



Enciclopedia
sobre el Desarrollo de
la Primera Infancia



Depresión Materna

Actualizado: Marzo 2011

Índice de contenidos

Síntesis	4
Depresión Materna y su Relación con el Desarrollo y la Adaptación de los Niños E. MARK CUMMINGS, PHD., CHRYSTYNA D. KOUROS, PHD., OCTUBRE 2009	6
Depresión Materna y la Adaptación de los Niños Durante la Primera Infancia SUSAN B. CAMPBELL, PHD., FEBRERO 2010	12
Depresión Perinatal y los Niños: Una Perspectiva del Desarrollo SHERRYL H. GOODMAN, PHD, MATTHEW H. ROUSE, MA, MSW, FEBRERO 2010	16
Depresión Materna SHEREE L. TOTH, PHD, JACK PELTZ, MA, NOVIEMBRE 2009	21
Tratamiento y Depresión Posparto PETER COOPER, D.PHIL., LYNNE MURRAY, PHD, SARAH HALLIGAN, D.PHIL., MAYO 2010	27
Depresión Materna: Comentarios sobre Cummings & Kouros; Campbell; Goodman & Rouse; Toth & Peltz; and Cooper, Murray & Halligan THOMAS G. O'CONNOR, PHD, ANNE S. BURKE, BA, JULIO 2010	32

Tema patrocinado por



Síntesis

¿Por qué es importante?

El cuidado receptivo y sensible de la madre es crucial para el desarrollo óptimo de los niños. Sin embargo, 13% de las mujeres en países desarrollados (y una mayor prevalencia en países en desarrollo) experimentan síntomas depresivos bien sea durante y/o después del embarazo. La depresión materna, también conocida como depresión perinatal, abarca varios trastornos del estado de ánimo que ocurren durante el embarazo o el posparto. Las madres con depresión tienen mayor probabilidad de ser inconsistentes, laxas y desvinculadas de sus hijos. Este patrón de crianza disfuncional es de particularmente preocupante durante los primeros años de los niños, cuando ellos son más dependientes de la estimulación de sus madres. Como resultado, estas prácticas parentales pueden contribuir o predisponer a los niños a múltiples problemas en el desarrollo temprano. La depresión es ahora reconocida como un asunto de gran preocupación para la sociedad, y son necesarios enfoques de intervención para prevenir o reducir su impacto negativo en el desarrollo infantil.

¿Qué sabemos?

Existe un consenso general sobre la asociación entre la depresión materna y los problemas del desarrollo en los niños incluyendo problemas del funcionamiento socio-emocional, cognitivo y conductual.

Funcionamiento socio-emocional

Hijos de madres deprimidas tienen mayor probabilidad de 1) expresar afecto negativo, 2) tener dificultades para controlar su rabia, 3) tener un patrón de apego inseguro, 4) tener habilidades interpersonales más pobres, y 5) experimentar un nivel de estrés elevado.

Funcionamiento Cognitivo

De manera similar, hijos de madres deprimidas usualmente 1) muestran un desarrollo lingüístico menos avanzado, 2) tienen menores habilidades académicas, 3) tienen una baja autoestima, y 4) demuestran otras vulnerabilidades cognitivas hacia la depresión u otros trastornos.

Funcionamiento Conductual

Al nivel conductual, los hijos de madres deprimidas son caracterizados por 1) tener crecientes problemas de sueño, 2) ser menos cooperativos, 3) tener dificultades en el control de la agresión, y 4) ser inactivos. Ellos también se encuentran en un mayor riesgo de desarrollar conductuales internalizantes (ej., depresión) y externalizantes (ej., comportamientos agresivos) en comparación con niños de madres no deprimidas.

La intensidad con la cual los niños expresan estos problemas del desarrollo varía. El contexto familiar e influencias bi-direccionales, tales como las características temperamentales y el estado de salud, pueden

aminorar o empeorar el impacto de la depresión materna en el desarrollo infantil.

A modo de ejemplo, el involucramiento del padre puede reducir el impacto negativo de la depresión materna sobre las conductas internalizantes de los niños. En contraste, conflictos entre los padres predicen la inadaptación en niños con madres deprimidas.

¿Qué podemos hacer?

Para mejorar los resultados del desarrollo de los niños, las iniciativas de prevención y las intervenciones deberían enfocarse en mejorar la calidad de las interacciones madre-hijo.

Como una medida preventiva, debería hacerse disponible a los padres educación sobre el efecto positivo de un embarazo saludable (especialmente a los padres primerizos). Se deberían resaltar las destrezas efectivas, mejores prácticas de crianza y la disciplina y así preparar a los padres para su rol parental. Mujeres con historias de depresión pueden en particular beneficiarse de estas intervenciones preventivas cuando están considerando el embarazo, con el fin de ayudar a reducir la probabilidad de depresión materna.

Actualmente, la evidencia de investigaciones dirigidas a mejorar la calidad de las interacciones madre-hijo favorece intervenciones que incrementen las habilidades parentales. La evidencia sugiere que visitas domiciliarias por parte de trabajadoras comunitarias/enfermeras incrementan la sensibilidad materna y la seguridad del apego en los niños. De igual manera, considerando que el involucramiento paternal puede reducir el impacto de la depresión materna en el funcionamiento del niño, el apoyo y respaldo de otros miembros de la familia deben ser ofrecidos a la madre.

A pesar de que los programas de intervención han indicado mejorías en el desarrollo de los niños, es importante recordar que existe una amplia variabilidad en el desarrollo de niños expuestos a la depresión materna. Las intervenciones (ej., visitas domiciliarias o terapia familiar) no tienen el mismo efecto en todos los niños. Por lo tanto, hacedores de política deben valorar la importancia de la flexibilidad en el tratamiento y en las políticas.

Depresión Materna y su Relación con el Desarrollo y la Adaptación de los Niños

E. Mark Cummings, PhD., Chrystyna D. Kouros, PhD.

University of Notre Dame, EE.UU., Vanderbilt University, EE.UU

Octubre 2009

Introducción

La depresión es uno de los desórdenes de salud mental más comunes, especialmente durante las edades de de maternidad viable^{1,2}. La depresión materna está relacionada con el desarrollo infantil desde el desde su nacimiento y durante etapas posteriores. Por consiguiente, la depresión materna es un factor de riesgo significativo y relativamente común durante la primera infancia. Un objetivo de investigativo urgente es comprender las trayectorias del desarrollo y los procesos subyacentes entre la depresión materna y el desarrollo de los niños.

Materia

Se ha demostrado que la depresión materna contribuye a múltiples problemas del desarrollo durante la primera infancia, incluyendo alteraciones en el funcionamiento cognitivo, social y académico^{3,6}. Los hijos de madres deprimidas son entre dos o tres veces más propensos a desarrollar problemas de adaptación, incluyendo trastornos del estado de ánimo³. Aún en la infancia, los hijos de madres deprimidas son más quisquillosos, menos sensibles a expresiones faciales y vocales, menos activos y muestran hormonas de estrés elevadas, en comparación con hijos de madres no deprimidas^{7,8}. En consecuencia, el estudio del desarrollo infantil en el contexto de la depresión materna es una gran preocupación para la sociedad y durante las últimas décadas ha sido una línea de investigación importante para investigadores del desarrollo en la primera infancia.

Problemas

La relación entre la depresión materna y los problemas de adaptación en los niños ha sido bien documentada, sin embargo, quedan muchas preguntas acerca de los mecanismos que subyacen estas asociaciones. Dichas preguntas son centrales al considerar las implicaciones clínicas de las investigaciones en esta área, incluyendo la prevención y el tratamiento. Por ejemplo, ¿cómo y por qué la depresión materna está relacionada con el desarrollo y la adaptación de los niños? ¿Por qué algunos hijos de madres deprimidas desarrollan síntomas psicopatológicos o tienen limitaciones en su funcionamiento, mientras que otros niños no? Existen muchos retos para la identificación y prueba de procesos causales, tales como procurar modelos y diseños de investigación lo suficientemente sofisticados que guíen el estudio de múltiples procesos que frecuentemente están interrelacionados. El reto de asegurar una adecuada conceptualización, medición y evaluación también supone potenciales fallas y limitaciones, incluyendo los requerimientos de investigaciones longitudinales que permitan considerar hipótesis causales de manera óptima.

Los investigadores han cumplido con estos retos mediante el avance de modelos multivariados de riesgo. Por ejemplo, Goodman y Gotlib plantearon varias clases de mecanismos, interrelacionados, incluyendo (a) lo hereditario (b) la exposición a factores de estrés ambiental, incluyendo la disfunción familiar, (c) la exposición a las cogniciones, comportamientos o afecto negativo de sus madres, y (d) la disfunción de mecanismos neuro-regulatorios⁹. Para ilustrar una de estas trayectorias, las mujeres embarazadas y deprimidas pueden experimentar trastornos neuro-endocrinos (ej., aumento en hormonas de estrés, reducción del flujo sanguíneo al feto) que conlleven a la disfunción en los mecanismos neuro-regulatorios de los niños, aumentando su vulnerabilidad para la depresión u otros trastornos.

Contexto de las Investigaciones

Dentro de las investigaciones sobre desarrollo en la primera infancia, ha surgido como un área de especialización el estudio la disrupción familiar como factor influyente en el desarrollo de la primera infancia. Aún cuando el estudio de los procesos familiares como determinantes es limitado, los modelos multivariados de riesgo muestran evidencia^{9,12}. Por ejemplo, Cumming y Davies¹³ presentaron un marco conceptual de cómo múltiples interrupciones en el funcionamiento del niño y la familia y sus contextos relacionados, se consideran pertinentes para entender las asociaciones entre la depresión materna y la adaptación durante la primera infancia, incluyendo problemas en la crianza, conflicto matrimonial, la exposición de los niños a la depresión parental y otras dificultades relacionadas en los procesos familiares^{10,11}. Un enfoque particular de este modelo de procesos familiares es identificar y distinguir procesos específicos de respuesta en el niño (ej., inseguridad emocional; respuestas emocionales, cognitivas, conductuales o fisiológicas específicas) que, con el paso del tiempo, dan cuenta del desarrollo normal o del desarrollo de psicopatología¹⁰.

Preguntas Claves de Investigación

En este momento, muchas preguntas de investigación claves deben ser abordadas a través hipótesis sobre relaciones longitudinales entre la depresión materna, procesos de respuesta en la familia y en el niño, y múltiples resultados en el desarrollo del niño. Las investigaciones pueden evaluar procesos explicativos o estudios de trayectorias o vías del desarrollo. Los objetivos incluyen la identificación de procesos subyacentes en la familia o en el niño relacionando la depresión materna con el desarrollo infantil, e identificando la manera como estos procesos operan conjuntamente y evolucionan a lo largo del tiempo, diferencias de género con respecto a los efectos y el rol de las características del niño.

Resultados Recientes de Investigaciones

La crianza ha sido por mucho tiempo el foco de atención en la investigación acerca de procesos familiares que pueden contribuir a los resultados en el desarrollo del niño. Estudios han demostrado repetidamente que la depresión materna está relacionada con una crianza menos óptima y con un apego menos seguro entre la madre y el hijo^{5,15,16}. Las madres deprimidas tienden a ser más inconsistentes, laxas, retraídas o intrusivas, e inefectivas en sus conductas de crianza y disciplina hacia sus hijos. Una crianza inadecuada y relaciones padre-hijo de baja calidad, en consecuencia, están relacionados con un mayor riesgo de desajuste entre los niños.

A pesar de que el conflicto matrimonial se ha visto asociado con los efectos de la depresión materna, el estudio de este tema continúa siendo relativamente desatendido. Al mismo tiempo, evidencia reciente continua apoyando la idea de que el conflicto entre los padres ejerce una influencia robusta sobre los niños, incluso cuando se compara con la crianza en muestras comunitarias¹⁴.

Extensas investigaciones documentan la relación entre el conflicto matrimonial y el desajuste del niño en familias con depresión materna. En contextos de depresión materna, los conflictos matrimoniales se caracterizan por bajos niveles de comunicación verbal positiva, afecto triste, un mayor uso de tácticas de conflicto destructivo y una menor probabilidad de resolución de conflictos^{17,18}. El conflicto parental es un fuerte predictor del funcionamiento de los niños a través de múltiples dominios, incluyendo los resultados socio-emocionales, el funcionamiento cognitivo y el éxito académico¹⁹.

Los estudios están explícitamente evaluando los procesos familiares, incluyendo el conflicto entre los padres, como mediadores o moderadores entre la depresión materna y los resultados en el desarrollo de los niños. Los resultados muestran que la depresión materna está relacionada con el aumento de los conflictos entre los padres y la inseguridad en la relación, un mayor conflicto a nivel familiar y en el funcionamiento general de la familia. Interrupciones en estos procesos familiares, a su vez, están relacionados con altos niveles de estrés psicológico y problemas de adaptación^{20,24}. El rol de las características del niño en la asociación entre la depresión materna y el desarrollo de los niños también se encuentra bajo investigación, incluyendo el temperamento del niño y las respuestas fisiológicas al estrés^{5,25}.

Vacíos en la Investigación

Aún hay muchos vacíos que deben ser abordados. En primer lugar, se necesita estudiar más a fondo el rol del conflicto entre los padres en los efectos asociados con la depresión materna, especialmente distinguiendo entre diferentes formas de conflicto. Por ejemplo, efectos muy diferentes en los niños han sido vinculados a

conflictos constructivos, destructivos y depresivos entre los padres²⁶. En segundo lugar, investigación longitudinal a través de diferentes períodos del desarrollo es necesaria para entender las consecuencias a corto y largo plazo de la depresión materna para el funcionamiento de la familia y el desarrollo de los niños. En tercer lugar, es importante que los estudios distingan entre los niveles clínicos y subclínicos de la depresión materna¹⁰. Igualmente, el impacto de las características de la depresión materna requiere de más investigaciones; la depresión es un desorden heterogéneo, y el momento, la cronicidad y el número de episodios de depresión materna pueden afectar las relaciones entre la depresión materna y la adaptación del niño. En cuarto lugar, a pesar de que la investigación se ha enfocado en la depresión materna, el efecto de la depresión paterna merece mayor consideración, incluyendo la necesidad de examinar las relaciones cuando ambos padres están deprimidos⁵. En el quinto lugar, las características del niño, tales como el temperamento, el sexo, la genética y la regulación fisiológica merecen mayor consideración. Finalmente, la investigación debe buscar mayor especificidad con respecto a los resultados en el desarrollo de los niños. Por ejemplo, ¿por qué algunos niños presentan limitaciones en el desarrollo de competencias sociales en el contexto de la depresión materna, mientras que otros niños desarrollan síntomas de depresión?

Conclusiones

La depresión maternal se relaciona con una amplia gama de resultados en los niños, y sus efectos continúan desde el nacimiento hasta la adultez. Los hijos de madres deprimidas tienen de dos o tres veces más probabilidades de desarrollar trastornos del estado de ánimo, y están en un mayor riesgo de deterioro funcional a través de múltiples dominios, incluyendo el funcionamiento cognitivo, social y académico, y una salud física pobre. Al mismo tiempo, muchos hijos de madres deprimidas se desarrollan normalmente. Por ende, el objetivo clave de investigación es el entender los mecanismos y procesos mediante los cuales la depresión materna afecta a los niños. Disrupciones en los procesos familiares, incluyendo problemas parentales y conflictos entre los padres, han sido documentados como vías mediante las cuales la depresión materna afecta a los niños. La evidencia de que los procesos familiares pueden explicar las relaciones entre la depresión materna y el desarrollo infantil es prometedora desde el punto de vista del tratamiento y la intervención, en la medida en que los procesos familiares pueden ser más fácilmente orientados y modificados que otros procesos mediadores (ej., factores hereditarios).

Implicaciones para Padres, Servicios y Políticas

Hacedores de políticas y clínicos deben trabajar juntos para hacer que servicios, tales como exámenes para mujeres embarazadas y madres, sean asequibles⁶. Los programas destinados a reducir las disrupciones en el funcionamiento de las familias son una manera de disminuir el riesgo de psicopatología en los niños. Los padres, clínicos y hacedores de políticas deben ser sensibles ante el hecho de que existe una necesidad de programas comprensivos que no solo traten la depresión de las madres sino que también ofrezcan servicios a nivel familiar. Por ejemplo, se podría proporcionar a las madres deprimidas cursos sobre educación parental para enseñarles habilidades efectivas y mejores prácticas para la crianza de sus hijos y la disciplina. Familias con un padre o una madre deprimida pueden participar en clases educativas que enseñen maneras constructivas de manejar el conflicto, es decir, cómo manejar los conflictos de maneras que promuevan la resolución de problemas y conflictos. A medida en que se lleven a cabo más investigaciones sobre factores moderadores, los esfuerzos preventivos y de tratamientos pueden ser mejor enfocados en aquellas personas en mayor riesgo. Tales esfuerzos que trabajan junto con las madres, hijos y familias sin duda tendrán un

impacto importante y duradero en el desarrollo de los niños.

Referencias

1. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders* 2003;74(1):5-13.
2. Brown GW, Harris T. *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. New York, NY: Free Press; 1978.
3. Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TRG. Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998;37(11):1134-1141.
4. Downey G., Coyne JC. Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin* 1990;108(1):50-76.
5. Goodman SH. Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology* 2007;3:107-135.
6. Goodman SH, Tully EC. Depression in women who are mothers: An integrative model of risk for the development of psychopathology in their sons and daughters. In: Keyes CLM, Goodman SH, eds. *Women and depression: A handbook for the social, behavioral, and biomedical sciences*. New York, NY: Cambridge University Press; 2006: 241-282.
7. Cohn JF, Tronick EZ. Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child Development* 1983;54(1):185-193.
8. Field TM. Prenatal effects of maternal depression. In: Goodman SH, Gotlib IH, eds. *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002: 59-88.
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. Cummings EM, DeArth-Pendley G, Du Rocher Schudlich TD, Smith DA. Parental depression and family functioning: Toward a process-oriented model of children's adjustment. In: Beach SR, ed. *Marital and family processes in Depression: A scientific foundation for clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association; 2001: 89-110.
11. Emery RE. Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin* 1982;92(2):310-330.
12. Hops H, Sherman L, Biglan A. Maternal depression, marital discord, and children's behavior: A developmental perspective. In: Patterson GR, ed. *Depression and aggression in family interaction*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1990: 185-208.
13. Cummings EM, Davies PT. Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1994;35(1):73-112.
14. 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.
15. 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.
16. McCary CA, McMahan RJ, Conduct Problems Prevention Research Group. Mediators of the relation between maternal depressive symptoms and child internalizing and disruptive behavior disorders. *Journal of Family Psychology* 2003;17(4):545-556.
17. Du Rocher Schudlich TD, Papp LM, Cummings EM. Relations of husbands' and wives' dysphoria to marital conflict resolution strategies. *Journal of Family Psychology* 2004;18(1):171-183.
18. Gotlib IH, Whiffen VE. Depression and marital functioning: An examination of specificity and gender differences. *Journal of Abnormal Psychology* 1989;98(1):23-30.
19. Cummings EM, Davies PT. Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2002;43(1):31-63.
20. Cummings EM, Schermerhorn AC, Keller PS, Davies PT. Parental depressive symptoms, children's representations of family relationships, and child adjustment. *Social Development* 2008;17(2):278-305.
21. Davies PT, Windle M. Gender-specific pathways between maternal depressive symptoms, family discord, and adolescent adjustment. *Developmental Psychology* 1997;33(4):657-668.
22. Du Rocher Schudlich TD, Cummings EM. Parental dysphoria and children's internalizing symptoms: Marital conflict styles as mediators of risk. *Child Development* 2003;74(6):1663-1681.
23. Du Rocher Schudlich TD, Youngstrom EA, Calabrese JR, Findling RL. The role of family functioning in bipolar disorder in families. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2008;36(6):849-863.
24. Shelton KH, Harold GT. Interparental conflict, negative parenting, and children's adjustment: Bridging links between parents' depression and children's psychological distress. *Journal of Family Psychology* 2008;22(5):712-724.

25. Cummings EM, El-Sheikh M, Kouros CD, Keller PS. Children's skin conductance reactivity as a mechanism of risk in the context of parental depressive symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007;48(5):436-445.
26. Cummings EM, Davies, PT. *Marital conflict and children: An emotional security perspective*. New York, NY: Guilford Press; 2010.

Depresión Materna y la Adaptación de los Niños Durante la Primera Infancia

Susan B. Campbell, PhD.

University of Pittsburgh, EE.UU.

Febrero 2010

Introducción

El cuidado sensible y receptivo de los padres es necesario para el óptimo desarrollo de los niños pequeños. Durante la infancia, los padres proporcionan principalmente necesidades básicas de los infantes para su sustento, protección, confort, interacción social y estimulación; en la niñez temprana, a medida que los niños empiezan a caminar y hablar, los padres deben fijar límites en la exploración que sean apropiados para la edad y a la vez apoyar el desarrollo cognitivo, social y lingüístico¹. Los desafíos al criar niños pequeños se superan mejor cuando la madre cuenta con el apoyo emocional y la ayuda adecuada para el cuidado del niño y además es emocionalmente estable. No obstante, una proporción relativamente grande de mujeres jóvenes en edad de tener hijos también experimentan síntomas depresivos lo suficientemente severos para comprometer su habilidad de proveer una crianza óptima^{2,3}.

Materia

La depresión, reflejada en tristeza prolongada y sentimientos de desesperanza, está asociada con una crianza menos comprometida, estimulante y proactiva, y con una gama de problemas sociales y cognitivos en niños pequeños durante la infancia, la niñez temprana (o etapa de caminadores) y los años de preescolar.⁴ Dado que los niños pequeños dependen principalmente de sus madres para su estimulación cognitiva e interacción social, tienen una mayor probabilidad ser vulnerables al impacto de la depresión materna que los niños en edad escolar o que los adolescentes.

Problemas

Muchas mujeres pueden experimentar “melancolía de la maternidad” inmediatamente después del parto, debido a los cambios hormonales y a otros cambios físicos que acompañan el embarazo, el parto y el periodo inmediato al posparto³. Sin embargo, en algunas madres primerizas, la depresión continúa más allá del periodo del posparto o emerge al mismo tiempo que ella está empezando a conocer a su bebé. Los episodios depresivos más prologados y severos durante los primeros años de vida del niño son de particular preocupación cuando interfieren con la crianza^{2,3,4}.

La depresión materna puede estar asociada a: una historia de episodios depresivos previos, la pobreza, el madre-solterismo, las dificultades matrimoniales o a una disminución en el apoyo social^{4,5,6}. El embarazo y las complicaciones durante el parto, los problemas de salud de los infantes, o la irritabilidad y los cólicos de los

niños también pueden desencadenar síntomas depresivos en mujeres vulnerables⁶. A menudo los niños pequeños sufren el peso de la depresión materna y, cuando la depresión también está relacionada con estrés matrimonial y bajo apoyo social, los efectos en los niños pequeños se pueden ver exacerbados. Adicionalmente, algunos infantes y caminadores pueden ser más vulnerables que otros a los efectos de la depresión materna, según sus características temperamentales, su estado de salud y la disponibilidad de cuidadores alternativos^{4,5}.

Contexto de la Investigación

Numerosos estudios han seguido la trayectoria de mujeres clínicamente-deprimidas con niños pequeños al igual que a muestras grandes en comunidades que reportan síntomas depresivos elevados. Estos estudios longitudinales han utilizado entrevistas y medidas de reporte materno para examinar el curso de la depresión materna, medidas observacionales de la crianza y de interacciones madre-hijo para evaluar aspectos específicos de la crianza y de la relación madre-hijo, y medidas de resultado enfocadas en el desarrollo socio-emocional y cognitivo de los niños, en su desempeño escolar y en su adaptación general⁴.

Preguntas de Investigación Clave

Las preguntas para futuras investigaciones se enfocan en la identificación de factores que expliquen la relación entre la depresión materna y los problemas adaptativos de los niños. Por ejemplo, ¿en qué medida las dificultades en la adaptación de los niños se deben a factores de riesgo de carácter biológico, a comportamientos de crianza materna, a otros factores familiares o a una combinación de los anteriores^{4,5}?

Debido a que no todos los niños con madres deprimidas muestran problemas más adelante en la vida, las investigaciones también deben examinar los factores de riesgo y factores protectores asociados a los diferentes patrones de desarrollo y adaptación durante la primera infancia^{4,5}. Por ejemplo, ¿aquellos niños cuyas madres tienen una historia familiar de depresión o quienes estuvieron deprimidas antes o durante el embarazo se encuentran especialmente en alto riesgo de presentar dificultades en su adaptación? ¿Importa el momento específico durante los primeros años de la vida del niño en el que se desencadena la depresión materna? ¿En familias intactas (con ambos padres), puede un padre involucrado proteger al niño pequeño de potenciales efectos negativos de la depresión materna? ¿En la ausencia de un padre que provea apoyo, pueden otros adultos proporcionar apoyo a la madre y al bebé, mitigando así los efectos de la depresión materna? ¿Por qué algunas madres, pese a su depresión, son capaces de ser receptivas y sensibles? Las características de la depresión y del contexto familiar pueden permitirnos identificar los niños que están en mayor riesgo de presentar dificultades adaptativas cuando su madre está deprimida.

Las características del niño y la familia también pueden intensificarse entre ellas, llevando a un mejor o peor ajuste. Por ejemplo, algunos infantes irritables o recién nacidos con complicaciones y problemas de salud neonatal pueden ser más vulnerables al impacto de la depresión materna; preocupaciones acerca de un infante difícil o enfermo a su vez puede afectar el estado de ánimo de la madre, agravando tanto los síntomas maternos como las dificultades del infante. En particular, esto puede ser así cuando la madre se siente menos competente sobre el cuidado de su bebé. En contraste, una madre con un bebé tranquilo puede sentirse mejor acerca de sí misma y exitosa como madre, y si ella siente el apoyo social de una pareja, pese a su depresión, podrá proporcionar a su bebé un cuidado sensitivo. Estas preguntas acerca de factores protectores y factores

de riesgo también tienen implicaciones para programas de intervención temprana dirigidas a mujeres deprimidas y a sus niños pequeños, así como para programas de prevención que podrían enfocarse en mujeres que muestran estar en alto riesgo de depresión durante los primeros años de su hijo^{4,5,6,7}.

Resultados de Investigaciones Recientes

La investigación indica que las madres deprimidas, especialmente cuando su depresión es crónica, son menos sensibles con sus niños, juegan y les hablan menos a sus hijos, y son proveen menos límites y estrategias de disciplina apropiados para la edad que las madres no deprimidas^{4,8,9}. Cuando las madres reportan más síntomas crónicos de depresión, sus hijos tienen una mayor probabilidad de evidenciar relaciones de apego inseguras con ellas, demuestran un desarrollo lingüístico y cognitivo menos avanzado, son menos cooperativos y tienen mayores dificultades para controlar la rabia y la agresión^{8,9}. Niveles bajos de sensibilidad materna e involucramiento (asociados a la depresión) explican algunos de estos resultados. Sin embargo, una crianza sensitiva puede ser protectora cuando las madres están deprimidas^{8,9}. Cuando la depresión ocurre junto con problemas financieros y múltiples eventos estresantes en la vida, los efectos sobre los niños pueden ser más serios y debilitantes^{8,10}.

Vacíos en la Investigación

Entendemos mucho sobre los factores de riesgo asociados a la depresión materna y las dificultades de adaptación del niño. Nuevas investigaciones necesitan enfocarse en aproximaciones psicosociales a la prevención de la depresión en mujeres en alto riesgo y a las necesidades de tratamiento de las mujeres deprimidas y de sus familias^{4,7,11}. La mayoría de los estudios sobre el tratamiento se han enfocado principalmente en la depresión de la madre, contando con medicación o psicoterapia individual¹², más que con las necesidades de la madre en general, incluyendo su relación con su bebé y el rol del padre (u otro adulto responsable) en ofrecer apoyo emocional y ayuda práctica en el cuidado del niño. Por ende, son necesarios tanto estudios naturalistas y como estudios de intervención para proporcionar directrices más claras sobre factores que protegen a las madres de deprimirse y a los niños de los efectos de la depresión materna.

Abordajes de intervención, tales como visitas domiciliarias de enfermeras, las cuales han sido exitosas en otros contextos de alto riesgo¹³, pueden ser una intervención efectiva para mujeres posparto. Mujeres con una historia de depresión previa o quienes se enfrentan a múltiples estreses relacionados a la salud o a estreses psicosociales específicamente pueden ser candidatas elegibles para visitas domiciliarias. Intervenciones que se enfocan tanto en la depresión de la madre como en la relación madre-hijo⁷ también pueden ser importantes en la infancia y especialmente en la etapa de caminadores, dado que en estas edades los niños se tornan más desafiantes como parte de su búsqueda de autonomía y del sentido de sí mismo.

Conclusiones

La depresión es bastante común en mujeres que tienen hijos. Cuando la depresión materna es severa y prolongada puede afectar la relación madre-hijo y el desarrollo social, emocional y cognitivo del niño. Una depresión más seria y crónica en la madre usualmente está asociada con un una variedad factores de riesgo incluyendo una historia de depresión personal o familiar; estreses matrimoniales, financieros, de salud, entre otros; y problemas de salud, durante el parto o del desarrollo del bebé. Sin embargo, cuando las madres

deprimidas tienen un apoyo social adecuado y son capaces de enfocarse en sus bebés, sus hijos pueden protegerse de efectos negativos de la depresión materna.

Implicaciones para padres, servicios y política

Hacedores de política y proveedores de servicios de primera línea, particularmente pediatras, enfermeras y obstetras, deben ser conscientes del impacto del posparto y de otro tipo de depresiones en madres con niños pequeños. Los programas que ayudan a las nuevas madres y padres a prepararse para el rol de padres, especialmente con el primer hijo, y proporcionar apoyo y ánimo para los padres primerizos pueden prevenir la aparición de la depresión o disminuir los síntomas. El involucramiento del padre ciertamente ha aumentado en los últimos 15 años, pero programas que fomentan la participación paterna en el cuidado y la crianza del niño aún son necesarios en algunas comunidades. Programas de tratamientos, incluyendo visitas domiciliarias a cargo de enfermeras e intervenciones que no solo tienen como objeto la depresión de la madre, pero al niño y a la familia, también deben estar más ampliamente disponibles. Al mismo tiempo, las madres que experimentan una breve reacción posparto deben sentirse respaldadas y apoyadas, pues para la mayoría, los síntomas serán de corta duración. Por ende, proveedores de atención médica necesitan estar conscientes del curso temprano de los síntomas de la depresión materna y ser capaces de sugerir intervenciones apropiadas cuando sea necesario.

Referencias

1. Campbell SB. *Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
2. Kessler RC. The epidemiology of depression among women. In: Keyes CL, Goodman SH, eds. *Women and depression: A handbook for the social, behavior, and biomedical sciences*. New York: Cambridge University Press; 2006:22-37.
3. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 1996;8(1):37-54.
4. Goodman SH. Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology* 2007;3:107-135.
5. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review* 1999;106(3):458-490.
6. Howell EA, Mora PA, DiBonaventura MD, Leventhal H. Modifiable factors associated with changes in postpartum depressive symptoms. *Archives of Women's Mental Health* 2009;12(2):113-120.
7. Clark R, Tluczek A, Brown R. A mother-infant therapy group model for postpartum depression. *Infant Mental Health Journal* 2008;29(5):514-536.
8. NICHD Early Child Care Research Network. Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child outcomes at 36 months. *Developmental Psychology* 1999;35(5):1297-1310.
9. Campbell SB, Brownell CA, Hungerford A, Spieker SI, Mohan R, Blessing JS. The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development and Psychopathology* 2004;16(2):231-252.
10. Dawson G, Ashman SB, Panagiotides H, Hessl D, Self J, Yamada E, Embry L. Preschool outcomes of children of depressed mothers: Role of maternal behavior, contextual risk, and children's brain activity. *Child Development* 2003;74(4):1158-1175.
11. Goodman JH. Influence of maternal postpartum depression on fathers and on father-infant interaction. *Infant Mental Health Journal* 2008;29(6):624-643.
12. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice: Postpartum depression. *New England Journal of Medicine* 2002;347(3):194-199.
13. Olds D, Henderson CR, Kitzman HJ, Eckenrode JJ, Cole RE, Tatelbaum RC. Prenatal and home visitation by nurses: Recent findings. *The Future of Children* 1999;9(1):44-65.

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 estimaciones⁴. 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 nuevas⁴. 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 posnatal⁵, 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 obstétricas⁶. 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 estrés⁷. 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 amplia (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 trabajo⁹.

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 sueño¹² (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 dopamina¹⁵, y un bajo tono vagal¹⁵, 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 negativa¹⁷. Finalmente, la depresión perinatal está asociada con elevaciones tanto en problemas externalizantes como internalizantes en niños de 30 meses de edad¹⁹, y crecientes problemas externalizantes, más no internalizantes, en niños de ambos sexos a los 8 y 9 años de edad¹⁸. 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 cohorte²⁰ y puede que solo sea significativo en la presencia de medicinas

antidepresivas²¹ o en comorbilidad con ansiedad²². 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 pequeñas²³. 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 negativo²⁴, apego inseguro²⁵, dificultades en el desarrollo cognitivo y lingüístico²⁶, baja autoestima y otras vulnerabilidades cognitivas para la depresión en niños y niñas de cinco años²⁷, y pobres relaciones entre pares durante la primera infancia²⁸.

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 infantil³⁰.

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 farmacológicos³¹ y no farmacológicos³². 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 pública³³.

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. Maturation 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, Chiciz-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.

Depresión Materna

Sheree L. Toth, PhD, Jack Peltz, MA

Mt. Hope Family Center, University of Rochester, EE.UU.

Noviembre 2009

Introducción

La depresión materna representa una carga significativa tanto para el individuo como para su contexto relacional en general^{1,2,3,4}. Cuando una madre está luchando con la depresión, relaciones importantes también pueden verse afectadas. La investigación ha documentado los efectos dañinos de la depresión materna en la relación matrimonial⁵, en la crianza^{6,7,8,9,10,11,12} y en la relación madre-hijo^{1,13,14,14,16}. Además, estos efectos no se limitan simplemente al período durante el cual la madre se encuentra deprimida. Los efectos a largo plazo de la depresión materna se extienden a dificultades en el desarrollo niños¹⁷, divorcio¹⁸, e incluso a la continuación de este ciclo en futuras generaciones¹⁹. Debido a que la depresión es particularmente prevalente durante los años de maternidad, y dado es un desorden altamente recurrente, la relevancia para la comprensión y el tratamiento adecuado de la depresión materna es alta para la salud pública.

Materia

A lo largo de su vida, aproximadamente entre el 10-25% de las mujeres sufrirán de depresión²⁰. Las madres que sufren de depresión se encuentran posteriormente en un mayor riesgo de desarrollar un apego inseguro con sus hijos^{21,22,23}, a menudo se presentan patrones disfuncionales de crianza^{14,24}, y sus hijos están en mayor riesgo de desarrollar problemas de conducta tanto internalizantes como externalizantes^{25,26,27,28}. A pesar de estos riesgos, es importante tener en cuenta que la depresión materna no culmina de manera determinante en un resultado adverso con respecto al desarrollo de los hijos; y hay evidencia de que los niños pueden lograr un desarrollo adecuado, incluyendo un apego seguro incluso con sus madres deprimidas^{29,30}.

Problemas

La investigación sobre la depresión materna y sus efectos en la familia continúa enfrentando a numerosos retos.

- Cuestiones relacionadas a la depresión materna y a la adaptación de los hijos no ha sido examinada de manera consistente a través de las investigaciones. Factores como la severidad, la duración y la recurrencia de la depresión, al igual que el momento en el que ocurre la depresión materna durante el período de desarrollo del niño, puede generar diferentes resultados en su desarrollo.
- Históricamente, las investigaciones se han enfocado en modelos de los efectos principales que buscan simplemente determinar si el hijo se ve negativamente afectado y en qué áreas del desarrollo. Evaluaciones de los procesos y mecanismos subyacentes son menos frecuentes.

- Las consecuencias negativas asociadas a la depresión materna no son únicas de la depresión, por lo tanto surgen interrogantes sobre si es efectivamente la depresión en sí misma, o más bien aspectos específicos de la crianza lo que contribuye negativamente al desarrollo del niño.
- Mucho menos atención se le ha dado a las influencias bi-direccionales que pueden mantener o agravar la depresión materna. Por ejemplo, si un niño tiene un desorden emocional o una enfermedad, entonces la depresión de la madre puede ser más difícil de tratar³¹.
- Con respecto a la intervención, típicamente el tratamiento se enfoca en el trastorno depresivo sin considerar la importancia de atender las necesidades de los niños y del contexto más amplio de la familia.
- Si bien hay excepciones^{32,33}, se ha dirigido muy poco esfuerzo a la prevención de los efectos adversos de la depresión materna en los niños.

Contexto de la Investigación

Debido a los efectos de gran alcance de la depresión materna, la investigación sobre este fenómeno debe abordar muchos dominios. Más allá de los estudios sobre los efectos directos de la depresión materna en la crianza, la relación matrimonial y desarrollo infantil, han habido estudios orientados a identificar los procesos examinando, por ejemplo, cómo la depresión materna puede afectar las interacciones madre-hijo o el desarrollo del apego seguro entre la madre y el hijo^{34,35}. Estudios recientes sobre la depresión materna también han abordado la interacción de los genotipos de los niños y de las influencias ambientales para determinar potenciales mecanismos que afectan las dentro de las cuales la madre sufre de depresión³⁶. Adicionalmente, se han utilizado estudios de intervención para identificar tratamientos efectivos para la depresión materna y sus secuelas³⁷. Estos estudios han sido fundamentales para la comprensión de los mecanismos mediante los cuales la depresión materna afecta a otros miembros de la familia. Es importante tener en cuenta que los estudios sobre la depresión materna han empezado a tener en cuenta a los padres con el fin de captar con mayor detalle la los procesos dinámicos que co-ocurren con la depresión materna³⁸.

Preguntas Clave de Investigación

Dada la diversidad de mecanismos y moderadores que contribuyen a los resultados en el desarrollo de los niños que han estado expuestos a la depresión materna, cada vez es más importante que las investigaciones incorporen perspectivas de análisis de múltiples niveles en la comprensión de los efectos de la depresión materna en los niños³⁹. Dicho enfoque requiere la atención a factores psicológicos, neurobiológicos, genéticos y contextuales. Dado el alto grado de comorbilidad entre la depresión y otros desórdenes mentales, son necesarios mayores esfuerzos para comprender cómo la comorbilidad afecta a los hijos de madres deprimidas. Adicionalmente, se necesita desarrollar modelos de intervención y evaluación sobre su eficacia con poblaciones económicamente, racialmente y étnicamente diversas. También son necesarias las investigaciones que examinan las complejas transacciones que ocurren a través de los sistemas ecológicos (individuo, familia, colegio, vecindario) y que contribuyen a resultados adaptativos versus no adaptativos en los hijos de madres deprimidas.

Resultados Recientes de Investigaciones

Cada vez más, la investigación sobre la depresión materna ha incorporado las influencias paternas en los

efectos de este trastorno. Dada la relativa escases de los padres en la investigación clínica⁴⁰, la inclusión de padres provee una descripción más completa sobre cómo la depresión materna puede afectar el sistema familiar. La investigación meta-analítica sobre la psicopatología en madres versus padres sugiere que la depresión materna está más estrechamente relacionada con problemas internalizantes en los niños, que con problemas externalizantes, comparado con la depresión paterna⁴¹. Más aun, cuando la psicopatología paterna está presente, la depresión materna se asocia significativamente con problemas de conducta externalizante e internalizante en los niños pequeños⁴². En contraste, el involucramiento paterno durante la infancia ha demostrado moderar la relación entre la depresión materna y el comportamiento internalizante del niño³⁸.

La investigación reciente ha examinado los mecanismos mediante los cuales la depresión materna afecta a la familia. Con respecto a la importante relación de apego entre el niño y su cuidador, los datos sugieren que el apego seguro media la relación entre síntomas depresivos y las representaciones parentales negativas³⁵. Además, se ha encontrado que la depresión materna modera la relación entre el apego inseguro y el impacto de los programas de visitas domiciliarias para madres e hijos en riesgo³⁴.

Estudios recientes también han demostrado los efectos que la depresión materna puede tener sobre las conductas de los niños. La disminución de la depresión materna como resultado de intervenciones ha llevado a mejoras tanto en los problemas de conductas externalizantes como internalizantes, aun considerando los potenciales efectos mediadores de una crianza positiva⁴³. Investigaciones más recientes también han demostrado los efectos transaccionales de la depresión materna, mostrando que la desobediencia infantil temprana es como un predictor robusto de la depresión materna, y está asociado con comportamientos antisociales en adolescentes⁴⁴. Adicionalmente, la depresión materna ha demostrado afectar la fisiología de los niños⁴⁵.

Vacíos en la Investigación

A pesar del progreso durante los últimos años con respecto a la comprensión de los mecanismos y procesos mediante los cuales la depresión materna afecta a los niños, aún existen vacíos en la literatura. En particular, son necesarias investigaciones guiadas por teoría del desarrollo, que consideren la complejidad asociada a la comprensión de los procesos mediante los cuales la depresión materna influye en los niños. Específicamente, aproximaciones con niveles múltiples de análisis darán lugar a una descripción más completa sobre el desarrollo infantil en el contexto de la depresión materna³⁹. El uso de métodos de genética molecular, técnicas de neuroimagen y paradigmas de reactividad al estrés, en conjunto con las variables psicológicas, contribuirán a la comprensión de los efectos de riesgo acumulado y de la resiliencia en los hijos de madres deprimidas. Este tipo de abordaje en el diseño y evaluación de intervenciones preventivas es particularmente importante, ya que estos métodos no solo contribuirán a comprender los mecanismos mediante los cuales las intervenciones operan efectivamente, sino que también esclarecerán los modelos teóricos asociados a resultados saludables y patológicos^{46,47}.

Conclusiones

En resumen, la depresión materna presenta una carga importante, no solo para el individuo afectado, sino también para el sistema familiar y para la sociedad en general. El ámbito de la investigación actual sobre la depresión materna alcácese ha ampliado, e incluye desde los efectos principales del trastorno hasta cómo

éste interactúa y afecta el sistema familiar en general. Estudios de intervención han demostrado que la depresión en las madres puede ser tratada efectivamente y que sus efectos negativos en las relaciones importantes dentro de la familia y las consecuencias para el niño pueden ser mitigadas y revertidas. Actualmente, métodos de investigación más sofisticados se están utilizando para examinar cómo la vulnerabilidad de las madres hacia la depresión interactúa con el ambiente social más amplio, la manera en que el trastorno podría impactar la neurofisiología de la madre y del niño, y la manera en que las familias, y particularmente los niños, pueden ser resilientes a la depresión materna. Dado el estigma que las madres pueden experimentar como resultado de su depresión y a la mayor probabilidad de madres afectadas por el trastorno, es crítico desarrollar futuros trabajos que tengan en cuenta la interpretación que las madres le dan a dicho estigma y su acceso al tratamiento.

Implicaciones para Padres, Servicios y Políticas

La investigación se une para resaltar los potenciales efectos negativos que la depresión materna puede ejercer no solo sobre el individuo, sino también en el niño, la familia y la ecología social más amplia. Por ende, es crítico que se abarque la estigmatización que previene la detección temprana y tratamiento salud mental en presencia de un trastorno depresivo⁴⁸. Con frecuencia la depresión es detectada en los centros de atención primaria y, como tal, es importante que los prestadores de servicio reconozcan y aborden la magnitud del problema. Cuando se ofrece un tratamiento, con frecuencia no se toma en consideración el contexto social más amplio en el que reside la mujer y pocas veces se incorporan otros miembros de la familia al tratamiento. Las investigaciones han demostrado que tratar la depresión materna no es suficiente para abordar los efectos adversos causados en los niños⁴⁹. Esto es particularmente problemático debido a que conocemos la existencia de estrategias de prevención efectivas^{25,33}. Dada la extensa investigación que ha resaltado el rol de la crianza en el desarrollo del niño, las es posible que la evaluación oportuna de las prácticas de crianza por parte de los padres y la provisión de intervenciones apropiadas al nivel de desarrollo del niño sean particularmente efectivas en atenuar los efectos negativos asociados a la depresión materna. Finalmente, es necesario que los hacedores de las políticas públicas y las compañías de seguros reconozcan los beneficios de ofrecer servicios de prevención a los hijos de madres deprimidas en vez de esperar hasta que el niño presente un trastorno mental diagnosticable.

Referencias

1. Goodman SH, Gotlib IH, eds. *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment* Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
2. Downey G, Coyne JC. Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin* 1990;108(1):50-76.
3. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. Maternal depressive disorder and contextual risk: Contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Development and Psychopathology* 1998;10(2):283-300.
4. Cummings ME, Davies PT. Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1994;35(1):71-112.
5. Whisman MA. The association between depression and marital dissatisfaction. In: Beach SRH, ed. *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association; 2001:3-24.
6. Burbach DJ, Bordin CM. Parent-child relations and the etiology of depression: A review of methods and findings. *Clinical Psychology Review* 1986;6(2):133-153.
7. Davenport Y, Zahn-Waxler C, Adland ML, Mayfield A. Early child-rearing practices in families with a manic-depressive parent. *American Journal of Psychiatry* 1984;141(2):230-235.
8. Gotlib IH, Gilboa E, Sommerfeld BK. Cognitive functioning in depression: Nature and origins. In: Davidson RJ, ed. *Anxiety, depression, and emotion*. New York, NY: Oxford University Press; 2000:133-163.

9. Gotlib IH., Neubauer DL. Information processing approaches to the study of cognitive biases in depression. In: Johnson SL, Hayes AM, Field TM, Schneiderman N, McCabe PM, eds. *Stress, coping, & depression*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2000:117-143.
10. Webster-Stratton C, Hammond M. Maternal depression and its relationship to life stress, perceptions of child behavior problems, parenting behaviors, and child conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1988;16(3):299-315.
11. Coleman PK, Karraker KH. Parenting self-efficacy among mothers of school-age children: Conceptualization, measurement, and correlates. *Family Relations* 2000;49(1):13-24.
12. Fleming A, Ruble D, Flett G, Schaul D. Postpartum adjustment in first-time mothers: Relations between mood, maternal attitudes, and mother-infant interactions. *Developmental Psychology* 1988;24(1):71-81.
13. Cicchetti D, Toth, SL. A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;35(5):541-565.
14. Cicchetti D, Toth SL. Developmental psychopathology and disorders of affect. In: Cicchetti D, Cohen DJ, eds. *Developmental psychopathology*. New York, NY: Wiley; 1995;2:369-420. *Risk, disorder, and adaptation*, vol 2.
15. Cicchetti D, Toth, SL. Perspectives on research and practice in developmental psychopathology. In: Damon W, ed. *Handbook of child psychology*. 5th ed. New York, NY: J. Wiley; 1998: 479-583. Siegel IE, Renninger AK, eds. *Child psychology in practice*. Vol 4.
16. Field TM. Infants of depressed mothers. *Development and psychopathology* 1992;4:49-66.
17. 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.
18. Kessler RC, Walters EE, Forthofer MS. The social consequences of psychiatric disorders, III: Probability of marital stability. *American Journal of Psychiatry* 1998;155(8):1092-1096.
19. Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V. Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problem of impaired mother-child relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1975;14(3):387-421.
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. 4th ed, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
21. Cicchetti D, Toth SL, Lynch M. Bowlby's dream comes full circle: The application of attachment theory to risk and psychopathology. *Advances in clinical child psychology* 1995;17:1-75.
22. Lyons-Ruth K, Zoll D, Connell D, Grunebaum HU. The depressed mother and her one-year-old infant: Environmental context, mother-infant interaction and attachment, and infant development. *New Directions for Child and Adolescent Development* 1986(34):61-82.
23. Radke-Yarrow M, Cummings EM, Kuczynski L, Chapman M. Patterns of attachment in two- and-three-year-olds in normal families and families with parental depression. *Child Development* 1985;56(4):884-893.
24. Field TM. Psychologically depressed parents. In: Bornstein M, ed. *Handbook of parenting*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 1995:85-99. *Social conditions and applied parenting*. vol. 4.
25. Beardslee WR, Bemporad J, Keller MD, Klerman GL. Children of parents with major affective disorder: A review. *American Journal of Psychiatry* 1983;140(7):825-832.
26. Rogosch FA, Cicchetti D, Toth SL. Expressed emotion in multiple subsystems of the families of toddlers with depressed mothers. *Development and Psychopathology* 2004;16(3):689-709.
27. Weissman M, Warner V, Wickramaratne P, Moreau D, Olfson M. Offspring of depressed parents 10 years later. *Archives of General Psychiatry* 1997;54(10):932-940.
28. Zahn-Waxler C, Iannotti RJ, Cummings EM, Denham S. Antecedents of problem behaviors in children of depressed mothers. *Development and Psychopathology*. 1990;2:271-291.
29. Cohn JF, Campbell S. Influence of maternal depression on infant affect regulation. In: Cicchetti D, Toth SL, eds. *Developmental perspectives on depression*. Rochester, NY: University of Rochester Press; 1992:103-130. Rochester symposium on developmental psychopathology; 1056-6511; v 4.
30. DeMulder E, Radke-Yarrow M. Attachment with affectively ill and well mothers: Concurrent behavioral correlates. *Development and Psychopathology* 1991;3(3):227-242.
31. Swartz HA, Frank E, Zuckoff A, Cyranowski JL, Houck PR, Cheng Y, Fleming D, Grote NK, Brent DA, Shear MK. Brief interpersonal psychotherapy for depressed mothers who children are receiving psychiatric treatment. *American Journal of Psychiatry*. 2008;165(9):1155-1162.
32. Beardslee WR, Wright EJ, Gladstone TR, Forbes P. Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *Journal of Family Psychology* 2007;21(4):703-713.

33. Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. Toddler–parent psychotherapy for depressed mothers and their offspring: Implications for attachment theory. In: Atkinson L, Goldberg S, eds. *Attachment issues in psychopathology and intervention*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2004: 229-275.
34. Duggan, AK, Berlin, LJ, Cassidy, J, Burrell, L, Tandon, SD. Examining maternal depression and attachment insecurity as moderators of the impacts of home visiting for at-risk mothers and infants. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2009;77(4):788-799.
35. Toth SL, Rogosch FA, Sturge-Apple M, Cicchetti D. Maternal depression, children’s attachment security, and representational development: An organizational perspective. *Child Development*. 2009;80(1):192-208.
36. Araya R, Hu XZ, Heron J, Lewis G, Nutt D, Goldman D. Effects of stressful life events, maternal depression and 5-HTTLPR genotype on emotional symptoms in pre-adolescent children. *American Journal of Medical Genetics Part B-Neuropsychiatric Genetics*, 2009;150B(5):670-682.
37. Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to increase attachment security in offspring of depressed mothers. *Attachment and Human Development* 1999;1(1):34-66.
38. Mezulis AH, Hyde JS, Clark R. Father involvement moderates the effect of maternal depression during a child's infancy on child behavior problems in kindergarten. *Journal of Family Psychology* 2004;18(4):575-588.
39. Cicchetti D, Dawson G. Editorial: Multiple levels of analysis. *Development and Psychopathology* 2002;14(3):417-420.
40. Phares V, Fields S, Kamboukos D, Lopez E. Still looking for poppa. *American Psychologist* 2005;60(7):735-736.
41. Connell A, Goodman S. The association between child internalizing and externalizing behavior problems and psychopathology in mothers versus fathers: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2002;128(5):746-773.
42. Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, Bachman DJ, Whitlock EP, Hornbrook MC. Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *American Journal of Psychiatry* 2007;164(10):1515-1520.
43. 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.
44. Gross HE, Shaw DS, Burwell RA, Nagin DS. Transactional processes in child disruptive behavior and maternal depression: A longitudinal study from early childhood to adolescence. *Development and Psychopathology*. 2009;21(1):139-156.
45. Gump BB, Reihman J, Stewart P, Lonky E, Darvill T, Granger DA, Matthews KA. Trajectories of maternal depressive symptoms over her child's life span: Relation to adrenocortical, cardiovascular, and emotional functioning in children. *Development and Psychopathology* 2009;21(1):207-225.
46. Cicchetti D, Toth SL. Developmental psychopathology and preventive intervention. In: Damon W, Lerner RM, eds. *Handbook of child psychology*. 6th ed. New York, NY: J. Wiley; 2006: 497-547. Siegel IE, Renninger AK, eds. *Child psychology in practice*. vol 4.
47. Cicchetti D, Hinshaw SP. Editorial: Prevention and intervention science: Contributions for developmental theory. *Development and Psychopathology* 2002;14(4):667-671.
48. Hinshaw SP. *The Mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change*. New York, NY: Oxford University Press; 2007.
49. O'Hara M, Gorman LL. Can postpartum depression be predicted? *Primary Psychiatry* 2004;11(3):42-47.

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 parto⁶ 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 controlados⁹ 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 Unido¹⁰ encontró beneficios similares entre los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina – 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 comórbida¹¹ 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 periurbano, 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 video²⁶ 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 la estrategia más promisoriosa. 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. Nysten 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, Moltano 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.

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 Peltz¹ 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 Rouse² 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 Campbell³ 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 Kouros⁴ 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 colegas⁵ 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 comprensivas 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 si 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/padre⁹. 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 oscurece 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 hombres¹⁰. Otro estudio demostró que la depresión paterna posparto predijo problemas de adaptación en el niño, independientemente de la depresión materna posparto¹¹. 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 particularmente 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 menciona. 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 niño¹⁴. 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 sería 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 crianza¹⁵ y que los efectos de la crianza sobre el niño pueden depender de la composición genética del niño¹⁶. 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 institucional¹⁷. 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 pequeño¹⁸. 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 sólida¹⁹. 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.