Depresión Materna: Comentarios sobre Cummings & Kouros; Campbell; Goodman & Rouse; Toth & Peltz; and Cooper, Murray & Halligan

Thomas G. O'Connor, PhD, Anne S. Burke, BA

University of Rochester Medical Center, EE.UU.

Julio 2010

Introducción

Las revisiones presentadas en esta sección, escritas por investigadores destacados, ofrecen una descripción breve y confiable sobre los resultados clave de las investigaciones en el área y de cómo éstos pueden influir en las políticas y en la práctica. Lo hacen mediante la articulación de una serie de preguntas de investigación clínica, con resultados que conllevan implicaciones considerables tanto para los individuos y las familias afectadas, como para la sociedad en general. Existe un acuerdo substancial en las revisiones acerca de lo que se sabe y lo que aún no es claro. Además, hay un acuerdo en la manera cómo estos autores conceptualizan la tarea de entender el impacto de la depresión materna y la manera como los investigadores en otras áreas de la ciencia del comportamiento luchan por entender el impacto de las exposiciones al riesgo. Por consiguiente, si logramos manejar algunas de las cuestiones prácticas y estratégicas

presentadas en estas revisiones - precisando las fuentes de las diferencias individuales en la exposición al riesgo, integrando modelos y las mediciones biológicas y psicológicas, traduciendo la comprensión científica para mejorar la detección y el tratamiento – entonces haremos avances que podrán generalizarse a otros problemas clínicos multi-determinados.

Investigaciones y Conclusiones

Estos reportes dicen poco que cause desacuerdo; de manera más positiva, estos informes resaltan importantes lecciones para esta área en particular y para las investigaciones sobre desarrollo psicológico de manera más amplia. El énfasis de Toth y Peltz[1] sobre la necesidad de dar cuenta de los múltiples factores biológicos, es una característica de los protocolos de investigación contemporáneos; la atención que Goodman y Rouse[2] prestan hacia los mecanismos y hacia las preguntas acerca del momento en el desarrollo en el cual sucede la exposición al riesgo tipifica los programas de investigación líderes en una amplia gama de temas; el enfoque de Campbell[3] sobre la crianza (compartida por otros autores) resalta la necesidad en la práctica de teoría e intervención clínica que se enfoquen en los mediadores específicos de la exposición al riesgo; Cummings y Kouros[4] documentan la tendencia de las investigaciones a sé sobre-enfocarse en un riesgo en particular sobre los resultados en el desarrollo del niño sin considerar el contexto más amplio de la familia; Cooper y sus colegas[5] resaltan las ventajas que los estudios de tratamientos ofrecen sobre los diseños de investigación observacionales, y cómo los resultados de los estudios de tratamiento suponen nuevos retos para la teoría y los métodos.

Las revisiones identifican resultados que merecen ser reiterados y ampliados, a saber, a) el concepto del tiempo de desarrollo, b) los retos en hacer inferencias causales, c) la necesidad de incorporar modelos biológicos.

a) *Tiempo de desarrollo*. Un resultado que requiere de mayor consideración es que el efecto (o supuesto efecto) de la depresión materna sobre el niño es evidente desde la infancia. Eso puede ser una consecuencia de efectos genéticamente mediados que aparecen temprano (ver abajo). Sea o no que los factores genéticos se encuentran en juego, no obstante, esta observación implica que las investigaciones comprehensivas deben iniciarse temprano en el desarrollo. Los estudios que inician temprano en el desarrollo del niño, por ejemplo, permitirían realizar un seguimiento al diálogo evolutivo entre el niño y el padre al cual los autores discuten o aluden. Además, estudios que incluyen el período de la infancia temprana y la niñez podrían permitir una prueba acerca de sí los infantes son o no especialmente sensibles a los efectos de un cuidado temprano

entorpecido, como el que a menudo acompaña a la depresión materna. Estudios experimentales en animales6 demuestran que de hecho es así, y existe una clara necesidad de examinar si esto se extiende a humanos. Es importante destacar la sugerencia de que los estudios que comienzan en la primera infancia no se desprende de la evidencia sobre los efectos particulares de la depresión materna en la infancia, sino más bien de la necesidad de evaluar empíricamente esta posibilidad. Por ejemplo, en el caso de la depresión materna postparto, el efecto particular de la exposición temprana está lejos de ser cierto[7,8].

De hecho existen muchos problemas que surgen del no conocer suficiente sobre el rol del tiempo de desarrollo – la hipótesis de que hay ciertos períodos en del desarrollo del niño en el que él/ella es particularmente vulnerable al impacto de la depresión materna. Muchos estudios han contribuido resultados controversiales pero no han logrado resolver este debate. Por ejemplo, si los efectos de la depresión materna son observables durante los primeros meses de edad, entonces uno podría preguntarse en qué medida la calidad del cuidado parental es un factor causal (i.e., ¿es probable que cuidado parental haya tenido impacto en el desarrollo del niño en ese momento? No sabemos todavía). Una expresión práctica de esta cuestión científica es si existen o no períodos óptimos para intervenir. Por ejemplo, se han llevado a cabo intervenciones para madres deprimidas con niños pequeños, y se ha visto que pueden resultar en mejorías para el apego entre el hijo y su madre/padre[9]. Por lo que podemos concluir hasta el momento, no parece haber un punto (ej., edad del niño) a partir del cual las intervenciones dirigidas para a mejorar las relaciones padre-hijo o los resultados en el desarrollo del niño puedan demostrarse inefectivas.

b) *Inferencia causal.* La exposición a la depresión materna seguramente implica exposición a otros factores que comprometerían el desarrollo del niño (aún si no se combinaran con la depresión materna); muchos de estos son mencionados en los artículos presentados. Por ende, la depresión materna puede ser conceptualizada como una variable proxy, como la pobreza, el divorcio o reconstitución familiar, y muchos otros riesgos que dominan las investigaciones sobre desarrollo infantil y psicopatología. De hecho, dado que, por su naturaleza, la depresión materna aumenta el riesgo a otras adversidades (y resulta de otras adversidades), es reduccionista el dar cuenta de un efecto específico de la depresión materna. Esto no quiere decir que la depresión materna en sí mismo no es un objetivo valioso para las investigaciones e intervenciones, sino que los estudios de observación no tienen la capacidad para esclarecer efectos intrincados inherentemente.

Un ejemplo de esto es la depresión paterna. Se ha sugerido en las revisiones que la depresión paterna ha sido ignorada; el efecto de esto es potencialmente severo. El apareamiento selectivo para el desorden psiquiátrico – es decir, la tendencia de las mujeres con un desorden psicológico de aparearse con hombres con desórdenes psicológicos o viceversa – es muy conocido y obscurece los resultados de las investigaciones y los esfuerzos clínicos que se enfocan en sólo miembro de la pareja. Además, un estudio reciente demostró que aún en el periodo posparto, un periodo de riesgo convencionalmente atribuido a las mujeres, el riesgo de depresión es elevado en los hombres[10]. Otro estudio demostró que la depresión paterna posparto predijo problemas de adaptación en el niño, independientemente de la depresión materna posparto[11]. Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre la depresión materna posparto no mencionan la depresión paterna posparto, ni consideran el marco más amplio de la familia.

Los diseños de estudios de intervención deberían ser considerados particulamente valiosos debido a que ofrecen un mayor poder para realizar pruebas de hipótesis causales. Por ejemplo, varios estudios[12,13] sugieren que cambios en los niveles de depresión materna (inducidos a través de la intervención) tuvieron efectos de cascada positivos en los niños; lo que implica una relación mucho más sólida que las asociaciones obtenidas en los estudios de observación.

c) *Modelos biológicos.* Muchos contribuidores notaron que un enfoque exclusivo en los resultados conductuales de los niños es limitado. Si existen efectos en el comportamiento, entonces también debe haber efectos biológicos. En la actualidad no existe un modelo organizacional convincente que apunte a uno u otro enfoque sobre la investigación biológica sobre el impacto de la depresión materna, pero existen muchos candidatos, como se menciono. Un estudio longitudinal reciente es notable debido a que expandió la investigación sobre los síntomas maternos más allá de los resultados conductuales y sus causas subyacentes. Ese estudio relacionó los síntomas maternos con la enfermedad y marcadores específicos sobre el funcionamiento inmune en el niño[14]. Si la depresión materna puede estar relacionada de manera causal con la salud inmunológica o cardiovascular (y todavía no estamos ahí), entonces el impacto de la depresión parental sobre la salud pública de la sería sustancial, y el abordaje de la depresión parental seria vista como el foco prioritario por todos los proveedores de la salud en y no solo por los proveedores de salud mental.

Debido a la brevedad de los reportes, sería inevitable que algunos elementos importantes se dejaran por fuera o no se desarrollaran. El más obvio de estos elementos es la genética. Muchos contribuidores mencionan los factores genéticos, pero la implicación práctica de esto no es

particularmente muy clara. Estudios de gemelos y adopciones proporcionan cierta ventaja adicional para la detección de la interacción entre el genotipo y el ambiente. Estudios de genética molecular son probablemente más fáciles y baratos de realizar, aunque el reto aquí está en conocer lo que el alelo específico está haciendo, si se detecta algo. Y, aún no hay pruebas sólidas de que los factores genéticos predicen la respuesta al tratamiento. Estas son advertencias importantes para futuras investigaciones. No obstante, es constructivo que los efectos genéticos sean incluidos de forma fiable en estudios contemporáneos. Estudios relevantes demuestran que los factores genéticos pueden estar asociados a conductas de crianza[15] y que los efectos de la crianza sobre el niño pueden depender de la composición genética del niño[16]. Eso complementa la extensa evidencia de que la depresión materna se encuentra bajo algún grado de control genético. Sería inusual si el persistente (aunque posiblemente no extenso) rol de la genética como fue descrito aquí no fuese evidente en la cadena causal que relaciona a la depresión materna con el desarrollo del niño.

Implicaciones para el Desarrollo y las Políticas

Una de las más importantes pero más complejas implicaciones para las políticas concierne la magnitud de las diferencias individuales en el desarrollo humano. En pocas palabras, existe una amplia variación en las respuestas de los niños a factores estresantes, aún cuando hay énfasis en un tipo de estrés específico, como la depresión materna, y aún cuando la exposición es extrema, como en el caso de la crianza institucional[17]. Eso puede verse en la colección actual de trabajos, en los esfuerzos de los autores para caracterizar la mayoría de los resultados reportados, y aludir a factores tales como el temperamento del niño, la sofisticación cognitiva o cualquier número de otros factores que podrían influenciar el por qué algunos niños responden peor que otros. Incluso si la depresión materna fuese una exposición monolítica – y seguro no lo es – los efectos sobre los niños serían diversos debido a las varias fuentes de vulnerabilidad cognitiva, genética en los niños, entre otras.

Una amplia variación en los resultados de los niños expuestos a un riesgo particular implica que habrá una amplia variación en las respuestas a cualquier intervención basada en evidencia en particular – ya sea terapia familiar o visitas domiciliarias. Es por eso que hay mucho enfoque en estudios de intervenciones sobre la pregunta, “¿qué funciona para quién?”, o en lo que se conoce en la literatura investigativa como “moderadores” de los resultados del tratamiento. El mensaje explícito es que ninguna intervención en particular va a funcionar para todos; no todos los participantes responderán clínicamente a intervenciones basadas en la evidencia. Eso representa

una compleja y quizás no tan bienvenida historia que es difícil de transmitir rápidamente a un público, y es, por supuesto, inoportuno para mover las políticas hacia adelante. Tenemos que estar preparados para el resultado inevitable de que una intervención (clínica o de política) por cierto podrá tener diversos efectos – puede ser brillante para algunos, irrelevante para otros, y posiblemente aun contra-productivo para otros. Puede ser que el movimiento hacia la medicina individualizada, la cual sigue natural y lógicamente a la investigación genética, proporcionará una métrica para la selección y adaptación de las intervenciones. Pero aún no nos encontramos ahí. La flexibilidad en el tratamiento y en las políticas, por ejemplo, con respecto a una amplia gama de posibles intervenciones, es un mensaje clave.

Una segunda implicación es la necesidad de enfocarse en estimaciones de riesgo y adaptación poblacionales, un tema no tan abarcado en estas revisiones. Desafortunadamente, las investigaciones demuestran cuán difícil es alcanzar cambios a nivel de la población, y el número de estudios que califican como informativos al respecto es pequeño[18]. Es más, a pesar de los esfuerzos investigativos concertados durante muchos años, no se ha documentado una reducción en la depresión materna o en problemas de adaptación en los niños; por el contrario, se ha sugerido una epidemia de depresión infantil, aunque sin evidencia sólida[19]. Uno de los objetivos de las políticas podría ser comisionar los esfuerzos para entender cómo los éxitos en estudios de tratamiento individual y los avances en la investigación no generan poblaciones más saludables.

Referencias

1. Toth SL, Peltz J. Maternal depression. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters R DeV, Boivin M, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2009:1-8. Available at: http://www.child-encyclopedia.com/documents/Toth-PeltzANGxp.pdf. Accessed June 16, 2010.
2. Goodman SH, Rouse MH. Perinatal depression and children: A developmental perspective. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-7. Available at: http://www.child-encyclopedia.com/documents/Goodman-RouseANGxp.pdf. Accessed June 16, 2010.
3. Campbell SB. Maternal depression and children's adjustment in early childhood. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-5. Available at: http://www.child-encyclopedia.com/documents/CampbellSBANGxp.pdf. Accessed June 16, 2010.
4. Cummings EM, Kouros CD. Maternal depression and its relation to children's development and adjustment. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2009:1-6. Available at: http://www.child-encyclopedia.com/documents/Cummings-KourosANGxp.pdf. Accessed June 16, 2010.
5. Cooper P, Murray L, Halligan S. Treatment of postpartum depression. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-6. Available at: http://www.child-encyclopedia.com/documents/Cooper-Murray-HalliganANGxp.pdf.

Accessed June 16, 2010.

6. Caldji C, Tannenbaum B, Sharma S, Francis D, Plotsky PM, Meaney MJ. Maternal care during infancy regulates the development of neural systems mediating the expression of fearfulness in the rat. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 1998;95(9):5335-5340.

7. Kurstjens S, Wolke D. Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2001;42(5):623-636.

8. Halligan SL, Murray L, Martins C, Cooper PJ. Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: a 13-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders* 2007;97(1-3):145-54.

9. Toth SL, Rogosch FA, Manly JT, Cicchetti D. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: a randomized preventive trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74(6):1006-1016.

10. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA* 2010;303(19):1961-1969.

11. Ramchandani PG, Stein A, O'Connor TG, Heron J, Murray L, Evans J. Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2008;47(4):390-398.

12. Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, Talati A, Wisniewski SR, Fava M, Hughes CW, Garber J, Malloy E, King CA, Cerda G, Sood AB, Alpert JE, Trivedi MH, Rush AJ; STAR*D-Child Team. Remissions in maternal depression and child psychopathology: STAR*D-child report. *JAMA* 2006;295(12):1389-1398.

13. Shaw DS, Connell A, Dishion TJ, Wilson MN, Gardner F. Improvements in maternal depression as a mediator of intervention effects on early childhood problem behavior. *Development and Psychopathology* 2009;21(2):417-439.

14. Caserta MT, O'Connor TG, Wyman PA, Wang H, Moynihan J, Cross W, Tu X, Jin X. The associations between psychosocial stress and the frequency of illness, and innate and adaptive immune function in children. *Brain, Behavior, and Immunity* 2008;22(6):933-940.

15. Neiderhiser JM, Reiss D, Pedersen NL, Lichtenstein P, Spotts EL, Hansson K, Cederblad M, Ellhammer O. Genetic and environmental influences on mothering of adolescents: a comparison of two samples. *Developmental Psychology* 2004;40(3):335-351.

16. Kochanska G, Philibert RA, Barry RA. Interplay of genes and early mother-child relationship in the development of self-regulation from toddler to preschool age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009;50(11):1331-1338.

17. O'Connor TG, Rutter M, Beckett C, Keaveney L, Kreppner JM. The effects of global severe privation on cognitive competence: extension and longitudinal follow-up. English and Romanian Adoptees Study Team. *Child Development* 2000;71(2):376-390.

18. Costello EJ, Erkanli A, Copeland W, Angold A. Association of family income supplements in adolescence with development of psychiatric and substance use disorders in adulthood among an American Indian population. *JAMA* 2010;303(19):1954-1960.

19. Costello JE, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2006;47(12):1263-1271.