



## Diario de Salud Mental de Padres y Familias



Vol. 2, ed. 1  
Mar. de 2017

Publicación del Centro de Investigación de Sistemas y Avances Psicosociales  
Departamento del Centro de Excelencia de Investigación en Salud Mental de Massachusetts



Boletín informativo

# Un llamado a la capacitación integral de psicoterapia perinatal

Carolyn Broudy

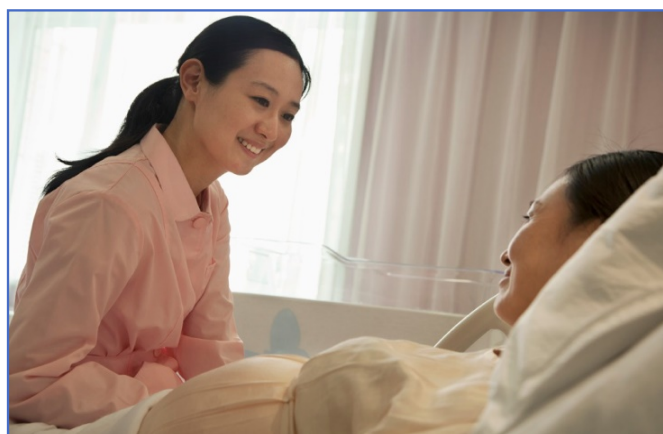
La depresión perinatal se produce en el 10 al 15 % de las madres que acaban de dar a luz;<sup>2</sup> y se ha descubierto que llega a ser de hasta el 23 al 52 % en las poblaciones de bajos ingresos.<sup>3, 4</sup> La depresión no tratada durante el embarazo y el período posparto está asociada con resultados negativos para las madres, los bebés y las familias. Por ejemplo, la depresión durante el embarazo puede afectar el cuidado personal materno y reducir la probabilidad de que las mujeres reciban una atención prenatal adecuada.<sup>5</sup> También está asociada con un riesgo elevado de parto prematuro, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino,<sup>6</sup> preeclampsia,<sup>7, 8</sup> consumo de sustancias ilícitas<sup>9</sup> y, en casos graves, suicidio e infanticidio. La depresión no tratada durante el embarazo también es una de las variables predictivas más claras de la depresión posparto (PPD, por sus siglas en inglés), que es un factor de riesgo conocido de resultados negativos de desarrollo cognitivo y emocional para los niños.<sup>6, 10</sup>

## Iniciativas actuales para abordar la depresión perinatal

Con la creciente conciencia sobre la frecuencia y el impacto de los problemas de salud mental perinatal, se han tomado iniciativas de salud pública para promover la detección<sup>11</sup> y proporcionar tratamiento de seguimiento.<sup>12</sup> Por ejemplo, algunos estados han iniciado programas que proporcionan consultas psiquiátricas perinatales a los médicos de atención primaria y los especialistas quienes pueden indicárselos a mujeres embarazadas y en el período posparto, y servicios de coordinación de asistencia para promover el acceso a la psicoterapia.<sup>13, 14</sup> Recientemente, se aprobó un proyecto de ley federal, *Bringing Postpartum Depression Out of the Shadows* [Sacar de la sombra a la depresión posparto], que forma parte de la *21st Century Cures Act* [Ley de Remedios del Siglo XXI], para apoyar el desarrollo de programas similares en otros estados.

## La importancia de un enfoque de psicoterapia familiar

Si bien estas iniciativas promueven la detección y la derivación a la psicoterapia, no garantizan la disponibilidad de opciones de psicoterapia adecuadas.



Es particularmente importante centrarse en la psicoterapia para esta población de pacientes por diversos motivos. En primer lugar, muchas mujeres perinatales solo buscarán psicoterapia, ya que prefieren no tomar medicamentos durante el embarazo o la lactancia.<sup>15-17</sup> De hecho, un estudio intercultural importante descubrió que para aquellas que buscan ayuda profesional, la "terapia a través de la palabra" es el tratamiento preferido.<sup>18</sup> En segundo lugar, la psicoterapia es la única opción de tratamiento que está comprobado que no implica un riesgo para el bebé y la madre durante el embarazo y la lactancia y, por lo tanto, se considera un enfoque de primera línea para la depresión leve a moderada.<sup>19</sup> En tercer lugar, los enfoques de tratamiento combinado (medicamentos más psicoterapia) o psicoterapia sola suelen ser más eficaces para los trastornos comórbidos, tales como el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos por abuso de sustancias.<sup>20-22</sup> Estos se observan en al menos la mitad de las mujeres con PPD.<sup>23, 24</sup> Por último, pero no menos importante, las pruebas sugieren que los tratamientos que solo tienen como objetivo la reducción de los síntomas, tales como los medicamentos, no son suficientes para prevenir los resultados negativos asociados en los niños.<sup>25-27</sup> En cambio, se cree que la asociación entre la depresión materna y los resultados negativos en los niños se produce, al menos en parte, como consecuencia de un conjunto de interacciones complejas dentro del sistema familiar que no se resuelve por completo después de que la depresión de la madre remite.<sup>28-30</sup>

Ciertos tipos de intervenciones de psicoterapia para las mujeres perinatales han mostrado resultados positivos para las madres, los bebés y las familias. Por ejemplo, las intervenciones de psicoterapia que abordan la relación bebé-madre parecen reducir el impacto del PPD sobre el desarrollo cognitivo y emocional de los niños, mejorando la sensibilidad materna, la receptividad, la afectividad, la capacidad de reflexión y la seguridad de apego.<sup>29, 31-38</sup> Del mismo modo, las intervenciones de psicoterapia diseñadas para incluir a las parejas en el tratamiento pueden afectar de forma positiva el estado de ánimo de la madre, mejorar la calidad de las relaciones de crianza y promover resultados positivos en los niños.<sup>39-43</sup>

## Llevar las terapias empíricas a la práctica

Dada la importancia de la psicoterapia que se ocupa del sistema familiar, existe la necesidad de proporcionar capacitaciones a los terapeutas en un enfoque familiar para los problemas de salud mental perinatal. Aunque varias de estas psicoterapias empíricas estandarizadas han demostrado ser eficaces,<sup>32,44-48</sup> el uso de estos tratamientos sigue siendo limitado debido a las dificultades financieras y logísticas de la integración de nuevas formas de psicoterapia en los entornos de atención clínica continua.<sup>49, 50</sup> De hecho, varios de estos modelos de tratamiento requieren un enfoque de equipo de terapeutas infantiles, terapeutas de grupos maternos y terapeutas diádicos que trabajan juntos, lo que aumenta aún más las barreras para la implementación.

Además, las pruebas sugieren que las iniciativas para implementar psicoterapias estandarizadas en entornos del mundo real presentan desafíos de sostenibilidad y fidelidad.<sup>51</sup> Los terapeutas tienden a integrar lo que les resulta útil a su propio estilo de práctica y adaptan terapias que han sido validadas en una población de pacientes estrechamente definida seleccionada anteriormente para satisfacer las necesidades específicas de las presentaciones más complejas de sus pacientes.

## Brindar capacitaciones de psicoterapia presenta una solución práctica

El período perinatal es una etapa lo suficientemente diferente de la vida como para justificar un requisito mínimo de formación especializada entre los terapeutas que trabajan con esta población de pacientes. Esta práctica es la terapia estándar para los terapeutas que trabajan con pacientes en otras etapas importantes de la vida (la niñez, los adultos mayores, etc.).

*Carolyn Broudy, MD, es una psiquiatra certificada por la junta profesional que se especializa en la psicoterapia y el manejo de medicamentos para mujeres embarazadas y en período de posparto. Tiene un consultorio particular en Northampton, MA, y es una psiquiatra consultora de MCPAP for Moms.*

Visite el Centro de Investigación de Sistemas y Avances Psicosociales en <http://www.umassmed.edu/sparc>

Este es un producto de *Journal of Parent and Family Mental Health*. Se puede encontrar una copia electrónica de esta edición con las referencias completas en <http://escholarship.umassmed.edu/parentandfamily/vol2/iss1/1>

Con este fin, las capacitaciones fundadas en pruebas sobre los problemas de salud mental perinatal podrían ofrecer una solución realista, mejorando la capacidad de los terapeutas para satisfacer las necesidades específicas de las madres y sus familias, sin necesidad de que los terapeutas adopten un modelo totalmente nuevo de psicoterapia. Estas capacitaciones podrían cubrir temas esenciales de salud mental perinatal (p. ej., diagnóstico diferencial perinatal, factores de riesgo comunes, importancia del apoyo social y maneras de conectar a las mujeres con los apoyos adecuados, problemas emocionales comunes y estrategias para enfrentar el estigma y mejorar el compromiso), así como técnicas empíricas para apoyar la relación de la madre con el bebé y la pareja. Dada la relativa facilidad y asequibilidad de estas capacitaciones, este enfoque de sentido común merece ser probado más rigurosamente y comparado con otras prácticas empíricas.

La investigación nos ha proporcionado una comprensión verdaderamente profunda del período perinatal y el tipo de técnicas psicoterapéuticas que pueden abordar eficazmente los problemas que surgen durante este período. Ahora es momento de integrar y difundir más plenamente este conocimiento a los proveedores que trabajan con la población perinatal para que se pueda utilizar ampliamente de manera reflexiva y variada. A medida que aumentamos la detección de problemas de salud mental perinatal y aumentamos las vías para acceder a la psicoterapia, no perdamos esta oportunidad para garantizar que las madres que acaban de dar a luz y las familias reciban lo que necesitan de la psicoterapia, para que tengan una mayor probabilidad de seguir adelante.



## Referencias

1. Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., Brody, S., & Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Agency for Healthcare Research and Quality (Summ)*, 119, 1–8.
2. O'Hara, M. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. In P. J. Cooper & L. Murray (Eds.), *Postpartum Depression and Child Development* (pp. 3–31). New York: Guilford Press.
3. Chazen-Cohen, R., Ayoub, C., Pan, A., Roggman, L., Raikes, H., McKelvey, L., Whiteside-Mansell, L., & Hart, A. (2007). It takes time: Impacts of Early Head Start that lead to reductions in maternal depression two years later. *Infant Mental Health Journal*, 28(2), 151–170.
4. Zlotnick, C., Johnson, S. L., Miller, I. W., Pearlstein, T., & Howard, M. (2001). Postpartum depression in women receiving public assistance: Pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *American Journal of Psychiatry*, 158, 638–40.
5. Kelly, R. H., Danielsen, B., Golding, J., et al. (1999). Adequacy of prenatal care among women with psychiatric diagnoses giving birth in California in 1994 and 1995. *Psychiatr Serv* 50, 1584–90.
6. Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., et al. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*, 67, 1012–24.
7. Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, R., et al. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 95, 487–90.
8. Shamsi, U., Harcher, J., Shamsi, A., et al. (2010). A multicentre matched case control study of risk factors for preeclampsia in healthy women in Pakistan. *BMC Women's Health*, 10, 14–20.
9. Horrigan, T. J., Schroeder, A. V. & Schaffer, R. M. (2000). The triad of substance abuse, violence, and depression are interrelated in pregnancy. *J Subst Abuse*, 18, 55–8.
10. Deave, T., Heron, J., Evans, J., et al. (2008). The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115, 1043–1051.
11. Kozhimannil, K. B., Adams, A. S., Soumerai, S. B., Busch, A. B. & Huskamp, H. A. (2011) New Jersey's efforts to improve postpartum depression care did not change treatment patterns for women on medicaid. *Health Aff (Millwood)*, 30, 293–301.
12. Miller, L., Shade, M. & Vasireddy, V. (2009). Beyond screening: assessment of perinatal depression in a perinatal care setting. *Arch Womens Ment Health*. 12(5), 329–34.
13. Byatt, N., Biebel, K., Moore, Simas, T. A., Sarvet, B., Ravech, M., Allison, J. & Staus, J. (2016). Improving perinatal depression care: the Massachusetts Child Psychiatry Access Project for Moms. *Gen Hosp Psychiatry*, 40, 12–17.
14. Shade, M., Miller, L., Borst, J., English, B., Valliere, J., Downs, K., Herceg-Baron, R. & Hare, I. (2011) Statewide innovations to improve services for women with perinatal depression. *Nurs Womens Health*, 15,126–136.
15. Chabrol, H., Teissendré, F., Armitage, J., Danel, M. & Walburg, V. (2004). Acceptability of psychotherapy and antidepressants for postnatal depression among newly delivered mothers. *J Reprod Infant Psychol*, 22,5–12.
16. Pearlstein, T., Zlotnick, C., Battle, C.L., Stuart, S., O'Hara, M.W., Price, A. B., Grause, A., & Howard, M. (2006). Patient choice of treatment for postpartum depression: A pilot study. *Arch Women Ment Health* 9, 303–308.
17. Whitton, A., Warner, R., & Appleby, L (1996). The pathway to care in post- natal depression: women's attitudes to post-natal depression and its treatment. *Br J Gen Pract* 46, 427–428.
18. Oates M. R., Cox J. L., Neema S, et al. (2004) Postnatal depression across countries and cultures: A qualitative study. *Br J Psychiatry Suppl* 46, s10–s16.
19. Yonkers, K. A., Wisner, K. L., Stewart, D. E., Oberlander, T. F., Dell, D. L., Stotland, N., Ramin, S., Chaudron, L. & Lockwood, C. (2009). The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Gen Hosp Psychiatry*, 31(5), 403–413.
20. Miller, E. S., Chu, C., Gollan, K. & Gossett, D. R. (2013). Obsessive-compulsive symptoms during the postpartum period. A prospective cohort. *J Reprod Med*, 58(3-4), 115–22.
21. Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA] (2005). *The NHSDA Report, Substance Use during Pregnancy: 2002 and 2003 Update*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies.
22. Seng, J. S., Kane Low, L. M., Sperlich, M. I., Ronis, D. L. & Liberzon, I. (2009). Trauma history and risk for PTSD among nulliparous women in maternity care. *Obstet Gynecol*, 114, 839–847.
23. Jhanjee, S. (2014) Evidence based psychosocial interventions in substance use. *Indian J Psychol Med*. 36, 112–118.
24. Walsh, K. H. & McDougle, C. J. (2011). Psychotherapy and medication management strategies for obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 7, 485–494.
25. Forman, D. R., O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., Larsen, K. E. & Coy, K. C. (2007). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Dev Psychopathol*, 19, 585–602.
26. Murray, L., Cooper, P. J., Wilson, A., et al (2003). 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*, 182, 420–427.
27. Poobalan, A. S., Aucott, L. S., Ross, L., Smith, W. C. S., Helms, P. J. & Williams, J. H. G. (2007). Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 191, 378–386.
28. Goodman S. H. & Gotlib I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol. Rev.*, 106, 458.

29. Tsivos, Z. L., Calam, R., Sanders, M., R., & Wittkowski, A. (2015). Interventions for postnatal depression assessing the mother– infant relationship and child developmental outcomes: a systematic review. *Int J Womens Health*, 23(7), 429–47.
30. van Doesum, K. T., Hosman, C. M., Riksen-Walraven, J. M. & Hoefnagels, C. (2007). Correlates of depressed mothers' sensitivity toward their infants: The role of maternal, child, and contextual characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(6), 747–756.
31. Barlow J., Bennett, C., Midgley, N., Larkin, S. K. & Wei, Y. (2015) Parent-infant psychotherapy for improving parental and infant mental health. *Cochrane Database Syst Rev*.
32. Beeber L. S., Schwartz T. A., Holditch-Davis D., Canuso R., Lewis V., & Wilde Hall H. (2013) Parenting enhancement interpersonal psychotherapy to reduce depression in low-income mothers of infants and toddlers: a randomised trial. *Nurs Res*. 62, 82–90.
33. Cicchetti, D., Rogosch, F. A. & Toth, S. L. (2000). The efficacy of toddler-parent psychotherapy for fostering cognitive development in offspring of depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 135–148.
34. Clark, R., Tluczek, A. & Brown, R. (2008). A mother-infant therapy group model for postpartum depression. *Infant Mental Health Journal*, 29(5), 514–536.
35. Cohen, N., Muir, E., Lojkasek, M., Muir, R., Parker, C., Barwick, M. & Brown, M. (1999). Watch, Wait, and Wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*; 20, 429-451.
36. Gelfand, D. M., Teti, D. M., Seiner, S. A. & Jameson, P. B. (1996). Helping mothers fight depression: Evaluation of a home-based intervention program for depressed mothers and their infants. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 406–422.
37. Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., Grunebaum, H. U. & Botein, S. (1990). Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development*. 61(1), 85–98.
38. Toth, S. L., Rogosch, F. A., Manly, J. T. & Cicchetti, D. (2006). The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: a randomized preventive trail. *J Consult Clin Psychol*. 74(6), 1006-16.
39. Dennis, C. L. & Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *J Adv Nurs*. 56(6), 588–599.
40. Feinberg, M. E. & Kan, M. L. (2008). Establishing family foundations: Intervention effects on coparenting, parent/ infant well- being, and parent-child relations. *Journal of Family Psychology*, 22, 253– 263.
41. Misri, S., Kostaras, X., Fox, D. & Kostaras, D. (2000) The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *Can J Psychiatry*, 45, 54–558.
42. Rowe, H. & Fisher, J. (2010) Development of a universal psycho-educational intervention to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: a multiple method approach. *BMC Public Health*, 10, 499.
43. Stapleton, L. R., Schetter, C. D., Westling, E., Rini, C., Glynn, L. M., Hobel, C. J., et al. (2012). Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *Journal of Family Psychology*, 26(3), 453–63.
44. Clark, R., Tluczek, A. & Wenzel, A. (2003). Psychotherapy for postpartum depression: a preliminary report. *Am J Orthopsychiatry*. 73, 441–54.
45. Cohen, N. J., Lojkasek, M., Muir, E., Muir, R. & Parker, C. J. (2002) Six-month follow-up of two mother-infant psychotherapies: convergence of therapeutic outcomes. *Infant Mental Health Journal*, 23(4), 361-380.
46. de Camps Meschino, D. , Philipp, D. & Vigod, S. (2016). Maternal-infant mental health: postpartum group intervention. *Arch Womens Ment Health*, 19(2), 243-51.
47. Milgrom, J. , Holt, C., Ross, J., et al. (2015). Feasibility study and pilot randomised trial of an antenatal depression treatment with infant follow-up. *Arch Womens Ment Health*, 18, 717–30.
48. Muzik, M., Rosenblum, K. L., Alfafara, E. A., Schuster, M. M., Miller, N. M., Waddell, R. M. & Kohler, E. S. (2015) Mom Power: preliminary outcomes of a group intervention to improve mental health and parenting among high-risk mothers. *Arch Womens Ment. Health*, 18(3), 507-21.
49. Barkham M. & Parry G. (2008). Balancing rigour and relevance in guideline development for depression: the case for comprehensive cohort studies. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 81, 399–417.
50. Green, L. W. & Glasgow, R. E. (2006). Evaluating the relevance, generalization, and applicability of research: issues in external validation and translation methodology. *Eval Health Prof.*, 29(1),126–153.
51. Stirman, S. W., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F. & Charns, M. (2012) The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implement Sci*. Mar, 14,7-17.