

Factores asociados a la percepción de eficacia materna durante el posparto

Claudia Navarro,¹ Laura Navarrete,¹ Ma. Asunción Lara¹

Artículo original

SUMMARY

The objective was to study maternal efficacy at two moments during the postpartum: at 6 weeks, and at between 4 and 6 months after delivery and its relationship with various socio-demographic and psychological factors in Mexican postpartum women. Maternal self-efficacy (MSE) is a concept that alludes to the mother's ability to perform her maternal role. It is defined as the judgment that the mother formulates concerning her own competence and the effectiveness with which she copes with the demands and needs of the infant. Some studies show that mothers who perceive themselves as possessing high self-efficacy exhibit more effective behaviors, as well as a greater ability to adapt and a capacity to respond and interpret the needs of the infant, as well as to encourage and stimulate him or her. Some of the factors that influence the perception of self-efficacy are social support, especially when provided by significant others, and when the support networks reinforce the belief that the task is being carried out adequately. Educational attainment and living with a partner act similarly. On the other hand, variables that have a negative effect include depression and high stress levels. In one way or another, MSE affects child rearing practices: those who perceive themselves to be effective are more involved in the activities of their children, in their cognitive stimulation at home during the pre-school period. Thus, MSE during the postpartum period exerts an influence on the mother-child relationship and the development of the latter, with long-term consequences. In short, the study of the perception of maternal self-efficacy is not only of theoretical interest, but also, knowledge of the manner in which it takes place and the factors that act upon it opens up the possibility of influencing the MSE, improving the maternal role and the infants' well-being. In Mexico, we were unable to find published data on this subject, which is why it is particularly important to study it.

Materials and methods

Participants. The study is a secondary data analyses from a research directed toward evaluating a psycho-educational intervention during pregnancy. The sample included women attending prenatal care at three health care institutions in Mexico City. Participants were interviewed at 6 weeks (n=149) and at between 4-6 months postpartum (n=156). Inclusion criteria were being >18 years of age, not being <26 weeks pregnant, having completed primary school and having depressive symptomatology and/or a prior history of depression. Exclusion criteria were presenting bipolar disorder or substance abuse. The sample was taken as a sole group, independent of whether the participants had

taken part in intervention (eight psycho-educational group sessions oriented toward preventing postpartum depression) or control conditions (treatment as usual provided by the institution), because no differences were found between these groups in terms of relevant variables (e.g. symptoms of depression).

Instruments. These included measurements in the following areas: 1. socio-demographic information; 2. the Maternal Self-Efficacy Questionnaire; 3. the Beck Depression Inventory second edition (BDI-II); 4. Social Support Rate Scale (SSRS) and the Family Adaptation, Partnership, Growth, Affection, and Resolve (Family APGAR); 5. Anxiety scale, the Hopkins Symptoms Check List-90 (HSCL-90); 6. the Coopersmith Self-Esteem Inventory, and 7. stressing events, with a 12 item scale.

Procedure. After selection of participants based on inclusion criteria, these were assigned randomly to either the control or the intervention group. After delivery, the aforementioned instruments were applied to participants by means of an interview at the two moments of the postpartum period. Two logistic regression analyses were conducted (one for each postnatal point) to evaluate the relationship between socio-demographic (age, schooling, civil status, number of pregnancies) and psychological (symptoms of depression and anxiety, self-esteem, stressing events, social support) variables on MSE. Additionally, pertaining to the intervention and control condition was introduced in the analyzes in order to control for the possible effect of participation in the intervention.

Results

With respect to sample characteristics, there was a similar number of women <26 (47.3%) than women aged >26 years (52.7%); the majority had >10 years of schooling (66.7%), had a partner (married or cohabitating) (86%), and had less than one pregnancy (62.7%). Logistic regression analyzes for 6 weeks postpartum showed that not having a partner (Odds ratio [OR]=1.98), postpartum depressive symptomatology (OR=2.39), stressful events (OR=2.18), and belonging to the control group (OR=4.37) were related to a low maternal self-efficacy; for the period of 4-6 months postpartum, not having a partner (OR=2.97), less schooling (OR=2.18), and postpartum depressive symptomatology (OR=3.97) were associated with the variable under study.

Discussion

Postnatal depressive symptomatology and not having a partner predicted low perception of maternal self-efficacy at 6 weeks and at

¹ Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Correspondencia: Ma. Asunción Lara. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calzada México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México, D.F. Tel. (55) 4160 5170. Fax. (55) 5655 7999. E-mail: laracan@imp.edu.mx

Recibido primera versión: 19 de marzo de 2010. Segunda versión: 12 de agosto de 2010. Tercera versión: 5 de octubre de 2010. Aceptado: 15 de octubre de 2010.

4-6 months postpartum, which indicates that its effect is more chronic. The repercussion of depression can be explained by the reduction of the sensation of maternal capacity that it produces, while not having a partner, which is one of the most important supports for the adaptation of the women to maternity, renders maternal performance difficult. The presence of stressful events at 6 postnatal weeks also hampers the perception of self-efficacy in the care of the infant, which is explicable because of the great demands to which the mother is submitted due to the baby's young age during this period. For its part, limited schooling exerted adverse effects 4-6 months after delivery. It has been documented that this variable is closely associated with mental health in general; it reduces the resources for coping with stress and deteriorates self-esteem. Finally, being part of the control group, that is, not having participated in the psycho-educational intervention, negatively influenced maternal self-efficacy, but had no effect at 4-6 months postpartum. This result that shows that in a first instance participating in a certain condition affected the dependent variable plus the fact that the selection criterion for the main study was that they all scored in depressive symptoms restricts the generalization of these findings.

The implications of these findings are that perception of maternal self-efficacy could be improved through specific programs directed toward women displaying limited educational attainment, lack of a partner, postpartum depressive symptoms, and stressing events. The benefit would not only translate into a more positive feeling of the mother with respect to her abilities, but also, theoretically, into a better performance of her maternal role, and consequently, into the well-being and development of their infants.

Key words: Maternal efficacy, postpartum depression, schooling, stress.

RESUMEN

El objetivo es estudiar la percepción de la eficacia materna (PEM) en el posparto y su relación con diversas variables sociodemográficas y psicológicas. La PEM se define como el juicio que la madre formula sobre su propia competencia y efectividad para enfrentar las demandas y necesidades del infante. Conocerla facilita la comprensión de su actitud y sus respuestas frente a los requerimientos de los hijos. Evaluar los factores que la afectan abre la posibilidad de influir sobre la misma para mejorar el desempeño materno y, por ende, el bienestar de los infantes.

Método

Participantes. El estudio es un análisis secundario de datos de una investigación dirigida a evaluar una intervención psicoeducativa durante el embarazo. La muestra incluyó a mujeres que asistían a atención prenatal en tres instituciones de salud de la Ciudad de México. Fueron entrevistadas a las seis semanas (N=149) y entre los cuatro y seis meses posparto (N=156). Un criterio de inclusión fue presentar síntomas de depresión. La muestra se tomó como un solo grupo independiente-

mente de que las participantes hubieran tomado parte en la condición de intervención (ocho sesiones psicoeducativas orientadas a prevenir la depresión posparto) o control (tratamiento regular de la institución), por no encontrarse diferencias entre las mismas en las variables relevantes (por ejemplo, síntomas de depresión).

Instrumentos. Se incluyeron las siguientes áreas: 1. Información sociodemográfica, 2. Cuestionario de Eficacia Materna (*Maternal Efficacy Questionnaire*), 3. Inventario de Depresión de Beck (IDB-II), 4. Apoyo social (*Social Support Appar*), 5. Escala de Ansiedad (*Hopkins Symptoms Check List-90*), 6. Inventario de Autoestima (Coopersmith) y 7. Sucesos estresantes. Se condujeron dos análisis de regresión logística (uno para cada punto de medición posnatal) para evaluar la relación de las variables sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil, número de embarazo) y psicológicas (síntomas de depresión y ansiedad, autoestima, sucesos estresantes, apoyo social) sobre la percepción de eficacia materna. Adicionalmente, la pertenencia al grupo de intervención o control se introdujo en los análisis para evaluar el posible su efecto sobre la variable dependiente.

Resultados

A las seis semanas posparto dicho análisis mostró que no tener pareja y presentar sintomatología depresiva y sucesos estresantes, así como pertenecer al grupo control, se relacionaron con baja percepción de eficacia materna. En el periodo de cuatro a seis meses posparto, no tener pareja, una menor escolaridad y sintomatología depresiva fueron las que se relacionaron con dicha variable.

Discusión

La sintomatología depresiva posparto y no tener pareja predijeron baja percepción de eficacia materna en ambos momentos en que se midieron, lo que indica que su efecto es más crónico. Los síntomas de depresión influyen en la sensación de capacidad de la madre, mientras que, al ser la pareja uno de los apoyos más importantes en este momento, su ausencia dificulta su desempeño, al recaer sobre ella todas las responsabilidades. Los sucesos estresantes a las seis semanas posnatales también dificultan la percepción de eficacia ya que se conjuntan con las grandes demandas a las que la madre está sometida por la corta edad del bebé. Pertenecer al grupo de intervención y control sí tuvo un efecto sobre la eficacia a las seis semanas: pertenecer al segundo tuvo uno menos favorable sobre la variable en estudio. Este resultado, junto con el hecho de que la muestra del estudio primario tenía como requisito para su conformación que las mujeres presentaran síntomas de depresión, restringe la generalización de los mismos.

Una de las implicaciones de estos datos es que la percepción de eficacia materna podría mejorarse con programas dirigidos a mujeres que presenten baja escolaridad, que no tengan pareja y padezcan síntomas de depresión posnatales o sucesos estresantes.

Palabras clave: Eficacia materna, depresión posparto, escolaridad, estrés.

INTRODUCCIÓN

Percepción de eficacia materna (PEM) es un concepto utilizado para referirse a las creencias de la madre sobre su habilidad para desempeñarse en su rol materno.¹ Se define como el juicio que ella formula sobre su propia competencia y eficiencia para enfrentar las demandas y necesidades

del infante.² Las madres se adecuan paulatinamente a los requerimientos de la crianza y dicho juicio influye en la mayor o menor destreza con que se desempeñan.³ El conocer la mencionada percepción ayuda a predecir la conducta de las personas y, en el caso de las madres, facilita la comprensión de su actitud y respuesta frente a las demandas de los hijos.^{4,5} El creer poseer las capacidades adecua-

das influye en los pensamientos y acciones elegidas para empeñar esfuerzos, enfrentar desafíos y lograr metas.

La relación entre percepción de eficacia y desempeño es bidireccional.¹ La sensación de eficacia lleva a mayores logros y tiende a persistir, mientras que no tenerla conduce a rendirse prematuramente y a mantener la baja valoración de uno mismo. Algunos estudios muestran que las madres que se perciben con elevada eficacia tienen comportamientos más eficientes,^{2,6} así como mayor habilidad de adaptación y capacidad para responder e interpretar las necesidades del infante, alentarlos y estimularlos.⁷

Son diversos los factores que influyen en la percepción de eficacia. Entre los que la afectan positivamente está contar con apoyo social,^{2,8,9} sobre todo cuando es proporcionado por figuras significativas¹⁰ y cuando las redes de apoyo refuerzan la creencia de que la tarea se lleva a cabo adecuadamente.^{11,12} Asimismo, la autoestima aporta a la madre un sentimiento de seguridad respecto a sus habilidades.¹³ En igual sentido actúan la escolaridad, vivir en pareja^{8,14} y mayor edad.² Por otra parte, los elementos que la afectan de manera negativa son la ansiedad,¹⁵ la depresión^{2,3,8} y los altos niveles de estrés.^{3,14,16}

La PEM afecta, en un sentido u otro, las prácticas de crianza y la manera de hacer frente a las dificultades en la educación de los hijos: quienes se perciben eficaces se involucran más en sus actividades y en su estimulación cognitiva en casa en el periodo preescolar. Es así que la PEM tiene, durante el posparto, influencia en la relación madre-hijo y en el desarrollo de éste, con consecuencias a largo plazo.¹⁴

En suma, el estudio de la percepción de la eficacia materna no sólo interesa teóricamente, sino que conocer cómo acontece y cuáles factores la afectan abre la posibilidad de influir sobre la misma, mejorando el desempeño del papel materno y, por ende, el bienestar de los infantes.

En nuestro país no se encuentran datos publicados a este respecto. Por tal motivo, el objetivo del trabajo es estudiar la percepción de la eficacia materna en dos momentos durante el posparto, a las seis semanas y entre los cuatro y seis meses después de dar a luz y su relación con diversas variables sociodemográficas y psicológicas (edad, escolaridad, estado civil, número de embarazo, síntomas de depresión y ansiedad, autoestima, sucesos estresantes y apoyo social).

MATERIAL Y METODO

Participantes

La muestra incluyó a mujeres que formaban parte de un estudio dirigido a evaluar una intervención psicoeducativa durante el embarazo para prevenir la depresión posparto.¹⁷ Se llevó a cabo en tres instituciones de atención prenatal en la Ciudad de México: un hospital de tercer nivel de atención, uno de segundo y un centro comunitario de salud.

Los criterios de inclusión fueron: tener más de 18 años, no más de 26 semanas de embarazo, haber completado la primaria, no presentar un trastorno bipolar ni abuso de sustancias y padecer sintomatología depresiva y/o historia previa de depresión. Las participantes fueron entrevistadas en tres momentos: durante el embarazo, a las seis semanas y entre los cuatro y seis meses después de dar a luz. Los motivos para determinar estos momentos en el posparto fueron dar un tiempo para que la madre se adaptara a su nueva situación –seis semanas– y tener una segunda medición aún dentro del lapso que se considera depresión posparto –entre los cuatro y seis meses–. De 377 mujeres entrevistadas la primera ocasión, 149 lo fueron en la segunda y 156 en la tercera. Los datos para este estudio se tomaron de las dos últimas. Esto significa que hubo una pérdida considerable de sujetos, problema que se discute en otro trabajo.¹⁸ El 80% de las mujeres fueron entrevistadas en las dos ocasiones, mientras que el 20% restante sólo lo fue en alguna de ellas.

Instrumentos

Se ordenaron en un cuestionario que constituyó la base de una entrevista. Para este artículo se utilizaron las siguientes secciones.

1. Datos sociodemográficos. Edad, escolaridad, estado civil (con/sin pareja) y número de embarazo (primípara/multípara).
2. Cuestionario de Eficacia Materna (Maternal Efficacy Questionnaire, MEQ por sus siglas en inglés).² Es una escala de 10 reactivos que evalúa los sentimientos de eficacia de la madre en relación con situaciones específicas de cuidado del infante (por ejemplo, si entiende las necesidades del bebé y si puede hacer que éste entienda sus deseos). Se contesta en una escala tipo Likert (que va de 1= nada buena a 4= muy buena). La escala tiene alta confiabilidad ($\alpha=0.88$) y está diseñada para aplicarse en el posparto.² La versión en español se tomó de la utilizada para población perinatal de origen hispano que vive en los Estados Unidos (en la que 67.5% había nacido en México), que mostró una buena consistencia interna ($\alpha=0.82$ a los seis meses y $\alpha=0.79$ a los 12 meses posparto).¹⁹ Como no ha sido utilizada directamente en México, volvimos a evaluar la consistencia interna, que resultó muy similar a la anterior ($\alpha=0.81$ a las seis semanas PP y $\alpha=0.78$ a los cuatro-seis meses PP). En ausencia de parámetros para población en general, se tomó el punto de corte de treinta y uno –percentil 75– para definir la alta/baja eficacia materna.
3. Inventario de Depresión de Beck (IDB-II).²⁰ Es una versión del IDB²¹ que evalúa los síntomas que se presentan en las dos últimas semanas, a diferencia del original²¹ que los evalúa los últimos siete días. Se compone de 21 reactivos que contemplan cuatro alternativas de

respuesta sobre la gravedad/intensidad del síntoma. Su confiabilidad interna es alta ($\alpha=.92$).²⁰ Penley,²² trabajó una versión en español para población de origen latino en los EU. El punto de corte aceptado es de catorce.^{20,22} En México, su validez concurrente ($r=0.70$) y su confiabilidad ($\alpha=0.87$) son buenas.²³

4. Apoyo social (Social Support Apgar, SSA por sus siglas en inglés).²⁴ Mide la percepción y satisfacción con distintas fuentes de apoyo (pareja, madre, otros familiares, amigos y otras personas conocidas) y diversos tipos de apoyo (accesibilidad a sus fuentes de apoyo, posibilidad de compartir problemas, aceptación y apoyo de sus deseos, respuestas acordes a sus emociones, tiempo compartido). Consta de 30 preguntas que se responden según el grado de satisfacción (1= casi nunca; 2= algunas veces; 3= casi siempre). Según datos de su autora, la confiabilidad interna de esta escala es alta ($\alpha=.90$). Sheng et al.,²⁵ trabajaron la versión en español con mujeres de origen latino que viven en los EU y la confiabilidad que determinaron fue excelente ($\alpha=.94$). El punto de corte propuesto es de veinte.²⁴ De nuevo, ya que no se ha usado en México, evaluamos la consistencia interna, misma que fue muy alta ($\alpha=0.90$ a las seis semanas y $\alpha=0.91$ a los cuatro-seis meses PP).
5. Escala de Ansiedad del Symptoms Check List-90 (*Hopkins Symptoms Checklist*, SCL-90 por sus siglas en inglés).²⁶ Tiene 10 reactivos que evalúan el grado de malestar las últimas dos semanas. Se contesta en una escala de cinco puntos (nada=0, extremadamente=4). Ha mostrado adecuada validez y confiabilidad en población mexicana.^{27,28} El punto de corte es de dieciocho.²⁸
6. Inventario de Autoestima de Coopersmith.²⁹ Incluye 25 afirmaciones con respuestas dicotómicas (1=Sí, 0=No). Ha sido validado³⁰ y utilizado en México.³¹ El punto de corte es de diecinueve.³⁰
7. Sucesos estresantes. Se usó una versión breve de 12 reactivos de los 23 originales desarrollados en México, elegidos por representar situaciones estresantes en este momento del ciclo reproductivo (en las áreas de familia, pareja, salud, economía e hijos).³² Evalúa la presencia o ausencia del suceso y el grado de tensión que produce (0=no ocurrió el suceso u ocurrió y no produjo estrés; 1=ocurrió y produjo muy poco estrés; 2=ocurrió y produjo estrés moderado; 3=ocurrió y produjo mucho estrés). Para el presente trabajo se tomó el punto de corte de trece, establecido por el percentil 75.

Procedimiento

Como ya se mencionó, éste es un análisis secundario de un estudio más amplio, para el cual se contactó a mujeres embarazadas en las salas de espera de los escenarios ya mencionados. Se invitó a quienes cumplieron los criterios y, las que aceptaron, firmaron una carta de consentimiento

informado, la cual se leyó y presentó por escrito. Posteriormente, fueron asignadas de manera aleatoria a una de dos condiciones: control (tratamiento habitual de la institución) e intervención (participación en ocho sesiones psicoeducativas grupales orientadas a prevenir la depresión posparto).^{17,19,33,34} Psicólogas capacitadas realizaron las entrevistas en el embarazo y después de dar a luz, a las seis semanas (N=149; 71 de intervención y 78 de control) y entre los cuatro y seis meses posparto (N=156; 78 de intervención y 78 de control). Para los objetivos de este artículo se usaron los datos de estas dos entrevistas, mismos que se tomaron como un solo grupo, independientemente de que las participantes hubieran tomado parte en la condiciones de intervención o control, por no encontrarse diferencias en las variables relevantes, como la sintomatología depresiva y ansiosa, ni en aspectos sociodemográficos.¹⁷

Análisis de datos

Se corrieron dos análisis de regresión logística (uno para cada punto de medición posnatal) para evaluar la relación de las variables sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil, número de embarazo) y psicológicas (síntomas de depresión y ansiedad, autoestima, sucesos estresantes, apoyo social) sobre la percepción de eficacia materna. Las variables sociodemográficas se midieron en el embarazo y las psicológicas durante el posparto. Con base en la bibliografía se esperaba que la presencia de sucesos estresantes, de síntomas de ansiedad y depresión, la baja autoestima y la carencia de apoyo social afectarían negativamente la percepción de eficacia materna. Adicionalmente, se introdujo una variable que se denominó condición (participación en grupo de intervención o control) como control del posible efecto de la participación en la intervención. Las variables se ingresaron de manera dicotómica utilizando los puntos de corte antes mencionados, ya que resultaron ser más sensibles que sin traducirlas como variables continuas. Los análisis se realizaron por medio del programa estadístico SPSS versión 15.

RESULTADOS

Características de la muestra: Hubo casi igual número de participantes menores de 26 años (47.3%) que mayores a esta edad (52.7%); la mayoría contaba con más de 10 años de estudio (66.7%), tenía pareja (casada o en unión libre) (86%) y había tenido más de un embarazo (62.7%).

El 43% se percibió como poco eficaz a las seis semanas y el 41.6% a los 4-6 meses (MEQ). Los síntomas de depresión (IDB-II) se presentaron en 36.4% y 43.1%, respectivamente, y los de ansiedad (SCL-90) en 10.6% y 9.0%. El 46.7% y 47.9% mostraron baja autoestima (Coopersmith); 27.8% y 37.0% no se sentían satisfechas con el apoyo social que

Cuadro 1. Características de la muestra

	6 semanas PP (n=149) %	4-6 meses PP (n=156) %
Eficacia materna (MEQ)		
≤30	43.0	41.6
≥31	57.0	58.4
Depresión (IDB-II)		
≤13	63.6	56.9
≥14	36.4	43.1
Ansiedad (SCL-90)		
≤17	89.4	91.0
≥18	10.6	9.0
Autoestima (Coopersmith)		
≤18	46.7	47.9
≥19	53.3	52.1
Apoyo social (SSA)		
≤19	27.8	37.0
≥20	72.2	63.0
Sucesos estresantes		
≤12	76.8	79.4
≥13	23.2	20.6

recibían (SSA) y 23.2% y 20.6% experimentó sucesos estresantes (cuadro 1).

Los resultados del análisis de regresión logística para el periodo de seis semanas posparto mostraron que no tener pareja (OR=1.98), presentar sintomatología depresiva (OR=2.39), haber experimentado sucesos estresantes (OR=2.18) y pertenecer al grupo control (OR=4.37) se relacionaron con una baja percepción de eficacia materna, mientras que el mencionado análisis para el periodo de cuatro a seis meses posparto indicó que no tener pareja (OR=2.97), menor escolaridad (OR=2.18) y experimentar sintomatología depresiva (OR=3.97) se asociaron con la variable en estudio.

DISCUSIÓN

El objetivo del trabajo fue conocer, en una muestra de mujeres mexicanas, la percepción de eficacia materna en dos momentos del posparto: a las seis semanas y entre los cuatro y seis meses y los factores sociodemográficos y psicológicos que la afectan. En primer lugar, se encontró que alrededor de 40% de las entrevistadas se percibió como poco eficaz, en ambos momentos del posparto. Esta cifra, que parece elevada, podría explicarse por el hecho de que, para este análisis secundario, se trabajó con una muestra en que un criterio de inclusión fue presentar sintomatología depresiva en el embarazo. Esta condición pudo haber influido en la baja percepción de eficacia, ya que, como se observó en los análisis de regresión logística, ambas variables están relacionadas.

La sintomatología depresiva posnatal y no tener pareja predijeron baja percepción de eficacia materna a las seis

semanas y a los cuatro-seis meses posparto, lo que indica que su efecto es más crónico, y por lo tanto más nocivo, que el de los otros factores. Respecto a la primera, se sabe que tiene alta frecuencia^{2,35} y que no sólo tiene un efecto adverso sobre la percepción de la madre respecto a su competencia,^{2,19,36} sino también afecta otras dimensiones de la relación madre-hijo y el desarrollo del mismo.^{37,38} De acuerdo con Haslam,¹¹ los síntomas de depresión disminuyen la sensación de control, confianza, capacidad y adaptación de la madre. Por este motivo requieren de mayor cuidado y estudio en la atención perinatal. En cuanto a no tener pareja, no extraña su efecto adverso ya que, como se sabe, ésta constituye, en esta etapa de la vida, uno de los apoyos más importantes para la adaptación de la mujer a la maternidad.^{2,8,14,25} Las madres que cuentan con el apoyo de su compañero están más satisfechas con su papel y desempeño, con el infante y con su vida en general.³⁹ Con base en observaciones clínicas, Stern⁴⁰ hace hincapié en que en esta etapa de la vida la madre se ve sometida a enormes demandas, por lo cual necesita sentirse apoyada por las personas cercanas.

Los sucesos estresantes afectaron la percepción de eficacia, al igual que en otras investigaciones,^{14,16} a las seis semanas, pero no en el segundo momento de medición. Esto sugiere que los altos niveles de estrés vuelven a la madre ineficiente en el cuidado del infante, cuando éste es más pequeño y, por lo tanto, requiere de mayor atención de ella. Tener menor escolaridad tuvo un efecto negativo, similar a lo informado en otros estudios,^{2,8,14} a los seis meses. La escolaridad es una condición primordial que, cuando es limitada, tiene un impacto muy grande en la salud mental,⁴¹ reduce las habilidades para manejar el estrés,⁴² dificulta la búsqueda de atención en salud⁴³ y deteriora la autoestima.⁴⁴ En este sentido, la madre que tiene menor escolaridad puede no contar con suficientes conocimientos y confianza en ella misma para desempeñarse en su papel, lo cual es más necesario conforme crece su hijo/hija y debe tomar mayor número de decisiones (cuatro-seis meses posparto).

Dos variables que no tuvieron efecto fueron la edad y la autoestima. Esto pudo deberse a que la muestra tenía una edad homogénea, lo mismo que el grado de autoestima.

Finalmente, la pertenencia al grupo control, esto es, no haber participado en la intervención psicoeducativa, tuvo un efecto sobre la percepción de eficacia, en el sentido de que fue poco favorable. Este resultado, junto con el hecho de que la muestra del estudio original tenía como requisito para su conformación que las mujeres presentaran síntomas de depresión, restringe la generalización de los mismos.

En conclusión, se encontró que la percepción de eficacia materna es un tema que se ha estudiado poco en nuestro país, no obstante su relevancia, como lo muestran estos resultados. En síntesis, se vio que un alto porcentaje de las

mujeres se percibió en el posparto como poco eficaz y que esta eficacia se vio afectada por los síntomas de depresión y por no tener pareja, en ambos momentos del posparto, por padecer sucesos estresantes a las seis semanas y por tener menor escolaridad, que afectó la percepción de eficacia materna a los cuatro-seis meses posparto. Si bien estos datos coinciden con los de otros estudios y fueron obtenidos con una metodología sólida, deben tomarse con cautela, toda vez que el estudio no se planeó específicamente para estos objetivos. Esto significó que todas las participantes fueran seleccionadas con base en que tuvieran síntomas de depresión, lo que limita la generalización de los resultados.

Los datos sugieren que la percepción de eficacia materna podría mejorarse a través de programas dirigidos a mujeres que presenten las características antes señaladas –baja escolaridad, no tener pareja, síntomas de depresión o sucesos estresantes–. El beneficio no sólo redundaría en un sentimiento más positivo de la madre respecto a sus capacidades, sino, teóricamente, en un mejor desempeño de su papel materno y, finalmente, en bienestar y mejor desarrollo de los infantes.

AGRADECIMIENTOS

El estudio fue financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT, Salud-2003-C01.021).

Agradecemos la colaboración y apoyo en la investigación a: el Centro de Salud José Castro Villagrana, Hospital de Especialidades de la Mujer de la SEDENA y el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Y al equipo de trabajo: Teresa García-Hubard, Cecilia Mattei-Gentili, Gabriela Letechipía, Erika Trujillo, Yazmín Quintero, Sofía Arce, Alejandra Guerrero, Araceli Aguilar, Brenda Jiménez y Rita Acoltzi.

REFERENCIAS

- Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977;84:191-215.
- Teti D, Gelfand D. Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Dev* 1991;62:918-929.
- Freeman, Cynthia R. Relative contributions of mastery, maternal affective states, and childhood difficulty to maternal self-efficacy. *Sciences Engineering* 2007;67(10-B):6111.
- Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. USA: 1997.
- Bandura A. Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. *Evaluar* 2002;2:1-37.
- Sanders MR, Woolley ML. The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: implications for parent training. *Child Care Health Dev* 2005;31(1):65-73.
- Donovan WL, Leavitt LA, Walsh RO. Maternal. Self-efficacy: illusory control and it's effect on susceptibility to learned helplessness. *Child Dev* 1990;61:1638-1647.
- Eaton M. Self-efficacy in first-time mothers: a comparison of younger and older mothers. Department on Family Studies and Human Services College of Human Ecology. Manhattan, Kansas: Kansas State University; 2007.
- Lewis MA, Rook KS. Social control in personal relationships: Impact on health behaviors and psychological distress. *Health Psychol* 1999;18:63-71.
- Bates J, Bennett-Freeland C, Lounsbury M. Measurement of infant difficulty. *Child Dev* 1979;50:794-803.
- Haslam K, Pakenham A, Smith A. Social support and postpartum depressive symptomatology: The ediating role of maternal self-efficacy. *Infant Ment Health J* 2006;27(3):276-291.
- Cutrona C, Troutman B. Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Dev* 1986;57:1507-1518.
- Ruchala P, James D. Social support, knowledge of infant development, and maternal confidence among adolescent and adult mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1997;26:685-689.
- Machida S, Taylor A, Kim J. The role of maternal beliefs in predicting home learning activities in head start families. *Fam Relat* 2002;51:176-184.
- Knudson-Martin C, Silverstein R. Suffering in silence: a qualitative meta-data-analysis of postpartum depression. *J Marital Fam Ther* 2009;35(2):149-158.
- Wells-Parker E, Miller DI, Topping S. Development of control of outcome scales and self-efficacy scales for women in four life roles. *J Pers Assess* 1990;54:564-575.
- Lara MA, Navarro C, Navarrete L. Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: A randomized control trial. *J Affect Disord* 2010;122:109-117.
- Lara MA, Navarro C, Navarrete L, Le HN. Retention rates and potential predictors in a longitudinal randomized control trial to prevent postpartum depression. *Salud Mental* 2010;33(5):429-436.
- Le H, Sharon F. Culture, context, and maternal self-efficacy in Latina mothers. *Appl Dev Sci* 2008;12(4):198-201.
- Beck A, Steer R, Brown G. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:53-63.
- Penley J, Wiebe J, Nwosu A. Psychometric properties of the Spanish Beck Depression Inventory-II in a medical sample. *Psychol Assess* 2003;15:569-577.
- Jurado S, Villegas ME, Méndez L, Rodríguez F et al. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental* 1998;21(3):26-31.
- Norwood S. The social support Apgar: Instrument development and testing. *Res Nurs Health* 1996;19:143-152.
- Sheng X, Le HN, Perry D. Transcult perceived satisfaction with social support and depressive symptoms in perinatal Latinas. *Nurs* 2010;21(1):35-44.
- Derogatis L. SCL-90-R. Revised version manual 1. USA: Nacional Computer Systems, Inc.; 1978.
- Cruz C, López L, Blas C, González L et al. Datos sobre la validez y confiabilidad de las Symptom Check List 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental* 2005;28(1):72-81.
- Lara C, Espinosa I, Cárdenas ML, Fócil M et al. Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental* 2005;28(3):42-50.
- Coopersmith S. The antecedents of self-esteem. Palo Alto, California: Consulting Psychologists' Press; 1981.
- Lara MA, Verdusco MA, Acevedo M, Cortés J. Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos, en población mexicana. *Rev Latinoam Psicol* 1993;25(2):247-255.
- Salgado de Snyder N. Family life across the border: Mexican wives left behind. *Hispanic J Behav Sci* 1993;15(3):391-401.
- Lara MA, Navarro C, Navarrete L. Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. *Salud Pública Mex* 2004;46:378-387.
- Lara MA, García T. Despertando tu amor para recibir a tu bebé. Como prevenir la Tristeza y la depresión posparto en el embarazo y después del parto. México: Pax; 2009.
- Lara MA, García MT. Prevención de la depresión posparto: Guía para orientadoras. México: Pax; 2010 (en prensa).

35. Weissman MM, Jensen P. What research suggests for depressed women with children. *J Clin Psychiatry* 2002;63:641-647.
36. Salonen AH, Kaunonen M, Astedt-Kurki P, Järvenpää AL et al. Parenting self-efficacy after childbirth. *J Adv Nurs* 2009;65(11): 2324-2336.
37. Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A et al. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Can J Psychiatry* 2004;49(11): 726-35.
38. Diego M, Fued T, Hernández-Reif M, Cullen C et al. Prepartum, postpartum, and chronic depression effects on newborns. *Psychiatry* 2004;67:63-80.
39. Crnic K, Greenberg M. Maternal stress, social support, and coping: Influences on early mother-child relationship. En: Boukydis C (ed.). *Research on support for parents and infants in the postnatal period*. New Jersey: Ablex; 1987.
40. Stern DN. *La constelación familiar. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós; 1997.
41. Chevalier A, Feinstein L. *Sheepskin or Prozac: The causal effect of education on mental health*. IZA Discussion Papers 2231. Londres: Institute for the Study of Labor; 2006.
42. Kubzansky LD, Kawachi I, Sparrow D. Socioeconomic status, hostility, and risk factor clustering in the normative aging study: Any help from the concept of allostatic load?. *Society Behavioural Medicine* 1999;21:330-338.
43. Goldman D, Lakdawalla D. *Understanding health disparities across education groups*. NBER Working Paper no. 8328. Cambridge, Mass: National Bureau of Economic Research; 2001.
44. Malka A, Miller DT. Political-economic values and the relationship between socioeconomic status and self-esteem. *J Pers* 2007;75:25-42.

Artículo sin conflicto de intereses

RESPUESTAS DE LA SECCION
AVANCES EN LA PSIQUIATRIA
Autoevaluación

1. E
2. A
3. C
4. E
5. D
6. A
7. D
8. D
9. D
10. A
11. E
12. C
13. E
14. E