



PID 10047

## El Método de Sofropedagogía Obstétrica en la prevención de la depresión Puerperal

*Manuele, Eduardo (†); Gorischnik, Margarita; Leiva, Carina; Schuler, Ema; Viera, Ma. Noelia; Bidart, Martina.*

AUTOR: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Entre Ríos (Concepción del Uruguay, Entre Ríos, Argentina)

CONTACTO: [carinaaleiva@gmail.com](mailto:carinaaleiva@gmail.com) [margaritagorischnik@hotmail.com](mailto:margaritagorischnik@hotmail.com)

### Resumen

Este proyecto fue dividido en dos etapas: En la primera, se creó una serie de nuevas estrategias para ser aplicadas en el transcurso del curso de Educación Maternal, destinadas a prevenir la aparición de los trastornos depresivos post-parto. Luego, utilizando como elemento de detección el Test de Edimburgo, se analizaron y compararon dos grupos de pacientes. Las preparadas con el método de Sofropedagogía Obstétrica y otro, aleatorio, que no recibió preparación.

En la bibliografía consultada se ubicó un test específico para esta situación, denominado "Test de Edimburgo" el cual ha sido empleado en nuestras pacientes, con el fin de corroborar la eficacia del Método ante esta importante y frecuente sintomatología y de esta manera difundir ante nuestras alumnas, futuras psicopreparatoras, la importancia de prevenir dicha patología del estado puerperal.

**Palabras clave:** Sofropedagogía; Sofrología; Psicoprofilaxis; Educación Maternal; Beta-endorfinas; Depresión Post Parto.

### The Sophropedagogy method in the prevention of Post Partum Depression

Manuele, Eduardo; Gorischnik, Margarita; Leiva, Carina; Schuler, Ema; Viera, Ma. Noelia; Bidart, Martina

### Abstract

This project was divided in two stages: the first, creating a series of new strategies that were implemented during the course of Maternal Education, designed to prevent the occurrence of postpartum depressive disorders. Then, using the Edinburgh Scale, two groups of patients were analyzed and compared. One group prepared by the Obstetric Sofropedagogy method and the other one formed by random patients, which received no preparation. We located the Edinburgh Scale in the bibliographical references, which has been used in our patients, in order to corroborate the effectiveness of the method for this important and frequent symptoms and thus spread to our students the importance of preventing this post partum disorder.

**Key words:** Sophropedagogic; Sophrology; Psychoprophilaxis; Maternal Education; Post Partum Depression.

## I. Introducción

En un primer trabajo, comparamos varios procedimientos con el fin de demostrar y jerarquizar el Método de Sofropedagogía Obstétrica, escuela de gran importancia en la preparación de la “pareja embarazada”.

Luego, profundizamos más en el estudio comparativo analizando el Comportamiento de la paciente durante el Trabajo de Parto y su Sensación Dolorosa. Como, evidentemente, esta apreciación era totalmente subjetiva, realizamos otra investigación en la cual, utilizando el dosaje de Beta- Endorfinas, comprobamos “objetivamente” que el grado de sensación dolorosa fue menor en las pacientes psico-preparadas, al tener menor necesidad de elaborar dicha sustancia para aliviar los dolores del parto y por consiguiente, los valores finales de este neurotransmisor también fueron menores.

Con estas mismas alumnas, preparadas en el Instituto de Educación Maternal, comprobamos que la Depresión Puerperal, que constituía un cuadro muy común en pacientes no preparadas, era menos frecuente y de menor intensidad [1].

Esto nos llevó a confeccionar, con un grupo de alumnas que realizaban una Tesina de graduación, y a las cuales asesoramos, a realizar un Test para demostrar tal aseveración. Sospechábamos que la información impartida a las alumnas del curso de Educación Maternal era el motivo de este resultado positivo.

Por esta razón pensamos que, impartiendo una educación dirigida a prevenir esta patología, incorporando una serie de estrategias psico-pedagógicas, lograríamos una mejor calidad de preparación. Esta vez, no estando dirigida solamente al acto de dar a luz sino cumpliendo con el postulado de que en el curso no solo se aprende a tener una parto satisfactorio sino que constituye una educación integral para ser madre.

De allí la denominación de **Educación Maternal**.

## II. Depresión puerperal

Existen dos clasificaciones: la de la OMS (CIE-10) y la de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV). A continuación se transcribe fielmente lo expresado en ambos documentos:

### II.1. Episodios depresivos según CIE-10

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

|    |                                                                        |
|----|------------------------------------------------------------------------|
| a) | La disminución de la atención y concentración.                         |
| b) | La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad. |
| c) | Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).   |
| d) | Una perspectiva sombría del futuro.                                    |
| e) | Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.                 |
| f) | Los trastornos del sueño.                                              |
| g) | La pérdida del apetito.                                                |

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas “somáticos” son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido.

Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes [2].

## II.2. Episodios depresivos según DSM-IV

Ésta es la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el DSM-IV, de la American Psychiatric Association. La utilidad y credibilidad del DSM-IV exigen que se centre en objetivos clínicos, de investigación y educacionales, y se apoye en fundamentos empíricos sólidos. Se ha tomado como prioridad el proporcionar una guía útil para la práctica clínica. Mediante la brevedad y concisión en los criterios, la claridad de expresión y la manifestación explícita de las hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos, esperamos que este manual sea práctico y de utilidad para los clínicos. Otro objetivo, aunque adicional, es el de facilitar la investigación y mejorar la comunicación entre los clínicos y los investigadores. Se ha intentado asimismo que sirva de herramienta para la enseñanza de la psicopatología y para mejorar la recogida de datos en la información clínica hasta ahora vigente.

Una nomenclatura oficial es necesaria en una amplia diversidad de contextos. El DSM-IV es usado por clínicos e investigadores de muy diferente orientación (p. ej., investigadores biológicos, psicodinámicos, cognitivos, comportamentales, interpersonales y familiares). Lo usan psiquiatras, otros especialistas, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación, consejeros y otros muchos profesionales de la salud. El DSM-IV debe poder usarse en diferentes situaciones: pacientes ingresados, pacientes ambulatorios, hospital de día, psiquiatría de enlace, consulta privada y asistencia primaria. Se trata también de un instrumento necesario para poder llevar a cabo y dar a conocer estudios estadísticos sobre salud pública. Afortunadamente, todos estos usos son compatibles.

El DSM-IV es producto de 13 Grupos de Trabajo, cada uno de los cuales posee plena responsabilidad sobre una sección del documento final. Esta organización fue diseñada para aumentar la participación de gente experta en cada uno de los campos. Se tomaron muchas precauciones a la hora de asegurar que las recomendaciones del Grupo de Trabajo reflejaran los conocimientos más vigentes y no fueran sólo las opiniones de sus miembros. Después de consultar de manera extensa con expertos y clínicos de cada materia, se seleccionó para el Grupo de Trabajo a aquellos miembros que representaran un amplio abanico de perspectivas y experiencias. Los miembros del Grupo de Trabajo aceptarán la idea

de trabajar como grupo de consenso y no como abogado de los conceptos anteriores. Además, el Grupo de Trabajo debía seguir un proceso formal basado en las pruebas disponibles.

Los Grupos de Trabajo informaban al Comité Elaborador del DSM-IV, que constan de 27 miembros, muchos de los cuales presidían asimismo algún Grupo de Trabajo. Cada uno de los 13 Grupos de Trabajo se componía de 5 (o más) miembros, cuyas opiniones eran analizadas por un grupo de entre 5 y 100 consejeros, escogidos por representar experiencias clínicas y de investigación, disciplinas, formación y ámbitos de actuación muy diversos. La participación de muchos expertos internacionales ha asegurado que el DSM-IV posea la más amplia gama de información y pueda aplicarse y usarse en todo el mundo. Se han realizado multitud de conferencias y reuniones con el fin de proporcionar una guía conceptual y metodológica para la elaboración del DSM-IV. Entre ellas, muchas han estado dedicadas a consultas entre los realizadores del DSM-IV y los de la CIE-10, con el fin de aumentar la compatibilidad entre los dos sistemas. Asimismo, han tenido lugar otras reuniones centradas en el papel de los factores culturales en el diagnóstico de las enfermedades mentales, en el diagnóstico geriátrico y en el diagnóstico psiquiátrico en los centros de asistencia primaria.

Con el fin de mantener líneas de comunicación extensas y abiertas, el Comité Elaborador del DSM-IV ha establecido contactos con muchos otros componentes de la American Psychiatric Association y con más de 60 organizaciones y asociaciones interesadas en la confección del DSM-IV (American Health Information Management Association, American Nurse's Association, American Occupational Therapy Association, American Psychoanalytic Association, American Psychological Association, American Psychological Society, Coalition for the Family, Group for the Advancement of Psychiatry, National Association of Social Workers, National Center for Health Statistics, World Health Organization). Hemos intentado discutir los temas y los datos empíricos al empezar el trabajo, para poder identificar potenciales problemas y diferencias de interpretación. Ha sido posible, asimismo, realizar intercambios de información mediante la distribución de un boletín informativo semianual (el *DSM-IV Update*), la publicación de una columna de manera regular en *Hospital and Community Psychiatry* y charlas en reuniones nacionales e internacionales, así como diversos artículos de revistas [3].

### II.3. Criterios para el episodio depresivo mayor

**A.** Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1) estado de ánimo depresivo o 2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.<sup>1</sup>

**1.** estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

**2.** disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

**3.** pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

**4.** insomnio o hipersomnia casi cada día

**5.** agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

**6.** fatiga o pérdida de energía casi cada día

**7.** sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

**8.** disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

**B.** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

**C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**D.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

**E.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Así, la depresión post-parto tiene dos formas: la mayor y la menor. La **depresión mayor** se diagnostica cuando el cuadro clínico coincide con 5 de los síntomas de la serie de los criterios ya mencionados.

Si por lo menos aparecen 5 puntos se puede hacer el diagnóstico de depresión mayor; si aparecen menos de 5 se hace el diagnóstico de depresión menor [4]. Sin embargo, uno de estos dos síntomas debe estar presente, necesariamente, para hacer el diagnóstico de depresión mayor o menor. Estos dos síntomas son los siguientes:

1. La persona se siente deprimida la mayor parte del día.
2. Notable falta de interés o de placer en realizar actividades casi todos los días.

Uno de estos dos síntomas debe de estar, necesariamente presente para hacer el diagnóstico. Si están los dos síntomas es casi seguro el diagnóstico, pero si sólo está uno de estos dos síntomas el diagnóstico es muy probable [5].

### III. Metodología

#### III.1. Nuevas estrategias psico-pedagógicas incorporadas al método, con el fin de prevenir la Depresión Puerperal.

En el transcurso del primer año de trabajo hemos incorporado elementos propios vinculados con la Sofrología con el fin de enriquecer el método y realizar aportes que consideramos útiles.

Parece ser –según la opinión de diversos autores –que, el solo conocimiento del tema, al saber la paciente sobre lo que posiblemente pueda ocurrir, hace que éste fenómeno sea menos frecuente y si aparece, de menor intensidad que en aquellas que tienen total desconocimiento del mismo [6] y [7].

##### 1. Visualización sofrónica

Visualizar es imaginar algo, graficándolo mentalmente y haciéndolo lo más similar a lo que sospechamos que ocurrirá. Todo esto se realiza cuando la alumna se encuentra en nivel sofroliminal, estado en el cual existe una mayor sugestividad y al mismo tiempo más claridad y mejor susceptibilidad, lo cual asegura que los conceptos aportados se graven profundamente y anulen a todos los pensamientos negativos que atemorizan a la embarazada. También es en éste nivel de conciencia en que se incrementa el poder de asimilación y de memorización (según investigadores que estudiaron profundamente el tema).

Pero en nuestro curso, tratamos que la visualización esté relacionada con el parto, incorporando las imágenes de un alumbramiento ideal, con un niño sano y saludable, suponiendo que todo ha llegado a feliz término. Esta visualización, la hemos agregado con especiales características:

- En primer lugar se realiza durante la relajación sofrónica. Una vez que la paciente alcanza el nivel Sofroliminal comienza la visualización. Esta ejercitación puede realizarse durante el curso y en

ese caso al llegar al estado de relajación profunda, se interrumpe la voz del sofrólogo durante dos o tres minutos, en los cuales imagina “su parto”. También lo puede realizar la paciente en su casa cumpliendo con lo programado.

- En segundo lugar, debemos imaginar lo que va a ocurrir positivamente, suponiendo que el parto fue normal, el bebé sanísimo, con el sexo que nos habían dicho o no en la ecografía, el período expulsivo ha sido excelente. “Es decir, aportamos con nuestra imaginación, todos los elementos positivos posibles”.

#### Principio de la acción positiva.

- En tercer lugar tratar de hacer resaltar los componentes importantes coloreando las imágenes.

Habitualmente la imaginación, aporta un cuadro de la situación en escala de grises. Lo que debemos intentar hacer es pintar imaginariamente en colores aquellos aspectos de auténtico valor para lograr los objetivos.

- En lo referente al post-parto, tratamos de imaginar un puerperio normal, libre de depresión y pensamientos negativos, imaginando un regreso al hogar lleno de felicidad, afianzando y consolidando la conformación de una familia feliz.

### **2. sofrorrespiración sincrónica**

Hemos incorporado esta técnica, como una estrategia que combina la relajación dinámica con la estática y al mismo tiempo una forma muy especial de respiración como es la sincrónica. Esta respiración se emplea frecuentemente durante casi todo el trabajo de parto por tratarse de una de las modalidades que menos esfuerzos requieren.

Pero también la hemos incorporado al método durante la preparación, como una forma de aportar conceptos positivos a la conciencia y de esta manera anular y expulsar a los negativos, cumpliendo con uno de los preceptos más importantes de la sofrología como es el de la acción positiva (sofroaceptación positiva).

Es evidente que cada mujer puede tener su particular temor o trauma relacionados con el parto, que podemos no conocer y no es necesario hacerlo. Puede temer al dolor, al sufrimiento, a ser operada, a que el niño tenga una malformación o que sea un deficiente mental. La paciente debe elaborar las frases con las **palabras y pensamientos opuestos** a aquello que la preocupa. (Por ejemplo: “Mi hijo será sano”; “Podré tolerar el dolor”; “Nacerá con facilidad”; “Mi hijo no será deficiente mental”; “Mi hijo será un premio Nobel”; “Nacerá en forma natural”)

Frases similares de idearán para la prevención de la Depresión Puerperal.

La respiración sincrónica es un tipo de respiración abdominal, en la cual la paciente, con una mano en su abdomen, para corroborar los ascensos y los descensos de la pared abdominal durante las dos fases de la respiración, inspira por la nariz y expira por la boca, ambas fases tiene la misma duración –cuatro o cinco segundos-, y el paso de la inspiración a la espiración deben ser redondos y continuos.

Según Aguirre de Carcer [6] y [7] con una buena respiración sincrónica y un buen contacto afectivo, se puede llegar al final del período dilatante, sino se consigue, se recurrirá a las demás respiraciones.

En el modelo que hemos incorporado, una vez que las alumnas han aprendido y practicado relajación sofrónica y respiración sincrónica, y han ideado las cortas frases opuestas a todo aquello que la preocupe o atemorice; se lleva a cabo de la siguiente manera:

- Se sofroniza.
- Se llega al nivel sofroliminal.
- Se realiza sofrorrespiración sincrónica.
- **En el momento de la espiración se pronuncian mentalmente las palabras opuestas a aquello que las preocupa:** (En lo referente a la prevención de la Depresión Puerperal, las palabras opuestas podrían ser: “No estaré triste después del parto”, “Serán momentos llenos de felicidad y alegría”, “Mi familia me ayudará”, “No me deprimiré”, “Formaremos una familia feliz”; etc)

### **3. Palabras y frases positivas en comunicación con el niño intrauterino.**

#### 4. Momentos psicológicamente adversos

De los 4 momentos psicológicamente adversos que se han descrito con anterioridad, poner especial énfasis en el 4to. (Regreso al Hogar)

#### 5. Juegos del puerperio (urdimbre puerperal)

Este juego simboliza el comienzo del puerperio inmediato, el regreso de la pareja y el nuevo bebé a su hogar.

Se realiza con parejas y con todo el grupo de embarazadas que se encuentran realizando el Curso de Educación Maternal.

Realizamos el juego con música, formamos una ronda tomados de la mano y tratamos de entremezclarnos entre todos hasta que nos encontramos muy enredados.

Una vez llegado a este momento explicamos que generalmente, este enredo sucede en la primera semana luego del parto, hasta que toda la familia pueda adaptarse al nuevo integrante.

Lentamente, comenzamos a desenredarnos hasta lograr volver a la ronda inicial, explicando allí que el puerperio es una etapa dificultosa pero que con amor y paciencia todo se arreglará pronto. Este juego promueve el contacto entre parejas y entre otras embarazadas y además, se realiza con gracia y humor.”

### III.2. Herramienta de recolección de datos: Test de Edimburgo

Consiste en un cuestionario de diez cortas preguntas. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas [8].

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del idioma sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Cualquier número que se escoja que **no** sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento [9].

Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.

#### IV. Resultados

Hemos tomado dos grupos, constituidos por 151 y 150 pacientes cada uno.

El primero, preparado mediante el empleo de Estrategias Psicopedagógicas agregadas al Método de Sofropedagogía Obstétrica. El segundo, constituido por pacientes en idénticas condiciones obstétricas pero que no habían recibido ningún tipo de preparación.

Se detallan los trabajos de otros autores que, en diversas partes del mundo, han valorado el test de Edimburgo en diferentes puntos de corte.

**TABLA 1** Resultados de los estudios de validación de la EPDS realizados en diversas partes del mundo

| <i>Estudio</i>                        | <i>Lugar/<br/>Idioma</i> | <i>Diagnóstico<br/>de depresión</i> | <i>Punto<br/>de corte</i> | <i>Sensibilidad<br/>(%)</i> | <i>Especificidad<br/>(%)</i> | <i>Coefficiente<br/>alfa</i> |
|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Cox et al, 1987 <sup>1</sup>          | Reino Unido              | RDC                                 | 12,5                      | 86                          | 78                           | 0,87                         |
| Harris et al, 1989 <sup>4</sup>       | Reino Unido              | DSM-III-R                           | 12,5                      | 95                          | 93                           |                              |
| Murray y Carothers, 1990 <sup>7</sup> | Reino Unido              | RDC                                 | 12,5                      | 95,7                        | 81,1                         |                              |
| Boyce et al, 1993 <sup>8</sup>        | Australia                | DSM-III-R (DIS)                     | 12,5                      | 100                         | 95,7                         | 0,77                         |
| Jadresic et al, 1995 <sup>8</sup>     | Chile                    | RDC                                 | 9,5                       | 100                         | 80                           |                              |
| Wickberg et al, 1996 <sup>3</sup>     | Suecia                   | DSM-III-R                           | 11,5                      | 96                          | 49                           |                              |
| Areias et al, 1996 <sup>9</sup>       | Portugal                 | SADS                                | 9                         | 71                          | 89                           | 0,84                         |
| Ghubash et al, 1997 <sup>10</sup>     | Árabe                    | Catego                              | 10                        | 65                          | 96                           |                              |
|                                       |                          |                                     | 10                        | 91                          | 84                           |                              |
|                                       |                          |                                     | 12                        | 73                          | 90                           |                              |
| Carpiniello et al, 1997 <sup>11</sup> | Italia                   | PSE                                 | 9,5                       | 100                         | 83                           | 0,81                         |
| Bergant et al, 1998 <sup>12</sup>     | Alemania                 | ICD-10                              | 9,5                       | 96                          | 100                          |                              |
| Lawrie et al, 1998 <sup>13</sup>      | Sudáfrica                | DSM-IV                              | 11,5                      | 80                          | 76,6                         |                              |
| Lee et al, 1998 <sup>14</sup>         | China                    | DSM-III-R                           | 9,5                       | 82                          | 86                           | 0,7894                       |
| Benvenuti et al, 1999 <sup>15</sup>   | Italia                   | DSM-III-R                           | 8,5                       | 94,4                        | 87,4                         |                              |
| J. M. Vega-Dienstmaier et al, 2002    | Perú                     | DSM-IV (SCID)                       | 13,5                      | 84,21                       | 79,47                        |                              |

RDC: Research Diagnostic Criteria; SADS: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; PSE: Present State Examination; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV; DIS: Diagnostic Interview Schedule.

##### 1) Punto de Corte 8/9

**Benvenuti et al. 1999 (Italia): Sensibilidad 94.4% - Especificidad 87.4%**

De acuerdo a este punto de corte, nuestros resultados son los siguientes (tabla 2):

| <b>Puntaje Test de Edimburgo</b> | <b>PREPARADAS</b> | <b>NO PREPARADAS</b> |
|----------------------------------|-------------------|----------------------|
| <b>0 - 8</b>                     | 125               | 60                   |
| <b>9 - 24</b>                    | 26                | 90                   |

##### 2) Punto de Corte 9/10

Carpiniello et al. 1997 (Italia): **Sensibilidad 100% - Especificidad 83%**

Bergant et al. 1998 (Alemania): **Sensibilidad 96% - Especificidad 100%**

Lee et al. 1998 (China): **Sensibilidad 82% - Especificidad 86%**

Jadresic et al. 1995 (Chile): **Sensibilidad 100% - Especificidad 80%**

De acuerdo a este punto de corte, nuestros resultados son los siguientes (tabla 3):

| <b>Puntaje Test de Edimburgo</b> | <b>PREPARADAS</b> | <b>NO PREPARADAS</b> |
|----------------------------------|-------------------|----------------------|
| <b>0 - 9</b>                     | 132               | 68                   |
| <b>10 - 24</b>                   | 19                | 82                   |



**3) Punto de Corte 10/11**

Ghubash et al. 1997 (Arabia) **Sensibilidad 91% - Especificidad 84%**

García Esteve y Col. 2000 (España)

De acuerdo a este punto de corte, nuestros resultados son los siguientes (tabla 4):

| Puntaje Test de Edimburgo | PREPARADAS | NO PREPARADAS |
|---------------------------|------------|---------------|
| <b>0 - 10</b>             | 134        | 73            |
| <b>11 - 24</b>            | 17         | 77            |

**4) Punto de Corte 11/12**

Wickberg et al. 1966 (Suecia): **Sensibilidad 96% - Especificidad 49%**

Lawrie et al. 1998 (Sudáfrica): **Sensibilidad 80% - Especificidad 73.6%**

De acuerdo a este punto de corte, nuestros resultados son los siguientes (tabla 5):

| Puntaje Test de Edimburgo | PREPARADAS | NO PREPARADAS |
|---------------------------|------------|---------------|
| <b>0 - 11</b>             | 136        | 81            |
| <b>12 - 24</b>            | 15         | 69            |

**5) Punto de Corte 12/13**

Cosc et al. 1987 (Irlanda): **Sensibilidad 86% - Especificidad 79%**

Harris et al. 1989 (Uk): **Sensibilidad 95% - Especificidad 93%**

Murray y Carothers. 1990 (Uk): **Sensibilidad 95.7% - Especificidad 81.1%**

Boyce et al. 1993 (Australia): **Sensibilidad 100% - Especificidad 95.7%**

De acuerdo a este punto de corte, nuestros resultados son los siguientes (tabla 6):

| Puntaje Test de Edimburgo | PREPARADAS | NO PREPARADAS |
|---------------------------|------------|---------------|
| <b>0 - 12</b>             | 141        | 91            |
| <b>13 - 24</b>            | 10         | 59            |

**6) Punto de Corte 13/14**

J.M Vega-Diestmaier et al. 2002 (Perú): **Sensibilidad 84.2% - Especificidad 79.47%**

De acuerdo a este punto de corte, nuestros resultados son los siguientes (tabla 7):

| Puntaje Test de Edimburgo | PREPARADAS | NO PREPARADAS |
|---------------------------|------------|---------------|
| <b>0 - 13</b>             | 142        | 100           |
| <b>14 - 24</b>            | 9          | 50            |

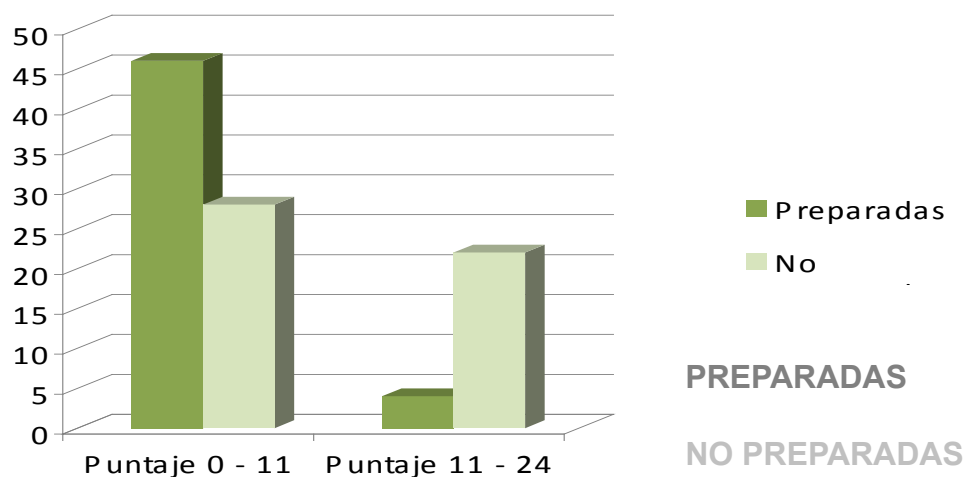
Para calcular la prevalencia, hemos utilizado el Punto de Corte **11/12** que es el recomendado en un trabajo mencionado en la bibliografía, realizado en el Hospital Universitario de Brasília, usando como herramienta de investigación una versión en portugués del EPDS.

**Punto de Corte 11/12**

(Tabla 8)

| Puntaje Test de Edimburgo | PREPARADAS | NO PREPARADAS |
|---------------------------|------------|---------------|
| 0 - 11                    | 46 (92%)*  | 28 (56%)*     |
| 12 - 24                   | 4 (8%)*    | 22 (44%)*     |

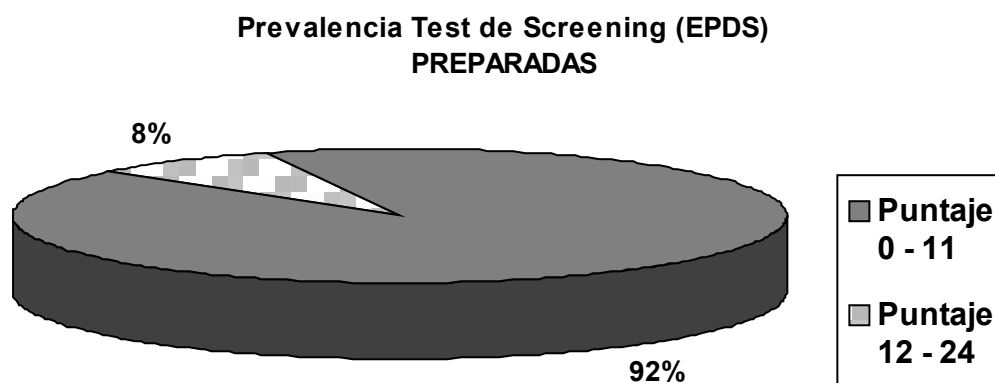
(Gráfico 1)



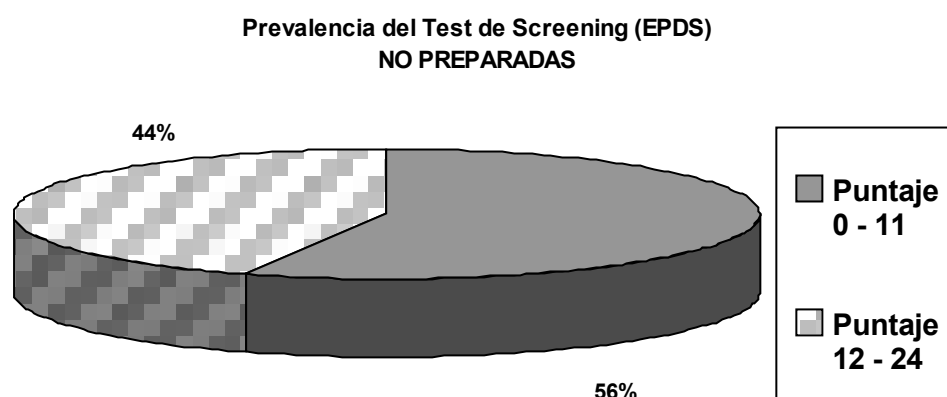
(\*) Prevalencia del Test de Screening (EPDS).

Teniendo en cuenta que no se trata de un método diagnóstico, sino de rastreo y que el **Valor Predictivo Positivo** es de 75%, podemos esperar una **Prevalencia Real** de Depresión Post-Parto de 6% en las pacientes que habían realizado la prevención y 33% en las que no habían realizado ninguna prevención.

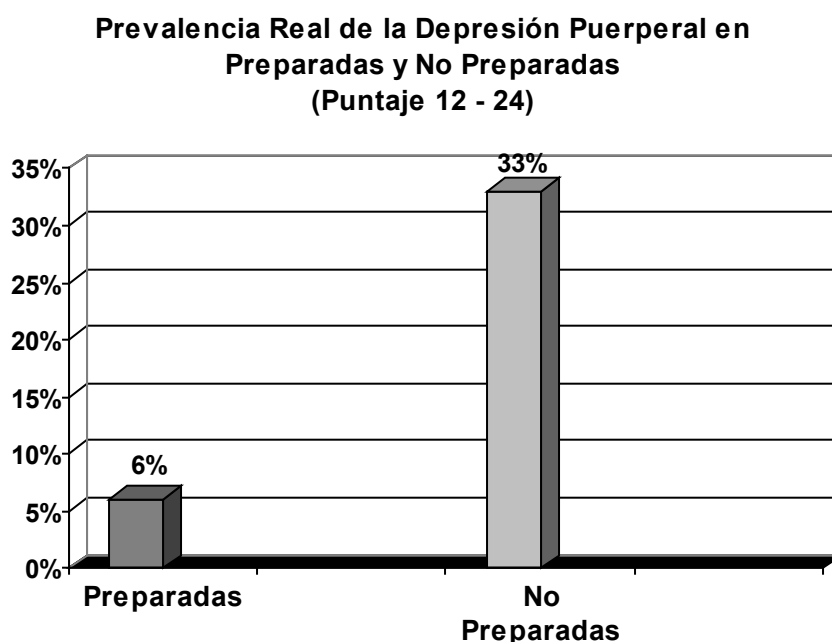
(Gráfico 2)



(Gráfico 3)



(Gráfico 4)



## V. Conclusiones

Luego de analizados los resultados obtenidos en los diferentes puntos de corte del Test de Edimburgo, podemos concluir afirmando que las nuevas estrategias incluidas al curso de Educación Maternal, constituyen un aporte importante para la prevención de la Depresión Puerperal, teniendo en cuenta los resultados alcanzados cuando se los compara aleatoriamente con otro grupo de pacientes no psicopreparadas.

Esta diferencia se puede apreciar en el Punto de Corte seleccionado para nuestro estudio, como así también en todos los otros cortes utilizados en los numerosos trabajos de validación efectuados en diferentes partes del mundo (ver tabla 1).

Debemos finalmente aclarar que con este nuevo aporte al **Método Sofropedagógico** se completa una serie de 3 trabajos de Investigación efectuados por el mismo equipo profesional, relacionado con

el enriquecimiento del método. Todos sus integrantes forman parte del cuerpo docente de la carrera “Licenciatura Binacional de Obstetricia” de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Entre Ríos; existiendo en el grupo profesores titulares de varias materias, estando todos ellos convencidos de la eficacia y calidad del Método Sofropedagógico, por lo que la formación de nuestras alumnas está signada en la esperanza de formar psicopreparatoras con una sólida formación en el tema.

### Notas

1. No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

### Referencias bibliográficas

- [6] Aguirre de Carcer, Álvaro. EDUCACIÓN MATERNAL. Edición del Autor. Madrid. España. 1979
- [7] Aguirre de Carcer, Álvaro. PREPARATORIA PARA EL PARTO. Editorial Morata. Madrid. España. 1995
- [3] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision. (DSM-IV-TR) DOI: 10.1176/appi.books.9780890423349.
- [5] Esteve, Luisa García y col. “Estudio de la Depresión Post-Parto en madres españolas: Detección, Incidencia y factores Asociados”. Fundación Clinic Recerca Biomédica. 1999/2000
- [4] Michael B. First, M.D., Allen Frances, M.D., and Harold Alan Pincus, M.D. DSM-IV-TR® Handbook of Differential Diagnosis. DOI: 10.1176/appi.books.9781585622658.
- [1] Schwarz- Sala- Duverges. OBSTETRICIA. Editorial ELATENEO. 5ta. Edición. 3ra. Reimpresión. 1997. Capítulo 9 “Enfermedades maternas inducidas por el embarazo o que lo complican”. Pág. 346-350 “Neuropatías y Psicopatías”.
- [8] Vega-Dienstmaier, J.M – Mazzotti Suárez, G. – Campos Sánchez, M. “Validación de una version en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo”. Actas Esp Psiquiatr 2002; 30(2):106-111
- [9] Zanoneta, Alberto Moreno - Domingues Casulari da Motta, Lucília – França, Paulo Sergio “Depresión Post Parto: Prevalencia del Test de Ratreo Positivo en púerperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil.”. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2004; 69(3): 209-213
- [2] [www.biblioteca.anm.edu.ar/icd.htm](http://www.biblioteca.anm.edu.ar/icd.htm) - Academia Nacional de Medicina (Buenos Aires - Edición original en ingles: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (c) Ginebra, OMS, 1992.