Depresión Perinatal y los Niños: Una Perspectiva del Desarrollo

Sherryl H. Goodman, PhD, Matthew H. Rouse, MA, MSW

Emory University, EE.UU

Febrero 2010

Introducción

La depresión perinatal en madres, definida como la depresión que ocurre durante el embarazo o después del parto, es motivo de preocupación para todos aquellos quienes se involucran con estas familias. Estas preocupaciones se derivan de la comprensión sobre el importante rol que juega un embarazo saludable y la atención cálida de las madres en el desarrollo fetal e infantil y la manera cómo la depresión puede inferir. La investigación emergente revela los efectos de la depresión perinatal en el desarrollo psicológico infantil de hijos de madres deprimidas, con énfasis en las vulnerabilidades para desarrollo posterior de psicopatologías y mecanismos similares. Aunque quedan muchas preguntas, pueden trazarse algunas conclusiones sobre los efectos de la depresión perinatal en el desarrollo infantil y sobre las implicaciones para padres, servicios y hacedores de políticas.

Materia

La depresión es común, especialmente en mujeres. Durante el embarazo, las tasas de episodios de depresión mayor, tales como se definen por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales,* Cuarta Edición (DSM-IV), oscilan entre 10-17%[1-3] con una variabilidad significativa entre las estimaciones[4]. Adicionalmente, un meta-análisis estimó que la depresión posparto menor o mayor ocurre hasta en el 19.2% de las mujeres, con la depresión mayor más estrechamente definida en un 7.1% de madres nuevas[4]. La depresión perinatal ocurre en tasas similares como en el período posparto, índices que no son significativamente diferentes de los índices en mujeres no embarazadas o mujeres en posparto. Finalmente, dado que la depresión perinatal es uno de los predictores más fuertes de la depresión posnatal[5], muchos niños están expuestos tanto en el desarrollo fetal como en el desarrollo infantil.

Problemas

Desde una perspectiva del desarrollo, el momento de exposición a la depresión materna es una consideración importante, especialmente en términos de los riesgos particulares al desarrollo, a los factores de resiliencia que lo niños evidencian, y a los mecanismos mediante los cuales esos riesgos probablemente se transmitirían. De particular preocupación es que desde temprano, los hijos de madres deprimidas puedan desarrollar vulnerabilidades para la depresión posterior u otros problemas. La depresión perinatal no solo puede alterar el desarrollo de los sistemas biológicos relacionados con el estrés en el feto, sino que también pueden aumentar el riesgo de complicaciones obstétricas[6]. La depresión posnatal también puede ser un factor estresante temprano en la vida debido a su conocida asociación con bajos niveles de sensibilidad, con la necesidad que tienen los infantes de un cuidado receptivo para el desarrollo de relaciones de apego saludables, para las habilidades de regulación emocional, relaciones interpersonales y mecanismos de respuesta al estrés[7]. Factores estresantes en los primeros años de vida, como aquellos que podrían estar asociados a la depresión materna, pueden influir en el desarrollo cerebral, que continúa a un ritmo rápido por lo menos durante varios años después del nacimiento8. Problemas en cualquiera de estos aspectos del desarrollo pueden alterar las primeras etapas del desarrollo socio-emocional y cognitivo, y así predisponer al desarrollo posterior de depresión u otros trastornos.

Contexto de la Investigación

La investigación sobre el desarrollo de niños expuestos a la depresión perinatal emerge del cuerpo de trabajo que considera el contexto más amplio dentro de la cual se manifiesta la

depresión, incluyendo su comorbilidad (ej., ansiedad y/o uso de sustancias), factores correlacionados (ej., conflicto matrimonial), y el ambiente concebido de manera amplio (ej., factores de estrés económicos).

Preguntas Clave de Investigación

Los investigadores han enfocado sus preguntas en los efectos de la depresión perinatal y posnatal en el desarrollo infantil y posterior, con pocos examinando los efectos combinados de ambos. Preguntas esenciales que han sido abordadas incluyen: (a) los efectos de exposiciones prenatales, posnatales o de ambos en el desarrollo infantil y posterior, (b) los mecanismos primarios o mediadores que ayudan a explicar tales efectos, (c) los moderadores de esas asociaciones de manera que algunos niños están en mayor riesgo que otros. El modelo integrador de Goodman y Gotlib ha servido como marco de organización para gran parte de este trabajo[9].

Resultados Recientes de Investigaciones

Consistente con las teorías de mecanismos, se ha encontrado que la depresión perinatal está asociada a la regulación neuro-conductuales de los recién nacidos, incluyendo su habilidad para atender a estímulos visuales y auditivos y a los estados de alerta en general, tal como se miden en la Escala de Evaluación de Comportamiento Neonatal[10,11]. Otros resultados adversos observados para estos recién nacidos son los altos niveles de llanto/queja y más problemas de sueño[12] (con problemas de sueño persistiendo entre los 18 y 30 meses de edad)[13], una mayor asimetría en el electroencefalograma frontal (EEG)[14], niveles elevados de cortisona y niveles bajos de dopamina[15], y un bajo tono vagal[15], aunque la asociación posterior no se ha visto que persista en bebés después de 24 semanas de edad16. Estudios sobre el temperamento infantil han encontrado asociaciones específicas entre la depresión perinatal temprano en el embarazo y una afectividad negativa[17]. Finalmente, la depresión perinatal está asociada con elevaciones tanto en problemas externalizantes como internalizantes en niños de 30 meses de edad[19], y crecientes problemas externalizantes, más no internalizantes, en niños de ambos sexos a los 8 y 9 años de edad[18]. A pesar de tantas teorías y respaldo por parte de la literatura animal sobre el rol de la cortisona como un mediador en las relaciones entre la depresión perinatal y los resultados en los infantes y niños, la evidencia ha sido inconsistente y indirecta principalmente. Primero, las asociaciones entre la depresión y la cortisona en el embarazo no se encontraron en un estudio poblacional de cohorte [20] y puede que solo sea significativo en la presencia de

medicinas antidepresivas[21] o en comorbilidad con ansiedad [22]. Segundo, los estudios que han evaluado ya sean asociaciones directas entre los niveles de cortisona materna prenatal en los resultados de los niños o el rol mediador de la cortisona prenatal en las asociaciones entre la depresión perinatal y los resultados arrojan resultados mixtos y por lo general se han basado en muestras pequeñas[23]. La depresión posparto ha sido asociada con una gama de problemas en el desarrollo de los infantes y niños pequeños. Los resultados asociados incluyen temperamento infantil negative[24], apego inseguro[25], dificultades en el desarrollo cognitivo y lingüístico[26], baja autoestima y otras vulnerabilidades cognitivas para la depresión en niños y niñas de cinco años[27], y pobres relaciones entre pares durante la primera infancia[28].

Los principales mecanismos implicados en las asociaciones entre la depresión posnatal y el desarrollo infantil han sido los problemas en la crianza y altos niveles de estrés, los cuales ambos tienen fuertes asociaciones con la depresión en las mujeres[7,29]. La depresión interfiere con las cualidades de la crianza que se conoce por estar asociadas con el desarrollo infantil saludable, ya que está asociada con una crianza probablemente experimentada como estresante por los niños (ej., no receptiva/retraída, hostil/crítica o impredecible). El respaldo se ha ido acumulando para la crianza y el estrés/adversidad como mediadores de las relaciones entre la depresión posnatal y los problemas en el desarrollo infantil[30].

Debido a que la depresión prenatal para muchas mujeres es seguida por la depresión posnatal, muchos niños están doblemente expuestos. Los pocos estudios diseñados para evaluar la potencial carga agregada de la depresión posnatal en infantes que ya demuestran vulnerabilidades asociadas a la depresión prenatal han encontrado que la depresión prenatal era el único predictor de los resultados aquí descritos, aún después de tener en cuenta la depresión posnatal[16,17].

Vacíos en la Investigación

Aunque la investigación actual respalda una amplia gama de resultados asociados con la depresión perinatal, aún quedan muchos interrogantes por responder. Se necesitan estudios longitudinales para evaluar los mecanismos específicos que podrían explicar estas asociaciones, tales como las conductas de salud prenatal (fumar, alcohol, uso de drogas, pobre aumento de peso), la constricción de la circulación sanguínea útero-placentaria, el perfil fetal neuro-conductual (ej., frecuencia cardíaca), y consecuencias obstétricas (ej., bajo peso al nacer). De manera similar, se necesitan más estudios para revelar cuales niños de padres con depresión perinatal tienen mayor o menor probabilidades de desarrollar problemas, ya sean explicados por

las características de los padres, tales como la severidad de la depresión o las condiciones de comorbilidad, por las características del niño tales como el sexo, o por factores contextuales como la pobreza. También importantes para el estudio de potenciales moderadores son los polimorfismos genéticos implicados en la depresión. En general, son necesarios más estudios desde una perspectiva del desarrollo que incluyan múltiples medidas de depresión perinatal en diferentes momentos en el tiempo, y que se examinen procesos transaccionales tales como la manera en que factores del niño pueden contribuir al desarrollo o mantenimiento de la depresión en las madres.

Conclusiones

La depresión perinatal está asociada con problemas para los niños en múltiples aspectos del funcionamiento, aumentando su vulnerabilidad para el desarrollo de depresiones u otros trastornos posteriores. El rango de problemas va desde el funcionamiento interpersonal y afecto hasta anomalías EEG y neuroendocrinas. A pesar de que la mayor parte de la literatura perinatal se ha enfocado en la depresión posnatal, los estudios que también han medido la depresión prenatal pueden explicar parcialmente algunos de los efectos previamente atribuidos a la depresión posnatal. Tanto las características de la crianza como los ambientes estresantes son al menos mecanismos parciales en las trayectorias desde la depresión posnatal hasta los problemas en el desarrollo de los niños pequeños. Todavía es posible sacar conclusiones acerca de los mecanismos subyacentes a las asociaciones entre la depresión prenatal y los problemas de los niños pequeños. Los procesos transaccionales ayudan a explicar las cascadas negativas tales como una madre con depresión prenatal quien da a luz a un bebé quisquilloso, quien después reta a una madre ya vulnerable, quien probablemente experimentará una depresión posnatal. A pesar de que no se discute aquí, la depresión, incluyendo la depresión perinatal, es con frecuencia prevenible y tratable.

Implicaciones para Padres, Servicios y Políticas

Los resultados tienen implicaciones para los padres y madres en la medida en que les permite entender que la depresión perinatal debe ser tomada seriamente, reconocida y tratada. Las mujeres con historias de depresión podrían beneficiarse de intervenciones preventivas cuando ellas queden embarazadas o estén considerándolo, y así disminuir la probabilidad de sufrir una depresión perinatal. Los miembros de la familia pueden ayudar en la identificación de las primeras señales de depresión perinatal y ayudar a minimizar las barreras del cuidado,

incluyendo barreras prácticas y relacionadas con las creencias. Los proveedores de servicios quienes trabajan con mujeres embarazadas y mujeres en posparto juegan un rol importante al tener la habilidad, no solo de identificar la depresión perinatal, sino igualmente importante, de facilitar un tratamiento pronto y efectivo. Existe una amplia gama de opciones de tratamientos farmacológicos[31] y no farmacológicos [32]. Un informe reciente emitido por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas y el Instituto de Medicina de las Academias Nacionales hace múltiples recomendaciones para los hacedores de política pública[33].

Referencias

1. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989;57(2):269-274.
2. Johanson R, Chapman G, Murray D, Johnson I, Cox J. The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *Journal of psychosomatic obstetrics & gynaecology* 2000;21(2):93-97.
3. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal* 2001;323(7307):257-260.
4. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology* 2005;106(5 Pt 1):1071-1083.
5. O'Hara M, Gorman LL. Can postpartum depression be predicted? *Primary Psychiatry* 2004;11(3):42-47.
6. Kammerer M, Taylor A, Glover V. The HPA axis and perinatal depression: A hypothesis. *Archives of Women's Mental Health* 2006;9(4):187-196.
7. Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2000;20(5):561-592.
8. Chugani HT, Phelps ME. Maturational changes in cerebral function in infants determined by 18FDG positron emission tomography. *Science* 1986;231(4740):840-843.
9. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review* 1999;106(3):458-490.
10. Brazelton TB. Neonatal behavioral assessment scale. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott Co; 1984.
11. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M. Prepartum, postpartum and chronic depression effects on neonatal behavior. *Infant Behavior & Development* 2005;28(2):155-164.
12. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Schanberg S, Kuhn C. Sleep disturbances in depressed pregnant women and their newborns. *Infant Behavior & Development* 2007;30(1):127-133.
13. O'Connor TG, Caprariello P, Blackmore ER, Gregory AM, Glover V, Fleming P, ALSPAC Study Team. Prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and toddlerhood. *Early Human Development* 2007;83(7):451-458.
14. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Vera Y, Gil K, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Garcia A. Prenatal predictors of maternal and newborn EEG. *Infant Behavior and Development* 2004;27(4):533-536.
15. Field T, Diego M, Dieter J, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Yando R, Bendell D. Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Infant Behavior & Development* 2004;27(2):216-229.
16. DiPietro JA, Novak MF, Costigan KA, Atella LD, Reusing SP. Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child development at age two. *Child Development* 2006;77(3):573-587.

17. Davis EP, Glynn LM, Schetter CD, Hobel C, Chicz-Demet A, Sandman CA. Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2007;46(6):737-746.

18. Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P, Laippala P, Puura K, Salmelin R, Almqvist F. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001;40(12):1367-1374.

19. Carter AS, Garrity-Rokous FE, Chazan-Cohen R, Little C, Briggs-Gowan MJ. Maternal depression and comorbidity: Predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001;40(1):18-26.

20. Drewett R, Blair P, Emmett P, Emond A, ALSPAC Study Team. Failure to thrive in the term and preterm infants of mothers depressed in the postnatal period: a population-based birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004;45(2):359-366.

21. Shea AK, Streiner DL, Fleming A, Kamath MV, Broad K, Steiner M. The effect of depression, anxiety and early life trauma on the cortisol awakening response during pregnancy: Preliminary results. *Psychoneuroendocrinology* 2007;32(8-10):1013-1020.

22. Evans LM, Myers MM, Monk C. Pregnant women's cortisol is elevated with anxiety and depression - but only when comorbid. *Archives of Women's Mental Health* 2008;11(3):239-248.

23. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Cullen C, Schanberg S, Kuhn C. Prepartum, postpartum, and chronic depression effects on newborns. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 2004;67(1):63-80.

24. Beck CT. A meta-analysis of the relationship between postpartum depression and infant temperament. *Nursing Research* 1996;45(4):225-230.

25. Martins C, Gaffan E. Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2000;41(6):737-746.

26. Sohr-Preston SL, Scaramella LV. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clinical Child & Family Psychology Review* 2006;9(1):65-83.

27. Murray L, Woolgar M, Cooper P, Hipwell A. Cognitive vulnerability to depression in 5-year-old children of depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2001;42(7):891-899.

28. Cummings EM, Keller PS, Davies PT. Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005;46(5):479-489.

29. Hammen C. Context of stress in families of children with depressed parents. In: Goodman SH, Gotlib IH, eds. Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment. Washington, DC: *American Psychological Association*; 2002:175-202.

30. Goodman SH, Brand SR. Maternal depression and infant mental health. In: Zeanah C, ed. *Handbook of infant mental health*. 3rd Ed. New York, NY: Guilford; 2009.

31. Stowe Z. Psychiatric disorders in pregnancy: Foreword. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 2009;52(3):423-424.

32. Dimidjian SP, Goodman SP. Nonpharmacologic intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. *Clinical Obstetrics & Gynecology* 2009;52(3):498-515.

33. National Research Council (U.S.). Committee on Depression, Parenting Practices, and the Healthy Development of Children. *Depression in parents, parenting, and children: Opportunities to improve identification, treatment, and prevention.* Washington, DC : National Academies Press; 2009.