DEPRESIÓN MATERNA

Tratamiento y Depresión Posparto

Peter Cooper, D.Phil., Lynne Murray, PhD, Sarah Halligan, D.Phil.

Winnicott Research Unit, University of Reading, Reino Unido

Mayo 2010

Introducción

La depresión materna posparto (DMP) es común con una prevalencia en el mundo desarrollado de alrededor del 13%[1] y una prevalencia mucho más alta en algunos contextos del mundo en desarrollo.[2,3,4] Existe un considerable cuerpo de evidencia avalando el hecho de que la DMP limita la capacidad de la madre para involucrarse positivamente con su bebé, ya que estudios han demostrado que la DMP compromete el desarrollo cognitivo, conductual y emocional del niño.[5] Ha resultado difícil de predecir la incidencia de DPM antes del parto[6] y, y de todas maneras, las intervenciones preventivas en gran medida han demostrado ser ineficaces.[7] Por consiguiente, las investigaciones y la atención clínica se han enfocado en el tratamiento de la DMP una vez se ha manifestado.

Materia

La DMP es ahora reconocida como una problemática de salud pública, en virtud de las aflicciones causadas a las madres, así como de las consecuencias negativas de gran magnitud causadas a las familias. Por lo tanto, en años recientes ha habido un considerable interés en el desarrollo y evaluación de tratamientos para la DMP, y ha habido varios estudios aleatorizados controlados. Es

importante evaluar cuidadosamente los resultados de este cuerpo de investigaciones para proveer servicios adecuados a madres con DMP y a sus hijos, al igual que para comprender los procesos causales.

Problemas

La mayoría de los estudios sobre el tratamiento de la DMP han enfocado en el impacto del estado de ánimo materno. Así mismo, pocos estudios han examinado el impacto del tratamiento sobre la calidad de la relación madre-hijo y los riesgos sobre el desarrollo del niño. Por lo tanto existen problemas en la evaluación de la significancia clínica de los resultados de las investigaciones, más allá del estricto interés sobre el estado de ánimo materno.

Contexto de la Investigación

Existen diversos estudios naturalistas bien realizados sobre el impacto de la DMP en la relación madre-hijo, y actualmente se conoce la naturaleza de las alteraciones en la crianza dentro de este contexto; similarmente, la evidencia sobre las consecuencias de la DMP para el desarrollo del niño es detallada y robusta.[5] También ha habido varios estudios aleatorizados controlados sobre el impacto del tratamiento en la DPM.[7,8] Sin embargo, casi todos los estudios de tratamiento han realizado un seguimiento limitado y han estado principalmente preocupados con el impacto del estado de ánimo materno que con el impacto sobre la calidad de la relación madre-hijo y el desarrollo infantil.

Preguntas de Investigación Clave

1. ¿El suministro de un tratamiento específico para la DMP produce mejores resultados sobre el estado de ánimo materno que ningún tratamiento o que el “tratamiento regular”?
2. ¿Son ciertas formas de tratamiento de la DMP mejores que otras para la mejoría del estado de ánimo materno?
3. ¿Los tratamientos de la DMP mejoran la calidad de la relación madre-hijo?
4. ¿Los tratamientos de la DMP benefician el desarrollo infantil (y, en caso afirmativo, es esto en virtud de su impacto sobre la relación madre-hijo)?

Resultados de Investigaciones Recientes

El volumen de investigaciones sobre el tratamiento se ha enfocado en la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas. Una revisión de varios estudios aleatorizados controlados[9] concluyó que tratamientos psicológicos específicos e *intervenciones psicosociales* genéricas han sido moderadamente efectivas en la mejora del estado de ánimo materno, y fueron de beneficio similar. Un meta análisis reciente sobre intervenciones psicoterapéuticas para la DMP (incluyendo terapia cognitiva-conductual (TCC), apoyo social, terapia interpersonal, consejería no directiva y terapia psicoanalítica) concluyó que estas formas de tratamiento son moderadamente efectivas.[8] Ambas revisiones resaltaron la naturaleza de corto plazo de la mayoría de los estudios y sus breves seguimientos.

Existe información disponible pero limitada sobre el rol de las *intervenciones farmacológicas*. Un estudio temprano realizado en el Reino Unido[10] encontró beneficios similares entre los inhibidores selectivos de la recaptación de seratonina – ISRS (fluoxetine), las consejería y la consejería en conjunto con el medicamento. Notablemente, más de la mitad de las mujeres abordadas para participar en este estudio se negaron a participar, principalmente porque renuencia a tomar el medicamento.

Un pequeño estudio Canadiense sobre el tratamiento de la DMP con ansiedad comórbida[11] encontró niveles de mejoría similares para otro medicamento ISRS (paroxetine) solo, y para dicho medicamento en conjunto con TCC. Existe la necesidad de evaluar el rol de la medicina antidepresiva en el tratamiento de la DMP,[12] especialmente cuando el desorden se ha vuelto crónico. La posibilidad de la transmisión de la droga al infante a través de la lactancia es una fuente de preocupación.[13]

Una pregunta crítica con respecto al tratamiento de la DMP hace referencia al grado en el que los efectos de un tratamiento se ven reflejados en *mejorías en las relaciones madre-hijo y en los resultados del desarrollo infantil*. Pocos estudios se han ocupado de esta cuestión.[14,15] Un gran estudio aleatorizado controlado (EAC) comparando la TCC, la consejería y la terapia psicoanalítica con el tratamiento habitual encontró que, mientras que todos los tratamientos activos fueron moderadamente eficaces en tratar la depresión y produjeron beneficios a corto plazo en la calidad de la relación madre-hijo, la evidencia sobre el beneficio para el niño fue limitada. Los efectos (incluyendo aquellos sobre el estado de ánimo materno) no fueron evidentes en el seguimiento.[16,17] Así mismo, un EAC reciente encontró que, a pesar de que la psicoterapia interpersonal fue efectiva en el tratamiento de la depresión materna, no generó beneficios en términos de las interacciones madre-hijo observadas, la emocionalidad negativa y el apego seguro del niño.[18]

Una aproximación relacionada a las anteriores ha sido el enfocarse más directamente en *mejorar los patrones de crianza*. Por ejemplo, Cicchetti *et al*.[19,20] examinaron el impacto de proporcionar a madres deprimidas una psicoterapia prolongada (en promedio 57 semanas) centrada en la promoción de representaciones positivas del apego materno y de las interacciones madre-hijo. Encontraron un beneficio sobre el apego del niño y sobre su desarrollo cognitivo. También ha habido estudios de intervenciones más breves en el período posparto, enfocándose en mejorar las interacciones madre-hijo; y se han documentado efectos positivos del entrenamiento interactivo (*coaching*)[21] y el masaje infantil.[22,23] Además, la facilitación de la relación, basada en la administración materna de la valoración neonatal (la Escala de la Evaluación del Comportamiento Neonatal – EECN), produjo mejorías en la comunicación infantil y el estado de organización del infante al mes.[24] Una intervención a largo plazo implementada como parte de un gran EAC en un asentamiento Sur Africano peri-urbano, donde trabajadores comunitarios realizaron visitas domiciliarias diseñadas para mejorar de la sensibilidad materna, mejoró significativamente en la crianza, y en el seguimiento, se evidenció un aumento en la frecuencia de apego infantil seguro.[25] Recientemente se encontró que una intervención para madres deprimidas basada en el hogar utilizando retroalimentación en video[26] tuvo efectos positivos tanto en la calidad de la relación madre-hijo como en el apego infantil. A pesar que estos resultados son alentadores, aun falta por demostrar el grado en el que la calidad de la relación madre-hijo conlleva a mejores resultados a largo plazo en el desarrollo del niño.

Vacíos en las Investigaciones

A pesar de que varias formas de intervención han demostrado ser benéficas para madres con DMP, ninguna ha mostrado tener efectos duraderos en el estado de ánimo materno, y hay poca evidencia de que alguna intervención logra mejorar el desarrollo infantil a largo plazo . Aún queda por demostrar cuál es la modalidad de tratamiento óptima, pese a que de acuerdo a la evidencia actual, la focalización sobre los patrones de crianza parece ser parece ser la estrategia más promisoria. Es más, a pesar de que existen formas de alteraciones en la crianza en el contexto de la DMP, que a su vez están asociadas con ciertos resultados adversos en el desarrollo niño, aún debe demostrarse empíricamente si características particulares de la relación madre-hijo pueden ser útilmente ser tratadas en intervenciones para así mejorar aspectos particulares en el desarrollo niño. Además, a pesar de que el desarrollo del niño se ve especialmente comprometido en el contexto de una DMP crónica, hasta la fecha ningún estudio se ha centrado en este grupo de madres para establecer si una intervención puede mejorar el estado de ánimo materno y generar resultados positivos en el niño.

Conclusiones

Un número de tratamientos han demostrado ser efectivos en ayudar a madres con DMP a recuperarse de su trastorno de estado de ánimo, aunque hasta el momento ninguno ha demostrado ser mejor que otro, y no hay evidencia de beneficios a largo plazo sobre el estado de ánimo materno. Se ha logrado cierto éxito en mejorar de la calidad de las interacciones madre-hijo al centrarse en las dificultades en la crianza de los niños, aunque los estudios tienden a ser a corto plazo con seguimientos breves. Pese a que se desconocen los efectos a largo plazo de este tipo de intervenciones sobre estrategias de crianza, está emergiendo cierta evidencia de que algunas de ellas por lo menos previenen resultados negativos asociados a la DMP en el desarrollo de los niños en el corto plazo . Dado que los resultados negativos para el niño asociados a la DMP tienen una mayor probabilidad de ocurrir en el contexto de la depresión crónica o recurrente, es de particular importancia que este grupo sea identificado y focalizado para la intervención.

Implicaciones para Padres, Servicios y Política

Dada la alta prevalencia de la DMP y su impacto negativo en la relación madre-hijo y en el desarrollo del niño, es importante que los servicios comunitarios estén disponibles para la detección temprana y el tratamiento de la DMP. Es crucial prestarle atención en el tratamiento a la relación madre-hijo, y que se introduzcan medidas terapéuticas específicas para ayudar a las madres a involucrarse de manera óptima con sus hijos. En contextos de alto riesgo, donde la depresión tiende a ser prolongada y recurrente, es importante que haya monitoreo de largo plazo para proporcionar un apoyo de manera responsable y continua.

Referencias

1. O'Hara M, Swain A. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 1996;8(1):37–54.
2. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, Murray L, Molteno C. Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *British Journal of Psychiatry* 1999;175:554-558.
3. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, Poverty, and Postnatal Depression: A Study of Mothers in Goa, India. *American Journal of Psychiatry* 2002;159(1):43-47.
4. Rahman A, Iqbal Z, Harrington R. Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. *Psychological Medicine* 2003;33(7):1161-1167.
5. Murray L, Halligan SL, Cooper PJ. Effects of postnatal depression on mother-infant interactions, and child development. In: Wachs T, Bremner G, eds. *Handbook of Infant Development*. Malden, MA: Wiley-Blackwell. In press.
6. Cooper PJ, Murray L, Hooper R, West A. The development and validation of a predictive index for postpartum depression. *Psychological Medicine* 1996;26(3):627-634.

7. Dennis CL, Creedy D. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009;4:1-72

8. Cuijpers P, Brannmark JG, van Straten A. Psychological treatment of postpartum depression: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology* 2008;64(1):103-118.

9. Dennis CL, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;4:1-49.

10. Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *British Medical Journal* 1997;314(7085):932-936

11. Misri S, Reebye P, Corral M, Milis L. The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004;65(9):1236-1241.

12. Hoffbrand S, Howard L, Crawley H. Antidepressant drug treatment for postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001;2:1-15.

13. Berle JO, SteenVM, AamoTO, Breilid H, Zahlsen K, Spigset O. Breastfeeding During Maternal Antidepressant Treatment With Serotonin Reuptake Inhibitors: Infant Exposure, Clinical Symptoms, and Cytochrome P450 Genotypes. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004;65(9):1288-1234.

14. Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WCS, Helms PJ, Williams JHG. Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development: Systematic review. *British Journal of Psychiatry* 191(4):378-386.

15. Nylen KJ, Moran TE, Franklin CL, O'Hara MW. Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant Mental Health Journal* 2006;27(4):327-343.

16. Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry* 2003;182(5):412-419.

17. Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression, 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *British Journal of Psychiatry* 2003;182(5):420-427.

18. Forman DR, O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Larsen KE, Coy KC. Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Development and Psychopathology* 2007;19(2):585-602.

19. Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to increase attachment security in offspring of depressed mothers. *Attachment & Human Development* 1999;1(1):34-66.

20. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. The efficacy of toddler-parent psychotherapy for fostering cognitive development in offspring of depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2000;28(2):135-148.

21. Horowitz JA, Bell M, Trybulski J, Munro BH, Moser D, Hartz SA, McCordic L, Sokol ES. Promoting responsiveness between mothers with depressive symptoms and their infants. *Journal of Nursing Scholarship* 2001;33(4):323-329.

22. GloverV, Onozawa K, Hodgkinson A. Benefits of infant massage for mothers with postnatal depression. *Seminars in Neonatology* 2002;7(6):495-500.

23. Onozawa K, GloverV, Adams D, Modi N, Kumar RC. Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders* 2001;63(1-3):201-207.

24. Hart S, Field T, Nearing G. Depressed mothers' neonates improve following the MABI and a Brazelton demonstration. *Journal of Pediatric Psychology* 1998;23(6):351-356.

25. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Landman M, Molteno C, Stein A, McPherson K, Murray L Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 2009;338(7701):b974.

26. van Doesum KTM, Riksen-Waraven JM., Hosman CMH, Hoefnagels C. A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Development* 2008;79(3):547-561.