{11,18,21}.

METODOLOGÍA

Es un estudio exploratorio y correlacional, se compararon y se relacionaron los resultados entre los períodos prenatal y postnatal. Los sitios para la búsqueda de las participantes fueron los consultorios de atención prenatal y de control postparto de los centros hospitalarios de Cañaveralejo, Primitivo Iglesias, el Hospital Carlos Carmona y el Centro de Salud de Siloé en Cali. Se tomó una muestra por conveniencia utilizando datos establecidos por Martínez-Schallmoser¹¹ y análisis de poder usando nQuery²². El tamaño de la muestra inicial fue de 60 mujeres escogidas entre las gestantes que asistían a control prenatal en los centros seleccionados y a quienes no se les había realizado la valoración de la sintomatología depresiva. Las mujeres que cumplieron con los requisitos de inclusión, que dieron su consentimiento escrito para participar, que completaron los cuestionarios y la entrevista entre las semanas 34 y 36 de gestación y entre las semanas postparto 4 y 6, se incluyeron en el estudio (la muestra final fue de 35 mujeres). Los criterios de inclusión fueron:

- Mujeres de origen hispano, blancas, mestizas, mulatas, o zambas.

2. Edad entre 20-39 años.
3. Casada o en unión libre.
4. Alfabeta.
5. Historia personal sin diabetes, sin enfermedad cardíaca, sin hipertensión, sin enfermedad renal, sin enfermedad del colágeno, sin tumor maligno, con citología vaginal normal, sin embarazo múltiple, y sin complicaciones médicas personales o del bebé.
6. Historia sin enfermedad mental previa y sin medicación antidepresiva.
7. Estado de salud sin signos de desnutrición severa o drogadicción.
8. Multípara.
9. Edad gestacional entre 34 y 36 semanas en el momento de la inclusión en el estudio y posibilidad de visita a las 4 y 6 semanas postparto para completar los datos.

Instrumentos. Se usó un formato con preguntas sobre la historia clínica para obtener los datos obstétricos y médicos de cada una de las participantes, los cuales se tomaron de los registros clínicos prenatales y postnatales; se aplicó sólo en el embarazo, el Cuestionario de Factores de Riesgo; la Escala de Depresión, la Escala de Apoyo Social y el Índice de Calidad de Vida se aplicaron tanto en el embarazo (34-36 semanas) como en el postparto (entre la 4 y 6 semana).

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) es un instrumento de 20 puntos, usado para evaluar sintomatología depresiva en la población general²³⁻²⁵, con una consistencia interna de 0.86 para la población general^{23,26} de 0.85 para mujeres y de 0.82 para hombres²⁷. Esta escala también ha sido usada con muestras de población hispanoamericana²⁴. Martínez-Schallmoser¹¹ informó coeficientes a

de 0.87 y de 0.88 para las aplicaciones de la escala en el período prenatal y postparto respectivamente con mujeres méxico-americanas.

Si bien, el diagnóstico clínico de depresión no se efectúa con la escala CES-D, las personas con puntaje de 16 ó más en esta escala, se consideran que exhiben síntomas actuales de depresión^{24,25}. Las mujeres con puntaje ≥ 16 se remitieron al Hospital Universitario del Valle (HUV) para confirmar o descartar el diagnóstico de depresión y para que se les proporcionara tratamiento médico si así lo necesitaban.

La Escala de Apoyo Social contiene 22 puntos²⁸. La validez de construcción se derivó del esquema conceptual de las funciones del apoyo social¹⁷. En la escala se pregunta sobre la necesidad de apoyo, la satisfacción con el apoyo recibido y la red de miembros quienes en el último mes dieron asistencia en las funciones de apoyo, como relaciones de confianza, ayuda material, consejo sobre el estado de embarazo y postparto, realimentación positiva, asistencia física en los quehaceres del hogar, participación social y ayuda con el cuidado del bebé.

Las participantes clasificaron cada una de las preguntas sobre las funciones en términos de la satisfacción con el apoyo recibido, y la necesidad de apoyo para cada función; también se preguntó la lista de los miembros de la red con quien las participantes esperaban tener desacuerdos. La red de apoyo consiste en el número total de fuentes usadas al menos una vez a través de cada una de las funciones de apoyo.

El Índice de Calidad de Vida (Quality of Life Index, QLI)¹⁹ es construido con cuatro subescalas denominadas salud y funcionamiento, socioeconómica, psicológica/espiritual

y la familia. Consta de dos partes, satisfacción e importancia y contiene 34 puntos. La traducción de este índice al castellano se realizó con el procedimiento descrito por Brislin²⁹; también se usó en mujeres méxico-americanas por Martínez-Schallmoser¹¹ en los períodos prenatal y postparto. Los coeficientes α para los dos períodos tuvieron un valor de 0.93 para la escala total.

Análisis de los datos. Se usó estadística descriptiva, se determinó la relación entre el apoyo social y la calidad de vida prenatal, postnatal y la sintomatología depresiva. Para determinar los factores predictores de la depresión postparto se corrió regresión múltiple lineal, prueba $R^2=0$ para k covariables distribuidas normalmente; el nivel de significancia aceptado fue de $p \leq .05$.

Consideraciones éticas. No existían riesgos para las mujeres participantes, ni de tipo físico, social o legal. Se les aseguró que la atención en salud que recibirían sería igual si ellas decidían retirarse del estudio en cualquier momento y que los resultados serían presentados en las instituciones de salud, al igual que se guardaría la confidencialidad de sus nombres y que sólo las entrevistadoras/investigadoras tendrán acceso a los cuestionarios.

RESULTADOS

La muestra final de 35 mujeres arrojó un porcentaje de pérdida de 42%, cifra considerada muy alta; las razones principales de pérdida fueron el cambio de domicilio para estar cerca de la familia durante el período postparto y la dirección equivocada que registraron algunas mujeres.

Con respecto a los instrumentos, los resultados de los coeficientes alfa de Cronbach se presentan para las

medidas tomadas en el embarazo y en el postparto (Cuadro 1).

Datos sociodemográficos. Los datos de caracterización de la muestra fueron: edad promedio 26 años, unión libre para 54% de ellas, educación promedio 7.6 años, 80% de ellas no tenían seguridad social y 100% procedían de barrios cuyo estrato socioeconómico era bajo; la edad gestacional al asistir al primer control en promedio fue de 21 semanas de gestación.

Cuadro 1
Valores del coeficiente de Cronbach para los instrumentos del estudio

Instrumentos	Aplicados en el Embarazo Postparto	
Cuestionario de factores de riesgo	.80	
Calidad de vida (total)	.96	.89
Subescala salud	.83	.83
Subescala psicoespiritual	.82	.82
Subescala socioeconómica	.82	.71
Subescala familia	.55	.47
Apoyo Social		
Necesidad	.79	.87
Satisfacción	.72	.43

Sintomatología depresiva. Del total de las mujeres 66% expresaron sintomatología depresiva en la etapa prenatal y 57% en el postparto; la diferencia entre estas dos medidas no fue significativa.

Correlaciones. Se realizaron con 35 mujeres; se obtuvo relación significativa medida con el coeficiente de relación de Pearson, entre el puntaje de la sintomatología depresiva en el postparto y las variables de apoyo social y calidad de vida (en el embarazo y el postparto) y la sintomatología depresiva en el embarazo (Cuadro 2).

Se obtuvieron dos ecuaciones de regresión con la variable dependiente depresión en el postparto; uno con las variables medidas en el embarazo y el otro con las variables medidas en el postparto. El modelo con las variables

Cuadro 2
Correlación de la sintomatología depresiva en el postparto con las variables en el embarazo y en el postparto

Variables	Sintomatología depresiva en el postparto r de Pearson	Valor de p
• Apoyo social		
En el embarazo		
Satisfacción con el apoyo	-0.41	p=0.007
Tamaño de la red de apoyo	-0.36	p=0.017
• En el postparto		
Necesidad de apoyo	0.31	p=0.037
Satisfacción con el apoyo	0.54	p=0.000
Tamaño de la red de apoyo	-0.45	p=0.003
Conflicto con la red de apoyo	0.59	p=0.000
• Sintomatología depresiva en el embarazo	0.35	p=0.021
• Calidad de vida		
En el embarazo		
En el postparto	-0.42	p=0.007
	-0.72	p=0.000

medidas en el embarazo obtuvo un coeficiente de regresión, $R^2 = .67$ con las variables calidad de vida, tamaño de la red de apoyo, conflicto con la red de apoyo, necesidad de apoyo, satisfacción con el apoyo social y factores de riesgo.

Esas mismas variables medidas en el postparto excepto la de factores de riesgo (se midió sólo en el embarazo), entraron en la ecuación de regresión y explican el 65% de la varianza.

DISCUSIÓN

Con respecto a los instrumentos, todas las medidas del coeficiente alfa de Cronbach muestran que los instrumentos usados son altamente confiables; en el Instrumento Calidad de Vida, la medida de la subescala familia dio un resultado bajo pero aceptable; una posible explicación es por el poco número de enunciados que la componen; igual podría pensarse para la subescala satisfacción del apoyo social.

Sintomatología depresiva. Este estudio mostró un porcentaje muy alto, 66% y 57%, de mujeres con

sintomatología depresiva tanto en el período prenatal como en el postparto respectivamente. Este resultado es preocupante porque la madre y su hijo viven en un ambiente familiar inadecuado en donde además de la pobreza, la mujer deprimida presenta tristeza frecuente, falta de motivación, pérdida de interés, cansancio, entre otras manifestaciones; en estas circunstancias, el estado de ánimo la limita para satisfacer plenamente las necesidades físicas y emocionales del hijo, por esto es un riesgo físico y emocional para el niño, de la misma manera se altera la dinámica de la vida familiar.

Si la depresión persiste en la mujer y se presentan ideas acompañadas de intento de suicidio, la situación es un peligro inminente para la vida de la madre y el hijo, lo cual amerita intervención de emergencia. No existen datos exactos, pero se cree que para muchas mujeres la depresión parece continuar por largo tiempo y está estrechamente relacionada con las circunstancias económicas y sociales³⁰; es de recordar que las mujeres de este estudio pertenecían todas a estratos socioeconómicos bajos.

Cifras informadas en otros medios revelan una menor proporción de mujeres con depresión postparto 10%-15%³¹, y 3%-27%^{4,32}. En este estudio no se encontraron diferencias significativas para la sintomatología depresiva entre los porcentaje en el embarazo y en el postparto; otros estudios han mostrado que las mujeres se deprimen más durante el postparto³³; este resultado debe ser tenido en cuenta porque esas mujeres estarían experimentando malestar psicológico y la mayoría no recibe ni busca ayuda o cuidado apropiado. Este hallazgo sugiere que en algunos casos puede ser posible que el desorden psicológico que se presenta en el embarazo se continúe en el postparto.

Apoyo social y calidad de vida.

Algunos estudios han mostrado que personas con poco apoyo social tienen un sentido de pérdida de control de sí mismas. Se ha planteado que el apoyo social³⁴ puede contribuir a lograr un sentido más generalizado de control y este sentido de control a su vez tendría efectos benéficos para la salud. Beck, con base en un estudio cualitativo encontró que uno de los problemas básicos que presentaron las mujeres que asistieron a un grupo de apoyo para depresión postparto era la pérdida de control³³.

Las necesidades de apoyo social y la satisfacción con el apoyo, el tamaño de la red y el conflicto con la red son variables que explicaron más de 50% de la varianza en la ecuación de regresión, podrían ser predictoras de sintomatología depresiva, lo que amerita realizar futuros estudios prospectivos en los que se midan estas variables y con muestras aleatorias y representativas; en este estudio, podría explicarse este hallazgo por un aumento de las necesidades durante el embarazo y postparto, una red de apoyo reducida que las mujeres

poseen probablemente desde mucho antes del embarazo y la poca disponibilidad de recursos que ellas poseen. Por otro lado, la condición de unión libre puede tener a las mujeres en desventaja ante su familia política; otra explicación es la influencia de la migración a las ciudades sobre el apoyo social; p. e., contribuir con la pérdida de las fuentes tradicionales de apoyo.

Es entonces imperativo que la prestación de la atención en salud cambie para dar importancia a la valoración y apoyo a mujeres desde un enfoque más holístico. Las profesionales de enfermería con un abordaje diferente y con el trabajo en equipo con otros profesionales, pueden ofrecer nuevas oportunidades de cuidado a las mujeres.

En las consultas prenatales el enfoque biológico prima sobre los aspectos psicológicos y sociales, las mujeres son dependientes de lo que digan los profesionales de la salud, no se tiene en cuenta lo que dicen las mujeres porque casi siempre se ignora la subjetividad de las mismas, la expresión de sentimientos y de sus experiencias de vida; en este modelo de atención lo más desgastante es la falta de realimentación, considerada importante para la toma de decisiones³⁵.

La maternidad y la crianza de los niños se consideran como una condición femenina; es por esto que la posibilidad de los orígenes estructurales sociales de la depresión postparto raramente se han investigado. El modelo dominante construido por las normas médicas es uno completamente asocial, que se centra en el tratamiento farmacológico y de laboratorio; sin embargo, hoy en día se están dando cambios importantes como el aporte de Herrera *et al.*³⁶ con el que se ha demostrado científicamente la reducción de la morbilidad y

la mortalidad materna.

Los hallazgos de este artículo sugieren la necesidad de realizar estudios en los cuales se relacione el estrés actual o percibido y la sintomatología depresiva en mujeres en diferentes etapas de la vida y particularmente en los períodos prenatal y postparto y con diferentes características sociodemográficas, porque también se ha planteado el posible efecto de la pobreza en el aumento del estrés³⁷. En este estudio se encontró que la mayoría de las mujeres estaban dedicadas a los oficios del hogar y en poca proporción a oficios de bajo status; varios estudios han mostrado que las amas de casa de tiempo completo, son particularmente propensas a la depresión, especialmente si ellas tienen otros hijos pequeños^{38,39}.

El hallazgo de una gran proporción de mujeres en relación marital en unión libre, llama la atención, amerita incluir el tipo de relación marital en futuros estudios y buscar su relación con sintomatología depresiva. Algunos autores, han planteado que para las mujeres el hecho de ser casadas no se constituye en factor protector de depresión^{37,40}. Estudios de mujeres en tratamiento psiquiátrico han mostrado relación entre síntomas de depresión y el estado civil casada⁴¹.

Cambio paradigmático: propuesta en construcción. El paradigma de la modernidad ha dominado el quehacer de los diferentes profesionales y ha tenido una profunda penetración en las diversas áreas de la existencia humana; también ha generado una paradoja: "surgió la inhabilidad para explorar las dimensiones de la vida humana conjuntamente con otras dimensiones"⁴². Existe la necesidad de nuevos abordajes teórico-prácticos que promuevan una convergencia de acciones para lograr el cambio que requieren los servicios de

salud y la práctica de los profesionales⁴³.

En enfermería es urgente el abordaje conjunto de acciones entre las más variadas disciplinas; su perspectiva de sobrevivencia está directamente relacionada con una perspectiva integrada de acciones como lo promulga da Silva⁴⁴ quien a su vez afirma que una disciplina es reconocida no sólo por sus aportes con la construcción del saber, sino también por las transformaciones en los patrones de expresión de conciencia y en la calidad de vida de la población.

El cuidado de enfermería debe adoptar un modelo diferente al modelo masculino el cual se basa en prácticas analíticas, investigación experimental y medidas objetivas, en donde la persona es concebida de manera fragmentada como objeto o máquina cuerpo, a diferencia del modelo femenino centrado en la persona como totalidad, contemplando sus experiencias de vida y su ambiente⁴⁵. Se requiere entonces un cuidado caracterizado por una forma innovadora de sentir-pensar, desarrollado a partir de la interrelación por el diálogo permanente entre profesionales, individuos, familias, comunidades y sociedades, sin perder de vista la realidad transdimensional⁴⁴.

Lo anterior permite formular un abordaje al cuidado de las mujeres en el contexto social, de sus familias, parejas y comunidades, en el cual se realice trabajo anticipatorio con adolescentes, en etapas preconcepcionales, con la pareja, las familias y la comunidad. Creemos que la enfermería tiene una gran oportunidad en este abordaje y el cuidado proporcionado puede contribuir a trascender de lo biológico y tradicional y del proceso salud-enfermedad, a un cuidado transdimensional y a nuevas concepciones teórico-prácticas, que res-

caten la dimensión interior de los seres y amplie las formas de interactuar con la realidad⁴⁴.

Deben ser reconocidas dos limitaciones del estudio: una muestra por conveniencia y el tamaño pequeño. Se recomienda hacer estudios similares con muestras de mayor tamaño, tomadas en los mismos sitios.

Hay necesidad de realizar detección temprana de mujeres con riesgo de sufrir depresión postparto y de una intervención temprana y seguimiento durante el período perinatal. Los cuidados de enfermería deberían incluir la valoración sobre factores de riesgo, presencia de sintomatología depresiva, tamaño de la red, relaciones con los miembros de la red para encontrar conflictos, necesidades y satisfacción con el apoyo social y la calidad de vida de las mujeres. Se recomiendan programas de apoyo mutuo con grupos de autoayuda.

SUMMARY

The objectives of this study were:

1. Determine if women express depressive symptoms during the prenatal and postpartum period.
2. Determine if quality of life and social support relate with symptom of depression in the postpartum.
3. Establish a predictive model for postnatal depression. Instruments. Scale of Social Support, Quality of Life Index, Scale CES-D and Risk Factors Questionnaire applied in the 32-36 weeks of pregnancy and during the 3-4 weeks in the post-partum. The mean age for the sample was 26 years old, 54% couples were living together without a legal marriage, mean for the first prenatal visit to the clinic was 21 weeks of pregnancy; 66% of pregnant women and 57% of postnatal women expressed depressive symptoms. Two regression

equations of postpartum depression were found, one with variables from prenatal, quality of life, size and conflict of the social network, need for support, satisfaction with support and risk factors ($R^2 = .67$). The same variables in the postpartum, except risk factors explained 65% of the variance. Each variable from the predictive models is discussed. Implications for practice of anticipatory care and nursing care based in a transdimensional care model are given. Specific areas of social support and quality of life are considered for care.

REFERENCIAS

1. Pitt B. Atypical depression following childbirth. *Br J Psychiatr* 1968; 11: 1325-35.
2. Zuckerman B, Beardslee W. Maternal depression: a concern for pediatricians. *Pediatrics* 1987; 79: 110-17.
3. Hamilton JA, Neel-Harberger P (eds.). *Postpartum psychiatric illness: a picture pussle*. Philadelphia; University of Pennsylvania Press, 1992.
4. Kumar R. Postnatal mental illness: A transculatral perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29: 250-54.
5. Dalton K. *Depression after childbirth: how to recognize and treat postnatal illness*. New York; Oxford University Press, 1980.
6. Gelder M. Behavioral reactions during the postpartum period: experiences of 108 women. *Wom Health* 1978; 4: 355-71.
7. Hay DF, Kumar R. Interpreting the effects of mothers' postnatal depression on children's intelligence: a critique and reanalysis. *Child Psychiatry Hum Dev* 1995; 25: 165-81.
8. Stein A, Gath DA, Bucher J, Bond A, Day A, Cooper PJ. The relationship between postnatal depression and mother-child interaction. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 46-52.
9. Gotlib I, Whiffen V, Wallace P, Mount J. Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *J Abnormal Psychol* 1991; 100: 122-32.
10. O'Hara M, Schelechet J, Lewis D, Varner M. Controlled perspective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental and hormonal variables. *J Abnormal Psychol* 1991; 100: 63-73.

11. Martínez-Schallmoser L. *Perinatal depressive symptoms, quality of life, social support and risk factors in Mexican-American women*. Doctoral dissertations. University of Illinois at Chicago. Dissertations Abstracts International, 53, 1992. P. 2557.
12. Hock E, Schirtzinger B, Widaman K, Lutz WJ. Maternal depressive symptomatology over the transition to parenthood: assessing the influence of marital satisfaction and marital sex role traditionalism. *J Fam Psychol* 1995; 9: 79-88.
13. Turner R. Social support as contingency in psychological well-being. *J Health Social Behavior* 1981; 21: 357-67.
14. Collins N, Dunkel-Schetter M, Scrimshaw S. Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Social Psychol* 1993; 65: 1243-58.
15. Campbell A, Cohn J, Flanagan C, Popper S, Meyers T. Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. *Develop Psychol* 1992; 4: 29-47.
16. Leadbeater B, Linares O. Depressive symptoms in black and Puerto Rican adolescent mothers in the first 3 years postpartum. *Develop Psychopatol* 1992; 4: 451-68.
17. Barrera M. Social support in the adjustment of pregnant adolescents, assessment issues. Glottlieb BH (ed.). In *Social networks and social support*. Beverly Hills; Sage, 1981.
18. Ferrans CE. Development of quality of life index for patients with cancer. *Oncology* 1990; 17: S15-9.
19. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life index: Development and psychometric properties. *Adv Nurs Sci* 1985; 8: 15-24.
20. Ferrans CE, Powers MJ. Psychometric assessment of the quality of life index. *Res Nurs Health* 1992; 15: 29-38.
21. Abbey A, Andrews F. Modeling the psychological determinants of life quality. Andrews F (ed.). In *Research of quality of life*. Ann Arbor; University of Michigan, 1985. Pp. 85-116.
22. Ellashoff JD. *Query Adviser user's guide*. Los Angeles; Dixon Assoc., 1995.
23. Eaton WE, Kessler LG. Rates of symptoms of depression in a national sample. *Am J Epidemiol* 1981; 114: 528-38.
24. Moscicki EK, Rae DS, Regier D, Locke BZ. The Hispanic health and nutrition examination survey: depression among Mexican-Americans, Cuban-Americans and Puerto Ricans. Gaviria M, Arana JD (eds.). In *Health and behavior: research agenda for Hispanics. The Simon Bolivar Research Monograph Series*. Chicago; University of Illinois Press, 1987. Pp. 145-59.
25. Radloff IS. The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measuram* 1977; 1: 385-401.
26. Husaini BA, von Frank A. Life events, coping resources, and depression: a longitudinal study of direct buffering and reciprocal effects. *Res Comm Mental Health* 1985; 5: 11-136.
27. Ross CE, Huber J. Hardship and depression. *J Health Soc Beh* 1985; 26: 312-27.
28. Telleen S. Parental beliefs and help seeking in mothers use of community-based family support program. *J Com Psychol* 1990; 18: 264-76.
29. Brislin RW. The wording and traslation of research instruments. Lonner WJ, Berry JW (eds.). In *Field methods in transcultural research*. Sage; Beverly Hills, 1986. Pp. 137-64.
30. Romito P. Postpartum depression and the experience of motherhood. *Acta Obst Gynecol Scand* 1990; 69: S1-37.
31. Wisner KL, Wheeler SB. Prevention of recurrent postpartum major depression. *Hosp Comm Psychiatr* 1994; 45: 1191-96.
32. Clark EM, Williams A. Depression in women after perinatal death. *Lancet* 1979; 1: 916-17.
33. Beck CT. Teetering on the edge: A substantive theory of postpartum depression. *Nurs Res* 1993; 42: 42-8.
34. Stewart M. *Integrating social support in nursing*. Newbury Park; SAGE Publications, 1993.
35. Kobinsky M, Timyan J, Gay, J (eds.). *The health of women: a global perspective*. Boulder; Westview Press, 1993.
36. Herrera JA, Cáceres D, Gracia B. *Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en Colombia*. Bogotá; Trazo Ltda., 1997.
37. Radloff L. Sex differences in depression: the effects of occupation and marital status. *Sex Roles* 1975; 1: 249-69.
38. Doyal L. *What makes woman sick. Gender and the political economy of health*. New Jersey; New Brunswick, 1995.
39. Romito P. *Work and health in mothers of young children: who cares?* Proceedings of Conference on Women Health and Work, CAPS, Barcelona, Nov. 11-12, 1993.
40. Gove WR. The relationships between sex roles, marital status and mental illness. *Soc Forces* 1972; 51: 34-44.
41. Weissman M, Paykel ES. *The depressed woman: A study of social relationships*. Chicago; University of Chicago Press, 1974.
42. Taylor RL, Watson J. *The shall not hurt: human suffering and human caring*. Springfield; Colorado Associated University, 1989.
43. Canaval GE. Promoción de la salud: Predictores de empoderamiento comunitario en mujeres. *Investigación y Educación en Enfermería* 1998; 16: 753-70.
44. da Silva AL. *Cuidado transdimensional: Um paradigma emergente*. Série Teses em Emfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianopolis, Brasil, Ed. UFPL, 1997.
45. da Silva AL. Trascendiendo femenino e masculino; uma relação estética para a conciencia do cuidado. *Texto & Contexto-Enfermagem* 1996; 5: 18-33.