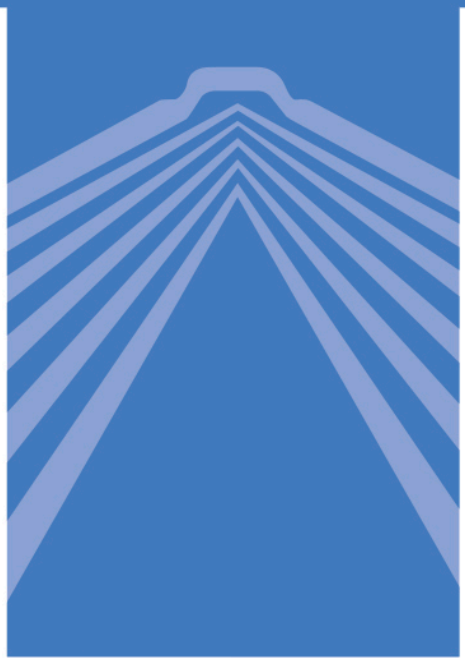


Psicología perinatal

Teoría y práctica

María de la Fe Rodríguez Muñoz
(Coord.)

PSICOLOGÍA

PIRÁMIDE

Psicología perinatal

Teoría y práctica

Coordinadora
MARÍA DE LA FE RODRÍGUEZ MUÑOZ
PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS
DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNED

Psicología perinatal

Teoría y práctica

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»

Director:
Francisco J. Labrador
Catedrático de Modificación de Conducta
de la Universidad Complutense de Madrid

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

© María de la Fe Rodríguez Muñoz (Coord.), 2019
© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2019
Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es
Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid
Teléfono: 91 393 89 89
www.edicionespiramide.es
ISBN digital: 978-84-368-4111-4

Relación de autores

Susana Al-Halabí Díaz
Doctora en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo.

Alinne Z. Barrera
Doctora en Psicología. Palo Alto University. California.

Montserrat Boada Pala
Doctora en Medicina. Departamento de Biología. Área de reproducción asistida. Instituto Dexeus Mujer.

Aaron Buzek
Psicólogo. The Chicago School of Professional Psychology. Washington, DC.

Pilar Capilla Ramírez
Doctora en Psicología. Grado de Medicina. Universidad Europea de Madrid.

María Isabel Casado Morales
Doctora en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Lidia Colmenero Navarrete
Psicóloga general sanitaria. Instituto de Neurociencias y Salud. Universidad de Málaga.

María Isabel Comeche Moreno
Doctora en Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Paul Corcoran
Doctor en Epidemiología. Fundación Nacional de Investigación en Suicidio (NSRF). Departamento de Epidemiología y Salud Pública. Universidad de Cork. Irlanda.

Aida de Vicente Colomina
Doctora en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Cardenal Cisneros. Madrid.

José Ramón Fernández Hermida
Doctor en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo.

Gloria García Fernández
Doctora en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo.

Sandra García Lumbreras
Licenciada en Psicología. Instituto Dexeus Mujer.

Aurora Gavino Lázaro
Doctora de Psicología. Universidad de Málaga.

Héctor González Ordi
Doctor en Psicología. Facultad de Psicología y Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.

Jesuina Arcângela Graça Fonseca
Bióloga. Hospital infantil de Rabat. Laboratorio de toxicología y farmacología del Centro de control de intoxicaciones y farmacovigilancia de Marruecos.

Nuria Izquierdo Méndez
Doctora en Medicina. Obstetra. Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Allison Jaffe
Estudiante de doctorado. Rice University. Texas.

María Asunción Lara Cantú
Doctora en Ciencias de la Salud. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México.

Huynh-Nhu (Mimi) Le
Doctora en Psicología. Departamento de Psicología. George Washington University. Washington, DC.

© Ediciones Pirámide

Ana María Lisbona Bañuelos
Doctora en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

María del Carmen Martínez Herreros
Psicóloga. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

María Mayoral Aragón
Doctora en Psicología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

María Eugenia Olivares Crespo
Doctora en Psicología. Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Pamela Patiño González
Maestría en Salud Mental Pública. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México.

Montserrat Postigo Claros
Doctora en Psicología. Instituto de Neurociencias y Salud. Universidad de Málaga.

María de la Fe Rodríguez Muñoz
Doctora en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

María Rosales
Estudiante de doctorado. Palo Alto University. California.

Miguel Ángel Ruiz Arias
Psicólogo general sanitario.

Natalia Ruiz Segovia
Psicóloga general sanitaria. Asociación Española contra el Cáncer.

Lucero Sáenz Ibarra
Especialidad en Psicoterapia Clínica y Hospitalaria. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México.

María José Sánchez Cunqueiro
Doctora en Psicología. Matrona del Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo.

Pablo Santamaría Fernández
Doctor en Psicología. Departamento de Investigación y Desarrollo de TEA Ediciones.

Elena Serrano Drozdowskyj
Psiquiatra. Doctora en Psiquiatría. Centro Médico Ruber Internacional. Universidad Pontificia de Comillas.

Purificación Sierra García
Doctora en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Cristina Soto Balbuena
Doctora en Psicología. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Laura Vallejo-Slocker
Graduada en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

© Ediciones Pirámide

Índice

Prefacio *(Miguel Ángel Herráiz Martínez)* 19

Prólogo *(Miguel Ángel Vallejo)* 21

PARTE PRIMERA
Psicología clínica y de la salud en el período perinatal

1. Depresión perinatal *(María de la Fe Rodríguez Muñoz, Huynh-Nhu Le, María Asunción Lara Cantú y Allison Jaffe)* 25

1. Introducción 25
2. Definición, clasificación y epidemiología 25
   - 2.1. Clasificación y diagnóstico 25
   - 2.2. La depresión en el período perinatal 27
     - 2.2.1. Depresión prenatal 27
     - 2.2.2. *Baby blues* 28
     - 2.2.3. Depresión posparto 28
     - 2.2.4. Psicosis puerperal 30
   - 2.3. Comorbilidad 31
   - 2.4. Epidemiología 31
3. Evaluación perinatal. Herramientas 32
   - 3.1. Instrumentos 33
   - 3.2. Valoración de factores de riesgo 36
   - 3.3. Suicidio 37
4. Prevención de la depresión posparto 37
5. Tratamientos para la depresión perinatal 43
6. Conclusiones 46

Preguntas de autoevaluación 47
Lecturas recomendadas 47
Referencias bibliográficas 48

2. Ansiedad, estrés y fobias durante el embarazo y posparto *(Cristina Soto Balbuena)* 55

1. Introducción 55
2. Definición de problemas 56
3. Epidemiología 60

© Ediciones Pirámide

4. Modelos explicativos 64
5. Evaluación 68
6. Revisión de los tratamientos 70
6.1. Terapia cognitivo-conductual 70
6.2. Tratamientos psicológicos para las fobias durante el embarazo: tocofobia 73
7. Propuesta de intervención 75
Preguntas de autoevaluación 76
Referencias bibliográficas 77

3. Trastornos de alimentación e imagen corporal en el período perinatal *(Laura Vallejo-Slocker)* 83

1. Introducción 83
2. Definición y datos epidemiológicos 84
2.1. Trastornos de la conducta alimentaria 84
2.1.1. Anorexia nerviosa (AN) 85
2.1.2. Bulimia nerviosa (BN) 85
2.1.3. Trastorno por atracón (TA) 85
2.2. Obesidad 86
2.3. Criterios diagnósticos en el período perinatal 87
2.3.1. Peso corporal 87
2.3.2. Atracones 88
2.3.3. Vómitos 88
2.3.4. Imagen corporal 88
3. Modelos explicativos 89
3.1. Hipótesis del embarazo como condición protectora 89
3.2. Hipótesis del embarazo como factor de riesgo 90
3.3. Hipótesis de independencia entre el embarazo y problemas de TCA 91
3.4. Hipótesis de la ingesta emocional 91
3.5. Modelo explicativo para la obesidad 91
4. Evaluación 92
4.1. Cuestionarios 92
4.1.1. Evaluación del TCA 93
4.1.2. Evaluación de patrones de alimentación 93
4.1.3. Evaluación de episodios de vómitos 94
4.2. Entrevistas 94
5. Intervención 95
5.1. Intervención en problemas de salud mental durante el embarazo 95
5.2. Intervención en casos de TCA 95
Preguntas de autoevaluación 96
Lecturas recomendadas 97
Referencias bibliográficas 97

4. Estrés postraumático en el período perinatal *(Aida de Vicente Colomina, Héctor González Ordi, Pilar Capilla Ramírez y Pablo Santamaría Fernández)* ... 101

1. Introducción y objetivos 101
2. Definición y epidemiología del TEPT perinatal 101
2.1. Criterios diagnósticos del TEPT 101
2.2. Prevalencia 106
2.3. Curso y evolución del TEPT perinatal 107

© Ediciones Pirámide

2.4. Comorbilidad 107
2.5. Consecuencias para la madre y para el entorno cercano 108
3. Modelos explicativos del TEPT perinatal 109
3.1. Factores o procesos biológicos 109
3.2. Factores o procesos psicológicos y sociales 110
3.3. Modelos integradores 112
4. Evaluación 114
5. Los programas de prevención y tratamiento del TEPT perinatal 115
5.1. Programas preventivos del TEPT perinatal 115
5.2. Programas de tratamiento para el TEPT perinatal 117
Preguntas de autoevaluación 118
Lecturas recomendadas 119
Referencias bibliográficas 120

5. Estrés y problemas emocionales asociados a infertilidad y técnicas de reproducción asistida *(Cristina Soto Balbuena, Sandra García Lumbreras y María de la Fe Rodríguez Muñoz)* 125

1. Introducción 125
2. Definición 126
2.1. Tipos de infertilidad 126
2.2. Causas de la infertilidad 127
2.3. Técnicas de reproducción asistida 129
3. Epidemiología 130
4. Síntomas psicológicos 131
4.1. Consideraciones especiales referentes a los síntomas psicológicos antes de iniciar los tratamientos de reproducción 131
4.2. Factores de riesgo y protectores 132
4.3. Estrés e infertilidad 132
4.4. Impacto del estrés en los resultados de los tratamientos de reproducción asistida 133
5. Evaluación 134
5.1. La entrevista psicológica 135
5.2. Cuestionarios específicos 135
6. Tratamientos 136
6.1. Revisión de tratamientos 136
6.2. Intervención psicológica en reproducción asistida 137
6.2.1. Intervención psicológica en reproducción asistida de parejas 139
6.2.2. Intervención psicológica en reproducción asistida en mujeres (sin pareja) 143
6.2.3. Afrontar el final de los tratamientos de reproducción asistida 145
Preguntas de autoevaluación 146
Lecturas recomendadas 147
Referencias bibliográficas 147

6. Ataque de pánico en el período de gestación *(María Isabel Casado Morales)* 153

1. Introducción 153
2. La ansiedad como emoción paradigmática 153
2.1. Emociones, ansiedad y gestación 156
2.2. La ansiedad patológica: el ataque de pánico 158

© Ediciones Pirámide

3. Ataque de pánico en la mujer gestante 160
4. Modelos explicativos del pánico 161
5. Evaluación del pánico 163
6. Tratamiento del pánico 164
6.1. Tratamiento psicológico: la terapia cognitivo-conductual 166
6.2. Tratamiento del pánico en la gestación: una propuesta cognitivo-conductual 168
Preguntas de autoevaluación 170
Lecturas recomendadas 171
Referencias bibliográficas 171

7. Aparición y desarrollo del trastorno obsesivo-compulsivo en la etapa perinatal *(Lidia Colmenero Navarrete, Montserrat Postigo Claros y Aurora Gavino Lázaro)* 175

1. Introducción 175
2. Definición, características clínicas y epidemiología 176
2.1. Definición y características clínicas 176
2.2. Pensamientos intrusivos «normales» en comparación con obsesiones clínicas 177
2.3. Epidemiología 177
2.4. Curso 178
2.5. Sexo 178
2.6. Comorbilidad 178
2.7. Diagnóstico diferencial 179
3. Etiología 180
3.1. ¿Por qué el TOC se puede iniciar o agravar con el nacimiento de un hijo?.. 180
3.2. Teorías biológicas 181
3.3. Teorías psicológicas 182
3.3.1. Modelo de Salkovskis 182
3.3.2. Modelo de Rachman 185
4. Evaluación 187
4.1. Entrevistas diagnósticas 188
4.2. Inventarios y cuestionarios 188
5. Tratamiento 189
5.1. Tratamiento psicológico 190
5.1.1. Psicoeducación 190
5.1.2. Terapia cognitivo-conductual 190
5.2. Tratamiento farmacológico 191
5.2.1. El tratamiento farmacológico y el amamantamiento 192
6. Consideraciones finales 192
Preguntas de autoevaluación 193
Lecturas recomendadas 193
Referencias bibliográficas 194

8. Trastorno mental grave perinatal *(M.ª Eugenia Olivares Crespo)* 199

1. Introducción 199
2. Psicosis puerperal 200
2.1. Epidemiología 200
2.2. Clínica 201
2.3. Diagnóstico diferencial 201

© Ediciones Pirámide

2.4. Factores de riesgo 202
2.5. Curso y pronóstico 203
2.6. Tratamiento 204
3. Trastorno bipolar 208
3.1. Epidemiología 208
3.2. Clínica 209
3.3. Factores de riesgo 210
3.4. Diagnóstico diferencial 211
3.5. Tratamiento 211
Preguntas de autoevaluación 215
Lecturas recomendadas 216
Referencias bibliográficas 216

9. Trastorno por uso de sustancias en el período perinatal *(Gloria García Fernández y José Ramón Fernández Hermida)* 219

1. Introducción y objetivos 219
1.1. Conductas adictivas durante el período perinatal 219
1.2. Delimitación de las conductas adictivas a considerar 219
2. Definición y cuadro clínico 220
2.1. Propuesta de definición (DSM-5) 220
2.2. Epidemiología 221
2.3. Riesgos asociados 221
2.4. Comorbilidad 223
3. Procesos etiológicos 223
3.1. Modelo y factores explicativos del consumo de drogas 223
3.2. Predictores de consumo, abstinencia y recaídas 224
3.2.1. Predictores de consumo 224
3.2.2. Predictores de abstinencia y recaídas 224
4. Evaluación 224
4.1. Pautas generales 224
4.2. Instrumentos de evaluación específicos 225
5. Tratamiento 226
5.1. Pautas generales 226
5.2. Intervención breve 227
5.3. Abordajes específicos 228
5.3.1. Alcohol 228
5.3.2. Tabaco 228
5.3.3. Drogas ilegales 229
6. Consideraciones finales 230
Preguntas de autoevaluación 231
Lecturas recomendadas 231
Referencias bibliográficas 232

10. Pérdidas en el período perinatal *(Natalia Ruiz Segovia y María de la Fe Rodríguez Muñoz)* 237

1. Introducción 237
2. Definiciones 237
3. Prevalencia 238
4. Psicopatología asociada a la pérdida fetal 239
5. Aportaciones teóricas sobre el duelo 244
6. Evaluación 245

© Ediciones Pirámide

7. Las necesidades de los padres 246
8. Ver al bebé fallecido y la creación de recuerdos 247
9. Las necesidades de los profesionales 248
10. Intervención psicológica y recomendaciones de buenas prácticas 249
11. Siguiente embarazo 252
12. Conclusiones 252
Preguntas de autoevaluación 253
Lecturas recomendadas 254
Referencias bibliográficas 254

11. Suicidio durante el embarazo y el posparto *(Susana Al-Halabí, María Mayoral y Paul Corcoran)* 259

1. Introducción y objetivos 259
2. Definición 259
3. Epidemiología del suicidio 260
   3.1. El suicidio en la población general 260
   3.2. ¿Qué sabemos del suicidio en el período perinatal? 260
4. Modelo explicativo del suicidio 261
5. Factores de riesgo durante el embarazo y el posparto 262
   5.1. Suicidio 262
   5.2. Intentos de suicidio 264
   5.3. Ideación suicida 264
6. Factores de protección 264
7. Evaluación e implicaciones para la práctica clínica 265
8. Intervenciones y tratamientos 266
9. Propuesta de intervención: el modelo AIM-SP 267
   9.1. ¿Cómo utilizar el modelo AIM-SP en la práctica clínica? 268
   9.2. Plan de seguridad 268
Preguntas de autoevaluación 271
Lecturas recomendadas 271
Referencias bibliográficas 272

PARTE SEGUNDA
Psicología perinatal y conceptos asociados

12. Introducción a la psicofarmacología del embarazo y el posparto *(Elena Serrano Drozdowskyj)* 277

1. Introducción 277
2. Peculiaridades del tratamiento psicofarmacológico durante el embarazo y el posparto 278
3. Psicofármacos en el período perinatal 282
4. Tratamientos biológicos no farmacológicos: la neuromodulación 285
5. Conclusiones 287
Preguntas de autoevaluación 288
Lecturas recomendadas 288
Referencias bibliográficas 289

13. Cambios biológicos y patologías obstétricas asociadas a la salud mental *(Nuria Izquierdo Méndez)* 293

1. Introducción y objetivos 293

© Ediciones Pirámide

2. Cambios hematológicos 293
3. Cambios en el sistema cardiocirculatorio 293
4. Modificaciones en el aparato respiratorio 295
4.1. Modificaciones estructurales 295
4.2. Modificaciones de la función pulmonar 295
5. Modificaciones en el aparato digestivo 296
6. Modificaciones en el aparato urinario 298
7. Modificaciones en el aparato locomotor 299
8. Modificaciones dermatológicas 299
9. Modificaciones psíquicas 303
Preguntas de autoevaluación 303
Lecturas recomendadas 304
Referencias bibliográficas 304

14. El dolor en el parto *(María José Sánchez Cunqueiro y María Isabel Comeche Moreno)* 307

1. Introducción 307
2. Aspectos fisiológicos del parto 307
2.1. Fisiología del parto 307
2.2. Características del dolor en el parto 308
3. Aspectos psicosociales del dolor en el parto 309
3.1. Significado del dolor 309
3.2. Estrategias de afrontamiento 310
3.3. Ansiedad y miedo 310
3.4. El apoyo 312
3.5. El control percibido 312
4. Expectativas de autoeficacia relacionadas con el parto 313
4.1. Las expectativas de autoeficacia 313
4.2. Las expectativas de autoeficacia en el parto 314
5. Intervención psicológica en el parto 316
Preguntas de autoevaluación 318
Lecturas recomendadas 319
Referencias bibliográficas 319

15. Biomarcadores de los trastornos afectivos *(Jesuina Arcângela Graça Fonseca, Nuria Izquierdo Méndez y María de la Fe Rodríguez Muñoz)* 327

1. Introducción 327
2. Trastornos psicopatológicos más frecuentes relativos al estado de ánimo 327
2.1. Trastorno depresivo mayor 327
2.2. Trastorno bipolar 327
2.3. La psicosis posparto (PPP) 328
3. Herencia y factores genéticos 328
4. Hormonas sexuales y reproductivas 329
5. Modelos biológicos de la depresión 330
Preguntas de autoevaluación 333
Glosario 334
Referencias bibliográficas 335

16. Embarazo y maternidad adolescentes *(Pamela Patiño González, Lucero Sáenz Ibarra y María Asunción Lara Cantú)* 341

1. Introducción 341

© Ediciones Pirámide

2. Definición y epidemiología del embarazo adolescente 341
3. Consecuencias del embarazo y maternidad adolescentes 342
4. Apoyo social: importancia para la gestante y madre adolescente y su hijo 344
5. Depresión y ansiedad perinatal (embarazo y posparto) 345
6. Embarazo adolescente y su relación con otros problemas: abuso de sustancias, tabaquismo y otras sustancias 347
7. Prevención del embarazo adolescente 348
8. Intervenciones: prevención y tratamiento en salud mental 349
9. Conclusiones 350
Preguntas de autoevaluación 352
Lecturas recomendadas 353
Referencias bibliográficas 353

17. Depresión perinatal entre las mujeres inmigrantes *(Huynh-Nhu Le y Aaron Buzek)* 359

1. Introducción 359
2. Definiciones de «inmigrante» 359
3. Prevalencia de la depresión perinatal 360
4. Factores de riesgo 361
5. Consecuencias de la depresión perinatal 362
6. Direcciones futuras 364
7. Conclusión 365
Preguntas de autoevaluación 365
Lecturas recomendadas 366
Referencias bibliográficas 366

18. Sistemas de e-*health* en el período perinatal *(Alinne Z. Barrera, María Rosales, Natalia Ruiz Segovia y María de la Fe Rodríguez Muñoz)* 371

1. Introducción 371
2. Intervenciones por ordenador e Internet 371
3. Servicio de mensaje corto (SMS) 373
4. Aplicaciones (app) 375
5. Otras consideraciones y usos para eSalud 377
6. Conclusiones 378
Preguntas de autoevaluación 379
Lecturas recomendadas 380
Referencias bibliográficas 381

19. El primer vínculo afectivo: el apego *(Purificación Sierra García)* 385

1. Introducción 385
2. Unas pinceladas históricas sobre el origen de la teoría del apego 385
3. La construcción del apego del niño a su cuidador principal y a otras figuras subsidiarias 387
   3.1. Los modelos internos de trabajo y la transmisión del apego de padres a hijos 389
4. Los patrones de apego: desde la propuesta clásica hasta los nuevos desarrollos 390
   4.1. Patrón de apego seguro (B) 391

© Ediciones Pirámide

4.2. Patrón de apego inseguro resistente o ambivalente (C) 392
4.3. Patrón de apego inseguro evitativo (A) 393
4.4. El apego desorganizado (D) 393
5. Algunos factores de riesgo para el apego seguro 394
6. La dimensión neurobiológica de las relaciones tempranas: aportaciones a la teoría y el conocimiento del origen del apego 395
7. El impacto de los conocimientos sobre el apego: prácticas y políticas sociales 398
Preguntas de autoevaluación 400
Lecturas recomendadas 401
Referencias bibliográficas 401

20. Consecuencias en los bebés de los problemas de salud de las madres *(María del Carmen Martínez Herreros y María de la Fe Rodríguez Muñoz)* 405

1. Introducción 405
2. Definición y epidemiología 405
3. Depresión prenatal 407
4. Depresión posnatal 408
5. Ansiedad prenatal 410
6. Ansiedad posnatal 412
7. Consecuencias de los problemas maternos en bebés irritables 412
8. Evaluación 413
9. Revisión de tratamientos 418
10. Propuestas de tratamientos de intervención 421
11. Conclusiones 424
Preguntas de autoevaluación 424
Lecturas recomendadas 425
Referencias bibliográficas 426

21. Lactancia *(Ana Lisbona Bañuelos)* 435

1. Introducción 435
2. Neurobiología y fisiología de la lactancia materna y su relación con aspectos psicológicos 436
3. Aspectos psicosociales y variables psicológicas relacionados con la lactancia materna 439
3.1. Teoría de la acción razonada y teoría de la conducta planificada 440
3.2. Autoeficacia 442
3.2.1. Experiencias de éxito previas 443
3.2.2. Aprendizaje vicario 444
3.2.3. Persuasión social 444
3.2.4. Respuestas fisiológicas 444
3.2.5. Evaluación de la autoeficacia sobre la lactancia materna 444
3.3. La importancia de los factores psicológicos y psicosociales 444
3.4. Apoyo social 447
3.4.1. Apoyo de la familia cercana 448
3.4.2. Apoyo del padre o de la pareja 448
3.4.3. Apoyo entre iguales y grupos de madres 451
3.4.4. Apoyo de los profesionales sanitarios 453
4. Principales dificultades en la lactancia materna y herramientas o estrategias para superarlas 454

© Ediciones Pirámide

4.1. Factores individuales 454
4.1.1. Factores biológicos o fisiológicos 454
4.1.2. Intención y actitudes de la madre, experiencia previa y confianza 456
4.1.3. Experiencias de lactancia materna 456
4.1.4. Características sociodemográficas de las madres 457
4.1.5. Uso de medicamentos y salud mental de las madres 457
4.1.6. Pérdidas perinatales, ¿qué ocurre con la lactancia materna? 459
4.1.7. Lactancia materna y sueño 460
4.2. Factores grupales 460
4.2.1. Apoyo sanitario 460
4.2.2. Entorno familiar y comunitario 460
4.2.3. Entorno laboral 460
4.3. Promoción de la lactancia materna a nivel institucional y aspectos societales 461
4.3.1. Vergüenza y lactancia en público 461
5. Conclusión 463
Preguntas de autoevaluación 463
Lecturas recomendadas 464
Referencias bibliográficas 464

22. Actividad física como conducta saludable en el embarazo y posparto *(Miguel Ángel Ruiz Arias)* 469

1. El embarazo y la actividad física 469
1.1. Introducción y objetivos del capítulo 469
2. Definición: conceptos de depresión posparto y actividad física 470
2.1. Depresión posparto 470
2.2. Actividad física 470
3. Beneficios de la actividad física 474
4. Valoración de la actividad realizada en la vida cotidiana 484
5. Conclusiones 487
Preguntas de autoevaluación 489
Lecturas recomendadas 490
Referencias bibliográficas 490

APÉNDICES

Apéndice 1. Infanticidio *(Susana Al-Halabí)* 499
Apéndice 2. Material para el trabajo del psicólogo en reproducción asistida *(Sandra García Lumbreras y Montserrat Boada Pala)* 501
Apéndice 3. Protocolo de intervención durante el embarazo *(María de la Fe Rodríguez Muñoz, Nuria Izquierdo Méndez y María Eugenia Olivares Crespo)* . 507

© Ediciones Pirámide

Prefacio

La psicología perinatal abarca un gran número de patologías de gran importancia y a las que sin embargo los ginecólogos no solemos prestar gran atención, seguramente por nuestro desconocimiento. De ahí que este manual de psicología perinatal sea una excelente oportunidad para acercarnos al conocimiento de escenarios muy habituales a lo largo del embarazo, parto y puerperio, como la depresión, el estrés, la ansiedad, el pánico, el dolor durante el parto, que están excelentemente expuestos en este texto. Me han sorprendido algunos temas, como los trastornos de alimentación, el obsesivo-compulsivo, los trastornos afectivos o el suicidio durante el embarazo y parto, que quedan muy bien explicados y que nos aclaran muchas dudas. Otros temas muy de actualidad en una sociedad donde la drogodependencia es cada vez más habitual en las embarazadas son abarcados en este magnífico manual en el capítulo de sustancias prohibidas durante la gestación, sobre todo la cocaína. No menos importante es el embarazo en la adolescente, problema de salud a nivel mundial y que está ampliamente documentado. Se introducen, asimismo, varios capítulos sobre el recién nacido y el vínculo con su madre, así como la repercusión sobre el bebé en las madres con problemas de salud, incluyendo el infanticidio. Por último se recoge un capítulo sobre los criterios diagnósticos del estrés postraumático y un apéndice sobre protocolos de intervención durante el embarazo para poder seleccionar a aquellas gestantes que puedan presentar un mayor riesgo de padecer depresión y de ese modo trabajar con ellas para evitar en lo posible ese desenlace tras dar a luz.

Como podemos apreciar, es un manual muy completo y que no solo ayudará a ginecólogos, matronas o psicólogos, sino también a los médicos de atención primaria, que en muchas ocasiones son los primeros en advertir este tipo de patologías. Por todo ello felicito a la doctora María de la Fe Rodríguez y a todos sus colaboradores por haber confeccionado una obra que incluye todos aquellos temas de mayor interés en la psicología perinatal, y espero que pueda ayudar también en la formación de estudiantes y residentes de ginecología y de otras especialidades.

Profesor Miguel Ángel Herráiz Martínez
Catedrático de Obstetricia y Ginecología por la UCM. Presidente del Instituto Salud de la Mujer José Botella Llusiá. HCSC de Madrid.

© Ediciones Pirámide

Prólogo

Tiene usted entre sus manos una obra singular. De la mano de María de la Fe Rodríguez Muñoz, un diverso grupo de autores han preparado un trabajo que integra muy diversas perspectivas en torno al nacimiento, desde el período perinatal hasta el posparto, incluyendo situaciones específicas previas como la infertilidad o la juventud de la madre. Es, sin duda, una obra multidisciplinar. Aunque lleva en el título la referencia a la psicología, contempla también aspectos biológicos y médicos esenciales en ese amplio y crítico período de tiempo en torno al nacimiento de un ser.

Traer al mundo un bebé es algo natural, no patológico, como los autores recalcan a lo largo del texto. Por ello, el hecho de ser madre no conlleva en sí mismo trastorno alguno. Sin embargo, y en especial en los tiempos que corren, lo que supone tener un bebé pone a la madre en una situación de clara vulnerabilidad. El entorno social, familiar y personal, que constituye sin duda un factor de protección para la maternidad, también lo es de vulnerabilidad. Es una responsabilidad de todos, y muy especialmente de los profesionales que intervienen en este proceso, estar al tanto de esos peligros. En las páginas de este libro encontrará cómo.

Puede que se sorprenda al ver que faltan investigaciones sobre la salud de la madre, antes y después del parto. Más allá del interés intrínseco de estas investigaciones, denotan la falta de interés social sobre la maternidad. Todo el mundo reconoce su importancia, pero ello no se traduce en recursos asistenciales y de investigación; no al menos en comparación con otros problemas, tal vez menos fundamentales. Por otro lado, la falta de información adecuada abona tópicos entre la población. Por ejemplo, sobre la lactancia, el aumento de peso, etc., que requieren intervenciones basadas en la información para promover actitudes saludables.

Más investigaciones y atención sanitaria se traducen en una mayor sensibilización sobre el problema. Este libro contribuirá notablemente a ello. Queremos que la maternidad sea un elemento central de interés para todos. Resulta curioso, aunque no original, que la falta de ayuda y atención a las madres que conlleva una disminución de la natalidad y se convierte en un problema social acabe siendo un problema psicológico. En efecto, las mujeres se sienten presionadas para ser madres y, además, tener hijos perfectos.

Existen, no obstante, problemas graves a los que hay que prestar especial atención precisamente porque se ocultan. Este es el caso del suicidio durante el embarazo o el posparto. Es preciso contar con protocolos, como se indica en el texto, que prevengan la necesidad de apoyo; la violencia y la falta de apoyo social, como en las madres adolescentes o inmigrantes, requieren medidas de evaluación rutinarias. Algo similar ocurre con la patología mental grave, especialmente en el puerperio; amén de la depresión, la ansiedad y la necesaria vigilancia de las preocupaciones normales y las que interfieren con la vida y requieren atención profesional.

El libro aborda también aspectos tan relevantes en el desarrollo como el apego, en el que no solo la madre o el padre se encuentran implicados. Los aspectos psicológicos son determinantes en torno al nacimiento. El contexto perinatal, puerperal y el desarrollo ulterior son claves en el ámbito emocional y comportamental del bebé, sus padres y su entorno.

© Ediciones Pirámide

Prevención es la palabra clave. Estar al tanto. Escuchar, apoyar y tomar medidas cuando sea preciso. Tener un bebé es una magnífica experiencia; se trata solo de acompañar y ayudar cuando sea preciso. Esta es la mayor garantía para unos bebés, que crecerán en un entorno saludable. Enhorabuena, por tanto, a la directora de esta obra porque ha sabido entender esto y por poner en nuestras manos una obra que a buen seguro será un hito en el cuidado de mamás y bebés..., bueno, y también de los papás.

Pozuelo de Alarcón, Navidad de 2018.

Miguel Ángel Vallejo
Catedrático de Universidad de Terapia Cognitivo-Conductual. Facultad de Psicología de la UNED

© Ediciones Pirámide

PARTE PRIMERA

Psicología clínica y de la salud en el período perinatal

1 Depresión perinatal

MARÍA DE LA FE RODRÍGUEZ MUÑOZ
HUYNH-NHU LE
MARÍA ASUNCIÓN LARA CANTÚ
ALLISON JAFFE

1. INTRODUCCIÓN

Puede afirmarse que, en la actualidad, la depresión es uno de los trastornos más frecuentes en las sociedades occidentales, siendo las mujeres más proclives a padecerla que los hombres (Silverstein et al., 2013). El estudio sobre enfermedad global (The Global Burden Desease GBD, 2016) estima que la depresión es la tercera causa de discapacidad en el mundo. En España los datos se sitúan en el 8,56% (Cardila et al., 2015). Pues bien, el riesgo de padecer depresión se incrementa durante el período de gestación o de inmediata maternidad. Aproximadamente entre un 10 y un 15% de las mujeres experimentan un episodio de depresión mayor clínicamente significativo durante el embarazo o el período posparto inmediato (Anderson et al., 2003; Banti et al., 2010; Gavin et al., 2005). Todos estos datos han permitido concluir que la depresión durante el embarazo y el puerperio es un evidente problema de salud pública que necesita una especial atención (Rodríguez et al., 2017).

En el presente capítulo se proyectan algunas de las principales cuestiones en materia de depresión perinatal y el lector podrá encontrar información sobre los diferentes niveles de severidad que presenta este trastorno y aprenderá a diferenciar, por ejemplo, la depresión prenatal del *baby blues* o de la depresión posparto. Asimismo, se analizarán las herramientas más relevantes de cribado y de diagnóstico. Por último, se presentan las estrategias de prevención y los tratamientos más eficaces disponibles en la bibliografía más reciente.

2. DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

2.1. Clasificación y diagnóstico

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales,* en su quinta edición (DSM-5), define la depresión perinatal como un episodio depresivo mayor con inicio en el período del periparto. Este lapso temporal para el DSM-5 alcanza desde el embarazo hasta la cuarta semana después del parto (American Psychiatric Association, 2013). Conviene reseñar que el DSM-IV TR (APA, 2000) ya reconocía la depresión destacando su inicio en el posparto, pero no durante el embarazo. Por ello la nueva perspectiva del DSM-5 supone un importante avance en el diagnóstico de la depresión en esta área. En todo caso, más allá de la formulación de diagnóstico prevista en el citado manual, ya la mayoría de los estudios e investigaciones amplían este período bien hasta los tres meses después del parto (Woody, Ferrari, Siskid, Whiteford y Harris, 2017), hasta el año (California Task Force, 2017) o, incluso, hasta los dos años (Linda, Mayberry, Horowitz y Declercq, 2007).

El sistema de codificación de la *Clasificación internacional de enfermedades* (10.ª revisión), también conocida por su acrónimo CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994), puede asimismo ser usado como un instrumento de diagnóstico. Se trata de un sistema de clasificación que ha sido desarrollado con una finalidad básicamente epidemiológica. No obstante, tal sistema resulta menos preciso que el del DSM y, por tanto,

© Ediciones Pirámide

TABLA 1.1

Criterios diagnósticos del TDM, adaptado del DSM-5 (APA, 2015)

Criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor con inicio en el periparto. DSM-5

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
Nota: no incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (por ejemplo, se le ve lloroso).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación), pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (por ejemplo, modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
3. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
4. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
5. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
6. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el reproche o culpa por estar enfermo).
7. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
8. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.
F. *Nota:* esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.
Dentro de los especificadores existe el llamado «con inicio en el periparto». Este especificador se puede aplicar al episodio actual o, si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, al episodio de depresión más reciente si el inicio de los síntomas del estado de ánimo se produce en el embarazo o en las cuatro semanas después del parto.

menos útil para la cuestión que nos ocupa (García, 2010). La CIE-10 (OMS, 1989) detalla los trastornos mentales y del comportamiento del puerperio en las categorías F 53.0 y F 53.1 e incluye en ellos la depresión posparto. La versión CIE-11 (WHO, 2018), recientemente publicada, recoge la depresión posparto además de otros problemas relacionados con la etapa perinatal.

Es relevante destacar para la práctica clínica la diferencia entre el diagnóstico de depresión y la presencia de síntomas depresivos subclínicos, aspecto que cobra vital importancia en el área que nos ocupa. El hecho de que una mujer durante el período perinatal no cuente con un diagnóstico específico de depresión no significa que los síntomas experimentados puedan advertir de un cuadro depresivo. Por

© Ediciones Pirámide

ello es frecuente que muchas mujeres requieran ayuda profesional independientemente de la ausencia de dicho diagnóstico de depresión mayor. En otros términos, son varios los síntomas (pautas de crianza inadecuadas, atribuciones negativas sobre su capacidad para ser madres...) que, no siendo suficientes para establecer un diagnóstico clínico, sí que conllevan un elevado grado de malestar y demandan la ayuda de un profesional. En esta línea, algunos autores (Echeburúa, Salaberria y Cruz-Díez, 2014) han propuesto los llamados «Códigos Z», referidos a problemas adaptativos y que pueden tener una significación clínica muy importante más allá del diagnóstico. Esta perspectiva ya ha sido advertida con relación a otros problemas como la presencia de síntomas de ansiedad subclínicos (Soto et al., 2018) durante el embarazo.

2.2. La depresión en el período perinatal

La depresión perinatal (PD) engloba los cambios en el estado de ánimo (tristeza, llanto, etc.) durante el período que transcurre entre cualquier momento del embarazo y el puerperio, y se considera la complicación más común durante esta etapa (Gavin et al., 2005), tal y como ya se ha anunciado más arriba.

La depresión perinatal se asocia con resultados negativos que han sido ampliamente documentados y que afectan tanto a las propias mujeres como a sus familias (Field, 2011). Las cogniciones depresivas en este período se centran en aspectos tales como las expectativas y capacidades sobre la maternidad, sentimientos de culpa por no ser buenas madres o preocupación excesiva por la salud del hijo (Navarro, Torres, Subirá y García-Esteve, 2016). Debe ponerse de manifiesto que, a nivel físico, determinados síntomas habituales de la depresión, como los problemas con el sueño, los cambios en el apetito/peso o en las relaciones sexuales, pueden surgir por las características propias del embarazo y posparto. Esta circunstancia requiere un nivel de pericia elevado en el clínico para poder distinguir cuáles de estos síntomas son debidos estrictamente a la condición del embarazo (o del puerperio) y cuáles a la depresión propiamente dicha con el objetivo de no realizar falsos positivos en el diagnóstico.

La literatura reconoce, dentro del concepto de depresión perinatal, dos grandes problemas asociados al estado de ánimo, a saber, la depresión prenatal y la depresión posparto. Los factores de riesgo para la depresión posparto incluyen antecedentes psiquiátricos de depresión o ansiedad, escaso apoyo social y eventos vitales estresantes (Beck, 2001; Robertson, Grace, Wallington y Stewart, 2004; Norhayati, Hazlina, Asrenee y Emilin, 2015). De estos factores de riesgo, se ha encontrado que la depresión durante el embarazo es uno de los más relevantes para la depresión posparto (Field, 2011). En definitiva, estos desórdenes están interconectados habida cuenta que la primera (prenatal) es una clara predictora de la segunda (posparto).

2.2.1. Depresión prenatal

Durante el embarazo, algunas mujeres manifiestan preocupaciones, como por ejemplo la salud del feto o el miedo al parto. Tales preocupaciones pueden llevarles a desarrollar un estado de ánimo deprimido en la gestación. También es reseñable que las alteraciones fisiológicas propias del embarazo (aumento de volumen y peso, náuseas, vómitos, mareos, sueño excesivo o dificultades para conciliar el sueño) pueden ser desencadenantes de la depresión y, a su vez, pueden ser síntomas solapados que conlleven un sobrediagnóstico, tal y como se ha puesto de manifiesto con anterioridad. Pero no son los únicos factores de riesgo que desencadenan la depresión prenatal. En este sentido, Robertson et al. (2004) señalan la existencia de tres niveles de relación entre los factores de riesgo. En primer lugar, como factores de alto riesgo aparecen la ansiedad prenatal, haber padecido trastornos psiquiátricos previos, acontecimientos vitales estresantes (divorcio, pérdida de empleo...) o la falta de apoyo social (sobre todo en el seno de la familia o en el entorno de sus amistades). Como factores de riesgo con un valor más moderado, los autores destacan el neuroticismo y la mala relación/insatisfacción con la pareja. Finalmente, los factores de riesgo de menor importancia revisados son los problemas de carácter obstétrico (abortos, reproducción asistida...) y los problemas de índole socioeconómica.

Diferentes estudios han indicado que la trayectoria de la depresión prenatal sigue una curva en forma de U (Biaggi, Conroy, Pawlby y Pariant, 2016;

© Ediciones Pirámide

Eman, Ghadah, Reda y Hossam, 2012; Lee et al., 2007). Esto supone que los episodios depresivos ocurren con mayor frecuencia durante el primer y tercer trimestres del embarazo, por lo que es necesario por parte de los profesionales prestar un interés especial en este espacio de tiempo. En la tabla 1.2 el lector podrá encontrar una descripción de los síntomas de la depresión prenatal.

2.2.2. *Baby blues*

El trabajo del parto, con el cansancio y malestar que lleva asociados, unido a los cuidados que exige el recién nacido y la falta de sueño que ello produce, pueden generar altos niveles de estrés. Este período, física y mentalmente agotador, hace que muchas mujeres experimenten el llamado *maternity blues,* también conocido como *baby blues.* Fueron Yalom, Lunde, Moos y Hamburg quienes ya en el año 1968 describieron y conceptualizaron por primera vez este problema. Las madres pueden percibir una gama de emociones (tristeza, sensación de vulnerabilidad...) que puede llegar a afectar a su capacidad de sentirse madres competentes y receptivas. Los estudios indican que aproximadamente un 80% de las puérperas experimentan esta condición (Mendoza, Constanza y Saldiva, 2015; Reck, Stehle, Reinig y Mundt, 2009).

Los síntomas del *maternity blues* se encuentran descritos en la tabla 1.2. Estos síntomas normalmente remiten si se presta a la madre el apoyo familiar y social adecuado. Por ello es importante implementar una red de apoyo social que ayude a mitigar el impacto de los primeros días de estrés. Sin embargo, si estos síntomas persisten durante más de dos semanas, pueden derivar en una depresión posparto, que requerirá atención médica y psicológica específica. Se han señalado como factores desencadenantes los cambios hormonales y ajustes que se deben producir en el posparto, además de factores sociales, tales como la falta de apoyo, la privación del sueño o el desconocimiento de los cuidados del bebé (Glangeaud-Freudenthal, Crost y Kaminsk, 1999; Takahashi y Tamakoshi, 2014).

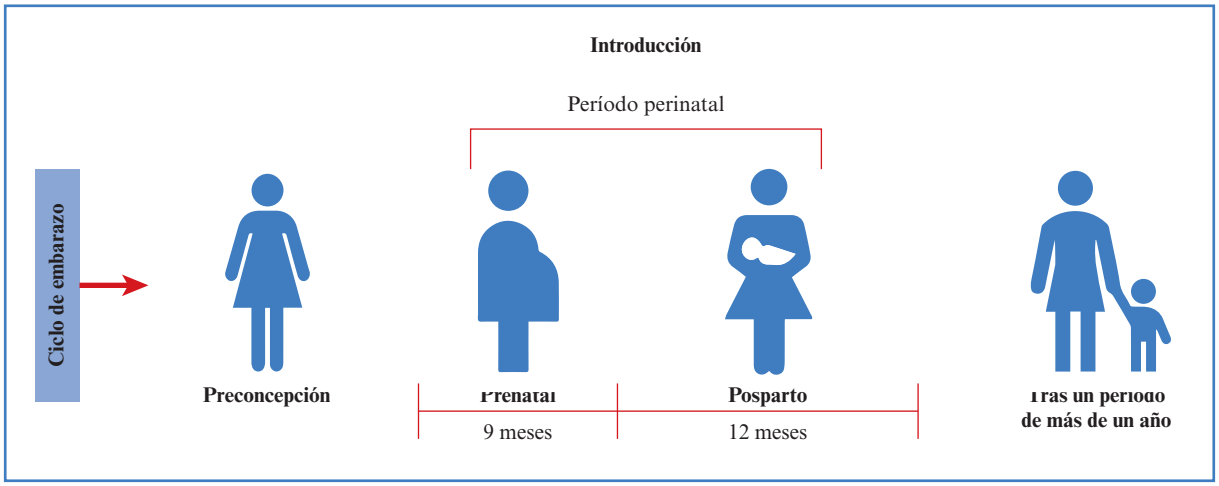


Figura 1.1.—Ciclo del embarazo (adaptado de A. Report from California Task-Force on the Status of Maternal Healt Care, 2017).

2.2.3. Depresión posparto

En 1858 se publicó el primer libro sobre los trastornos mentales en el embarazo y el puerperio, cuyo autor fue Louis Victor Marcé. Pesé al interés suscitado por este libro, resulta llamativo que hasta más de 100 años después no se aceptara el concepto de depresión posparto cuando Pitt, en el año 1968, describió la presencia de una depresión como consecuencia reactiva al parto que llamó «depresión atípica».

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo afectivo que puede darse hasta un año después del parto. Es importante señalar a este res-

© Ediciones Pirámide

TABLA 1.2

Problemas del estado de ánimo durante el período perinatal. Descripción de los síntomas

Tipo	Comienzo y duración	Síntomas
Depresión prenatal	• Durante el embarazo.	• Llanto. • Problemas para dormir. • Fatiga. • Alteración del apetito. • Anhedonia. • Ansiedad. • Irritabilidad. • Dificultades en la relación con el feto. • Sentimiento de rechazo hacia el embarazo.
Baby blues	• Comienza entre el segundo y el tercer día después del parto y se prolonga hasta el décimo día. • Los síntomas suelen remitir espontáneamente a las dos semanas del parto.	• Llanto y tristeza. • Irritabilidad. • Sentido exagerado de empatía. • Ansiedad. • Labilidad del estado de ánimo («subidas» y «bajadas»). • Sentirse abrumada. • Insomnio o problemas para quedarse dormida. • Fatiga/agotamiento. • Frustración en relación con la maternidad.
Depresión posparto	• Habitualmente aparece dentro de los tres primeros meses posteriores al parto.	• Tristeza persistente. • Llanto frecuente, incluso por pequeñas cosas. • Baja concentración o indecisión. • Dificultad para recordar cosas. • Sentimientos de inutilidad, inadecuación o culpa. • Irritabilidad. • Pérdida de interés en cuidar de uno mismo o del bebé. • Falta de ánimo para hacer las tareas cotidianas. • Agitación o retraso psicomotor. • Fatiga, pérdida de energía. • Insomnio o hipersomnia. • Disminución o aumento significativo del apetito. • Ansiedad manifestada en pensamientos y miedos. • «Sentirse abrumada». • Síntomas somáticos (dolores de cabeza o pecho, palpitaciones, entumecimiento e hiperventilación). • Mala vinculación con el bebé (sin apego), falta de interés por el bebé, la familia o realizar actividades. • Pensamientos obsesivos de hacer daño al bebé. • Pérdida de placer o interés en hacer cosas que solía disfrutar (incluido el sexo). • En los casos más graves, pensamientos recurrentes de muerte, suicidio o infanticidio.

© Ediciones Pirámide

TABLA 1.2 *(continuación)*

Tipo	Comienzo y duración	Síntomas
Psicosis puerperal	• Habitualmente comienza entre la segunda y cuarta semanas tras el nacimiento del bebé. También puede iniciar su curso entre el segundo y tercer días tras el nacimiento hasta el año.	• Cambios rápidos en el nivel de conciencia, que puede oscilar entre la perplejidad, la confusión y la desorientación con intervalos de lucidez. • Alucinaciones auditivas e ideas delirantes (a menudo sobre el bebé y/o de naturaleza religiosa). Puede llegar a faltar la conciencia sobre el propio embarazo y el parto. • Alucinaciones visuales (habitualmente ver o sentir una presencia). • Insomnio. • Desesperanza. • Sentirse agitada, enojada. • Ansiedad. • Paranoia, desconfianza en los demás. • Delirio. • Confusión. • Manía (hiperactividad, humor eufórico, inquietud). • Pensamientos suicidas u homicidas. • Delirios extraños y órdenes de dañar al bebé. • Trastornos de la psicomotricidad (desde agitación hasta parálisis) acompañados de alternaciones en la comunicación verbal.

pecto que algunos estudios han encontrado diferencias de síntomas y singularidades en este proceso de depresión en comparación con la depresión en cualquier otro período de la vida (véase síntomas en la tabla 1.2). Así puede advertirse en el caso de la depresión posparto una mayor incidencia en problemas de concentración, toma de decisiones y agitación psicomotora frente a menores niveles de falta de interés y de ideación suicida (Navarro et al., 2016). Entre los factores de riesgo la bibliografía ha descrito un cierto componente de vulnerabilidad genética y neurohormonal (véase capítulo 15). Sin embargo, parece que los factores psicosociales son los que presentan un mayor peso en la explicación de este trastorno. En este sentido, la bibliografía señala como factores de alto riesgo la historia de psicopatología previa, fundamentalmente la ansiedad y la depresión durante el embarazo, escaso apoyo social, además de acontecimientos vitales estresantes. Como factores de riesgo moderado se han descrito una baja satisfacción con la pareja y los problemas de autoestima. En último lugar, aparecen la planificación del embarazo y el nivel económico (Beck, 1996; Ibarra-Yruegas et al., 2016; Milgrom et al., 2008).

2.2.4. Psicosis puerperal

La psicosis puerperal es un trastorno raro, pero grave. Esta condición por lo general se presenta con un inicio agudo a las pocas horas o días del parto; de hecho la literatura recoge que el 90% de estos episodios ocurren entre la primera y la cuarta semana después del parto (Harlow et al., 2007), aunque puede presentarse hasta un año después del nacimiento del bebé. La prevalencia de psicosis puerperal en madres primíparas en los tres primeros meses que siguen al parto es del 1/1.000, y del 0,3/1.000 en mujeres que tienen un trastorno bipolar previo; de hecho más del 40% de las mujeres hospitalizadas durante el período prenatal por un trastorno bipolar o psicótico fueron hospitalizadas de nuevo durante el período posparto (Harlow et al., 2007). A diferencia de otras formas de depresión materna, los síntomas pueden desarrollarse rápidamente y requieren atención psiquiátrica y psicológica inmediata. La literatura señala como el factor principal de riesgo el diagnóstico de trastorno bipolar. También se ha señalado la primiparidad, los cambios hormonales (cambios estrogénicos), complicaciones obsté-

© Ediciones Pirámide

tricas, la deprivación del sueño o el aumento del estrés que se produce con la llegada del bebé como principales factores desencadenantes de la psicosis puerperal (Sit, Rothschild y Wisner, 2006). La desorganización cognitiva que experimentan las madres hace necesaria la intervención con el objetivo de mejorar la relación madre-hijo y de prevenir el riesgo de suicidio o filicidio.

2.3. Comorbilidad

Fundamentalmente, la comorbilidad de síntomas depresivos se presenta habitualmente unida a la ansiedad. Matthey, Barnett, Howie y Kavanagh (2003) encontraron en una muestra de 408 mujeres una comorbilidad con la citada asociación de síntomas, esto es, ansiedad y depresión, del 2,1%-4,7% a las seis semanas del parto. De hecho, las mujeres que tenían ambos desórdenes puntuaban más alto en la Escala Edimburgo que las que no presentaban comorbilidad.

En esta misma línea, en un estudio longitudinal con una muestra de 1.024 mujeres (Reck et al., 2008), en el que se evaluaron síntomas de ansiedad y de depresión, un 18,4% de las mujeres que tenían ansiedad también presentaban diagnóstico de depresión en el momento de la gestación. Durante el posparto la comorbilidad se incrementó hasta un porcentaje muy superior, en concreto el 33,9%.

La depresión también se relaciona con los trastornos de la conducta alimentaria. Los estudios muestran que las mujeres que han tenido en algún momento de sus vidas problemas con la alimentación (Meltzer-Brody et al., 2011) arrojan mayores tasas de depresión que aquellas que no han experimentado desórdenes de la conducta alimentaria previos al embarazo.

Una revisión sistemática de Leeners, Richert-Appelt, Imthurm y Rath (2006) demostró que las mujeres que habían padecido historias de abuso sexual presentaron especialmente problemas depresivos, además de dificultades en las pautas de crianza. Tal es la relevancia de esta cuestión que los episodios de abusos se identifican como uno de los factores de riesgo psicosociales predictores de la depresión posparto.

Por otro lado, el consumo de sustancias tales como tabaco, alcohol o drogas ilegales presenta también una alta comorbilidad con la depresión y se ha asociado con abortos espontáneos, restricciones en el crecimiento fetal y anomalías fetales (Muzik, Marcus, Flynn y Rosenblun, 2010).

2.4. Epidemiología

Existe una amplia variabilidad en las tasas de prevalencia del trastorno depresivo, dependiendo de los diferentes países o culturas.

Roshaidi, Arifin, Cheyne y Maxwell (2018), en un reciente estudio realizado sobre la revisión de 124 trabajos en los que se utiliza la Escala Edimburgo en más de 50 países, señalan que el rango puede oscilar entre el 4% en países como Japón y el 63,9% en América. Un par de años antes, Bizu, Rondon, Araya y Michelle (2016), en una revisión metaanalítica sobre países en vías de desarrollo, ya encontraron que las tasas de prevalencia de la depresión posparto presentaban una horquilla que oscilaba desde el 4% de los estudios realizados en China hasta un 50% de los trabajos publicados sobre Nepal.

A la vista de todo ello, a nuestro juicio pueden darse diversas explicaciones a este respecto que pueden justificar estas diferencias.

En primer lugar, la disparidad de los resultados obtenidos puede deberse a aspectos de índole económica. Así Pereira et al. (2011), comparando países desarrollados con países en desarrollo, encontraron que las tasas en estos son más altas (en torno a un 20%) que en aquellos, cuyo rango oscila entre el 10% y 15%. Woody et al. (2017) han realizado una metarregresión con 96 estudios a lo largo del mundo y han encontrado también estos mismos resultados; las tasas de prevalencia son significativamente más altas en países en vías de desarrollo o subdesarrollados. Este último estudio ha analizado, asimismo, las diferencias en las tasas de prevalencia entre el período prenatal y el posnatal, y no ha encontrado diferencias significativas, siendo esta prevalencia de un 11,9%.

Norhayati et al. (2015) llevaron a cabo una búsqueda bibliográfica de los trabajos publicados entre 2005 y 2014. Los autores identificaron 203 estudios, de los cuales 191 utilizaron cuestionarios autoinformados en 42 países y 21 usaron entrevistas clínicas estructuradas en 15 países. Nueve estudios utilizaron una combinación de cuestionario autoinforma-

© Ediciones Pirámide

do y entrevista clínica. Los resultados obtenidos van en la misma línea: la prevalencia de la depresión posparto es ligeramente más alta y varía del 1,9% al 82,1% en los países en desarrollo y del 5,2% al 74,0% en los países desarrollados, utilizando un cuestionario autoinformado. Debe llamarse la atención sobre el hecho de que la entrevista clínica estructurada muestra una prevalencia mucho más baja, por lo que es importante discernir en los estudios qué tipo de sistema de evaluación se ha utilizado. El sistema de evaluación marca también diferencias en los datos obtenidos por los investigadores. Esta podría ser una segunda explicación a la disparidad en los resultados obtenidos.

Otra explicación, si bien muy en sintonía con las anteriores, podría radicar en los aspectos culturales. Misri, Abizadeh y Nirwan (2015) propusieron que la disparidad en los datos de la prevalencia entre los países también puede ser debida a la diferente conceptualización de la enfermedad mental entre cada cultura, las distintas percepciones del estigma y/o las formas en las que se comunican los síntomas (por ejemplo, las mujeres asiáticas suelen expresar sus síntomas más en términos somáticos que afectivos, mientras que las africanas tienen una tendencia a normalizar y no detectar los problemas relacionados con la salud psicológica).

Conviene ahora hacer una especial referencia a España, donde hasta la fecha son escasos los estudios que hayan examinado la prevalencia de la depresión perinatal.

Dos estudios informaron de que la tasa de depresión clínica, mediante entrevistas estructuradas de diagnóstico, era del 10,5% seis semanas después del parto (Ministerio de Sanidad, 2010) y del 12,7% 32 semanas después (Sanjuán et al., 2008). Más recientemente, García-Esteve et al. (2014) realizaron un estudio a gran escala reclutando a madres en su visita seis semanas después del parto a un entorno de obstetricia en Barcelona y compararon mujeres españolas (N = 1.214) y mujeres inmigrantes latinoamericanas (N = 164). Los autores encontraron que las tasas de depresión posparto fueron más altas entre las inmigrantes latinoamericanas que entre las españolas (17,3% vs. 11% para depresión menor y 11,4% vs. 7,7% para depresión mayor, respectivamente). Además, dos estudios han recabado tasas variables de síntomas depresivos posparto significativos: 32,7% poco después del nacimiento (Martínez, Toledo, Pineda, Monleón, Ferrero y Bareto, 2001) y 21,7% seis semanas después del parto. Hasta donde sabemos, solo dos estudios han examinado la prevalencia de síntomas depresivos durante el embarazo en España. Los estudios llevados a cabo por Escribà-Agüir, González-Galarzo, Barona-Vilar y Artazcoz (2008) advierten de una tasa de 10,3% para las mujeres y 6,5% para los hombres durante el tercer trimestre del embarazo. Rodríguez-Muñoz, Le, Vargas, Olivares e Izquierdo (2017) estimaron que la prevalencia de moderada a alta severidad de los síntomas depresivos prenatales es de un 14,8%.

3. EVALUACIÓN PERINATAL. HERRAMIENTAS

Teniendo en cuenta las altas tasas de prevalencia reseñadas anteriormente, es importante realizar un buen cribado/diagnóstico. Sabemos, además, que el estigma asociado con la depresión y otras barreras en la búsqueda de tratamiento (Boyd, Mogul, Newman y Coyne, 2011) supone que alrededor del 65% de las mujeres que sufren depresión durante el embarazo no son diagnosticadas (Ko, Farr, Dietz y Robbins, 2012). Con relación a este extremo, debe advertirse que la temprana identificación del problema es fundamental para prevenir las consecuencias, tanto en las madres como en los niños.

Diferentes instituciones internacionales han reconocido la trascendencia de realizar un buen cribado, bien durante el embarazo, bien durante el puerperio. En este sentido, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, por su acrónimo en inglés) ha publicado dos revisiones de sus comités (ACOG, 2015; Flanagan y Avalos, 2016) en las que reconocen los beneficios del cribado y recomiendan que este se lleve a cabo junto al resto de pruebas obstétricas. En la misma línea, la Academia de Pediatría Americana también mantiene la necesidad de hacer cribados en la población (Earls, 2011). La Taks Force (O'Connor, Rossom, Henninger, Groom y Burda, 2016) y las Guías Nice (2014) igualmente recogen la necesidad de establecer unos buenos sistema de evaluación. Las visitas periódicas al obstetra, matrona o pediatra son un buen momento para realizar el cribado. Si el citado cribado resulta positivo, debería plantearse la necesidad de derivar a otros recursos de atención especializada.

© Ediciones Pirámide

Por lo que respecta a los aspectos prácticos de la evaluación, tanto en el embarazo como en el posparto, resulta relevante tener en cuenta diferentes cuestiones, como las que se indican en la tabla 1.3.

TABLA 1.3

Recomendaciones prácticas para la evaluación

- Suele ser más eficaz realizar la evaluación si otros miembros de la familia no están presentes.
- Explicar que del mismo modo que se evalúan o chequean aspectos de salud física, deben también analizarse otros de salud mental.
- Si la mujer tiene alguna pregunta o inquietud acerca de la evaluación, es necesario abordarla y brindarle serenidad explicando todas aquellas cuestiones que puedan producir intranquilidad.
- Destacar la confidencialidad de los resultados obtenidos y el uso que se hará de ellos. Es ineludible explicar, en el momento de la evaluación, que esta confidencialidad solamente puede verse quebrada cuando existe un riesgo evidente para la madre o el bebé.

El psicólogo debe utilizar, cuando el objetivo es realizar un buen diagnóstico de la depresión, la entrevista clínica. Para ello puede contar con la versión española de la Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV, versión clínica (SCID-CV; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1999). Además el profesional debe ser muy cauteloso con el diagnóstico diferencial con otros problemas psicológicos, así como con los problemas médicos (para una revisión más exhaustiva de este aspecto, consúltese el capítulo 13. Cambios biológicos y patologías obstétricas asociadas a la salud mental).

3.1. Instrumentos

Si el objetivo es evaluar los síntomas, en la actualidad se encuentran disponibles diferentes cuestionarios con buenas propiedades psicométricas para su uso en el cribado de los síntomas depresivos. A continuación se describen los más utilizados/recomendados por los especialistas en el área (véase tabla 1.4):

El **Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D)** fue publicado originalmente por Radloff en 1977. El CES-D es un instrumento de 20 ítems en el que se evalúa la frecuencia con la que experimentan síntomas relativos a la depresión tales como tener problemas con el sueño o apetito o sentirse solo en la última semana. Las respuestas son de tipo Likert de 0 a 3. Esta escala ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas en muestras de mujeres durante el período perinatal (Tandom et al., 2013; Le, Perry y Stuart, 2011). Una puntuación por encima de 16 indica altos niveles de síntomas depresivos.

La **Edinburgh Posnatal Depression Scale (EPDS)** es un cuestionario de 10 ítems que ha sido considerado el *gold standard* junto con el PHQ9 para evaluar la depresión perinatal (Cox, Holden y Sagovsky, 1987). Una puntuación por encima de 12 indica que debería repetirse el cribado a las dos semanas ya que existen indicios de depresión. La Escala Edimburgo ha sido validada en una muestra de mujeres españolas (García-Esteve, Ascaso, Ojuel y Navarro, 2003) demostrando unas buenas propiedades psicométricas.

El **Patient Health Questionarie (PHQ-9)** (Kroenke, Spitzer y William, 2001; Kroenke y Spitzer, 2002) es una herramienta con nueve ítems que evalúa cada uno de los nueve síntomas específicos del trastorno depresivo mayor, según los criterios del DSM-IV. Los ítems se clasifican en escalas Likert de cuatro puntos que varían de 0 (nunca) a 3 (casi todos los días), y las puntuaciones más altas indican una mayor gravedad de los síntomas depresivos (rango 0 a 27). El punto de corte recomendado para diagnosticar riesgo de trastorno depresivo mayor es 10 (Gilbody, Richards y Barkham, 2007; Kroenke y Spitzer, 2002; Manea, Gilbody y McMillan, 2012). El PHQ-9 ha sido validado en mujeres españolas embarazadas (Marcos, Le, Rodríguez-Muñoz, Olivares e Izquierdo, 2018).

El **Patient Health Questionarie (PHQ-2)** (Kroenke, Spitzer y Williams, 2010) es un autocuestionario de dos ítems, que evalúan humor depresivo y pérdida de interés. Esta escala se ciñe solo a los dos ítems que considera nucleares de la depresión. Los ítems se clasifican en escalas Likert de cuatro puntos que varían de 0 (nunca) a 3 (casi todos los días), y las puntuaciones más altas indican una mayor gravedad de los síntomas depresivos. La puntuación de corte ≥ 2 es adecuada para la discriminación de la depresión durante el embarazo mediante el cuestionario PHQ2 y podría servir como cribado previo al PHQ-9 (Rodríguez-Muñoz et al., 2017).

© Ediciones Pirámide

TABLA 1.4

Instrumentos de evaluación y características

Instrumento	Características	Sensibilidad-Especificidad
Center for Epidemiologic Study Depression Scale (CES-D)	• Mide los sentimientos y conductas depresivos durante la última semana. • Completado por el paciente. • Veinte preguntas; tiempo estimado de respuesta, 5 minutos.	Sensibilidad: 60% Especificidad: 90%
Edinburgh Posnatal Depression Scale (EPDS)	• Creado específicamente para identificar pacientes en riesgo de depresión posparto. • Evalúa los síntomas de depresión y ansiedad. • Completado por el paciente. • Diez preguntas; tiempo estimado de respuesta, 10 minutos. • La herramienta de detección más ampliamente utilizada entre las mujeres embarazadas y en el posparto.	Sensibilidad: 59%-100% Especificidad: 49%-100%
PHQ2	• Consiste en dos preguntas simples sobre el estado de ánimo. • Completado por el paciente o administrado por un profesional, enfermera o trabajador social. • Se administra en menos de un minuto. • Las puntuaciones positivas deben ir seguidas con una herramienta de evaluación más completa.	Sensibilidad: 85% Especificidad: 79%
PHQ9	• Es un cuestionario con nueve preguntas; tiempo estimado de respuesta, 5 minutos. • Completado por el paciente o administrado por un profesional. • Puede usarse para cribar los síntomas depresivos o controlar la gravedad de los síntomas durante el tratamiento.	Sensibilidad: 75% Especificidad: 90%
Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)	• Se usa para identificar mujeres con alto riesgo de depresión posparto. • Completado por el paciente. • Cuestionario de 35 ítems; también existe una versión corta de siete ítems (PDSS-SF) con una versión prenatal y otra posparto. • Tiempo estimado de respuesta, 10 minutos.	Sensibilidad: 91-94 % Especificidad: 72-98%

© Ediciones Pirámide

TABLA 1.4 *(continuación)*

Instrumento	Características	Sensibilidad-Especificidad
BDI-II	• Cuestionario desarrollado para medir la depresión que ha demostrado buenas propiedades durante el embarazo. • Cuestionario de 21 ítems que puede ser completado por el paciente o administrado por un profesional. • Tiempo estimado de respuesta, entre 5 y 10 minutos.	Sensibilidad: 56-57 % Especificidad: 97-100%
Preguntas Whooley	• Consiste en tres preguntas simples sobre el estado de ánimo. • Completado por el paciente o administrado por un profesional, enfermera o trabajador social. • Se administra en menos de un minuto. • Las puntuaciones positivas aconsejan un seguimiento con una herramienta de evaluación más completa.	Sensibilidad: 73- 82% Especificidad: 75-79%

La **Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)** es un inventario de 35 ítems con una escala de respuesta Likert diseñada para medir, tal y como señalan sus propias autoras, la depresión en el contexto específico de la nueva maternidad (Beck y Gable, 2001). El inventario fue diseñado para evaluar siete dimensiones de la depresión posparto (deterioro cognitivo, labilidad emocional, ansiedad/inseguridad, culpa/vergüenza, patrón de sueño, trastornos alimenticios y riesgo de infligirse daño a sí mismo; Beck y Gable, 2002). En castellano (Rodríguez-Muñoz et al., 2018) existe una validación que ha mostrado buenas propiedades psicométricas con la versión corta del PDSS, la llamada escala PDSS-SF (Beck y Gable, 2001, 2002).

El **Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II)** fue diseñado por Beck, Steer y Brown (1996); la adaptación española es de Sanz y Vázquez (Beck, Steer y Brown, 2011). Este es un autoinforme compuesto por 21 ítems medidos en una escala Likert que oscila entre 0 y 3 y cuyo punto de corte para establecer síntomas de depresión moderada se sitúa en 21. El Inventario describe los síntomas clínicos más frecuentes. No nos consta que se haya publicado hasta la fecha ningún trabajo sobre el uso del BDI-II en mujeres gestantes españolas, pero sí en latinas (Alexander, Rodríguez-Muñoz, Perry y Le, 2013).

Preguntas Whooley (Whooley, Avins, Miranda y Browner, 1997) es una herramienta recomendada por las Guías NICE (2014) para la detección de los síntomas depresivos durante el período perinatal. Las Preguntas Whooley son una versión abreviada del Primary Care Evaluation of Mental Disorder Procedure (PRIME-MD) (Spripzer et al., 1994). Las dos preguntas originales hacían referencia a los dos principales criterios diagnósticos de la depresión. Arroll, Goodyear, Kerse, Fishman y Gunn (2005) propusieron añadir una pregunta sobre la necesidad de pedir ayuda. Las respuestas a las tres preguntas siguen un formato dicotómico «Sí/No». Las Preguntas Whooley han demostrado unas buenas propiedades psicométricas en muestras de embarazadas (Navarrete, Nieto, Lara y Lara, 2019).

A nivel práctico, es importante destacar que la Guía NICE (2014) y la revisión de la Task Force (O'Connor et al., 2016) recomiendan como instrumentos de primera elección el EPDS y el PHQ9. El uso de estos cuestionarios, o más bien los resultados obtenidos, plantean al clínico una toma de decisiones en funció n del grado de severidad de la paciente. En la tabla 1.5 se presenta la interpretación de los resultados de la Escala Edimburgo y el PHQ9 y las posibles decisiones que ha de tomar el clínico en función de las puntuaciones obtenidas.

© Ediciones Pirámide

TABLA 1.5

Interpretación de los resultados de los cuestionarios EPDS y PHQ9 y acciones sugeridas en función de la severidad (adaptada de Austin, Highet y COPE, 2017, y MacArthur Depression Toolkit, 2009)

Puntuación EPDS	Puntuación PHQ9	Interpretación	Acciones sugeridas
0	0	Bastante improbable, puede indicar que la mujer se siente incómoda evaluando su estado de ánimo.	• Preguntar abiertamente si tiene preocupaciones sobre su salud mental. • Considerar el uso de las Preguntas Whooley o el PHQ2 para completar la evaluación.
< 10	< 10	Mínimos síntomas depresivos.	• Informar sobre recursos disponibles en salud mental. Sugerir la reevaluación si la mujer experimenta cambios. • Apoyo emocional y consejo.
10-12	10-14	Depresión menor.	• Informar sobre recursos disponibles en salud mental. Evaluar específicamente los ítems más altos. Volver a administrar los cuestionarios en un período entre dos y cuatro semanas. • Iniciar un sistema de red de apoyo y terapia.
13 o más	15-19	Depresión mayor.	• Antidepresivos y/o terapia cognitivo-conductual.
> 20	> 20	Depresión severa.	• Uso de antidepresivos en combinación con terapia cognitivo-conductual.
Pregunta 10 mayor de 0	Pregunta 9 mayor de 0	Posibilidad de ideación suicida.	• Es necesaria una evaluación completa de la seguridad de la madre y el bebé. • En función del juicio clínico relativo al grado de severidad: – Establecer un plan de monitorización. – Contactar con los servicios de salud mental. – Promover un ingreso en una unidad de agudos. (Para una revisión más exhaustiva, consúltese el capítulo 11. Suicidio durante el embarazo y el posparto).

3.2. Valoración de factores de riesgo

Existen diferentes instrumentos que evalúan los factores de riesgo en el período perinatal (Austin et al., 2005; Webster, Pritchard, Creedy y East, 2003). De entre ellos, el Postpartum Depression Predictor Inventory-Revised (PDPI-R) (Beck, 2002) ha sido destacado como el primer instrumento de evaluación de los factores de riesgo ya que incluye los factores más importantes descritos por la literatura y ha sido ampliamente utilizado tanto en contextos clínicos como de investigación (Ibarra-Yruegas et al., 2016; Ikeda y Kamibeppu, 2013). El PDPI-R, en su versión prenatal española de Genovez y Le (2011), consta de 32 ítems agrupados en 10 grupos con formato de respuesta dicotómico (Sí/No) que miden: estado marital (tener o no tener pareja), estatus socioeconómico (no incluido en este estudio), autoestima, depresión durante el embarazo, ansiedad durante el embarazo, embarazo no deseado, depresión anterior a la gestación, falta de apoyo social, insatisfacción matrimonial o estrés vital. La bibliografía ha puesto de manifiesto sus buenas propiedades psicométricas con gestantes españolas (Rodríguez-Muñoz et al., 2018). Existe también una versión posparto que incluye preguntas relativas al sueño y al bebé.

© Ediciones Pirámide

3.3. Suicidio

Tanto en el PHQ9 como en el EPDS existen preguntas específicas sobre ideas suicidas. En el caso de puntuar positivo, se requiere una evaluación más exhaustiva con el objetivo de valorar el nivel de riesgo de la mujer. Cualquier revelación de pensamientos de daño a sí misma o a otros incluyendo al bebé en el período del posparto requiere una acción urgente del profesional de acuerdo con los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. A modo de resumen, se exponen en la tabla 1.6 los niveles de riesgo y las estrategias de actuación generales. El lector interesado encontrará más información específica al respecto en el capítulo 11 (Suicidio durante el embarazo y el posparto).

TABLA 1.6

Niveles de riesgo de suicidio y estrategias generales de actuación (adaptada de Austin, Highet y COPE, 2017)

Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
Las mujeres pueden tener pensamientos fugaces de autolesión o suicidio pero no existe una estrategia planificada actual o a medio plazo. **Plan de acción** • Discutir la disponibilidad de apoyo y tratamiento. • Organizar el seguimiento de la mujer en la consulta (el calendario de seguimiento se basará en el juicio clínico). • Identificar con la paciente los recursos comunitarios y proporcionar los detalles de contacto para facilitarle el acceso a ellos.	Pensamientos suicidas e intención pero no hay un plan de actuación y/o medios diseñados. **Plan de acción** • Discutir la disponibilidad de soporte y tratamiento específico. • Organizar una nueva evaluación una semana después. • Tener un plan de contingencia en su lugar para una reevaluación rápida si la angustia o los síntomas aumentan. • Desarrollar un plan de seguridad específico con la mujer.	Aparecen continuamente los pensamientos suicidas. La mujer ha realizado algún intento y/o tiene un plan y medios diseñados. **Plan de acción** • Asegurarse de que la mujer esté en un ambiente controlado y seguro. Determinar un posible ingreso hospitalario. • Organizar evaluaciones cada una 24 horas y monitorización durante este período. • Controlar el riesgo para el bebé.

4. PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

En los últimos 20 años se han diseñado y evaluado estrategias de prevención de la depresión posparto (DPP). La prevención contempla el conjunto de acciones encaminadas a evitar que algo suceda, en este caso un episodio depresivo durante el posparto. Padecer este trastorno conlleva gran sufrimiento para la madre y, como se ha mencionado, interfiere con la efectividad de la madre para responder a las necesidades del niño y con su funcionamiento diario. Por este motivo, es más eficiente prevenir una DPP que tratarla cuando ya hay afectaciones mayores.

El período perinatal es un momento ideal para implementar maniobras preventivas o de tratamiento, ya que las mujeres se encuentran en contacto frecuente con los servicios de salud. Por otra parte, están más dispuestas a atender a las consultas o sesiones preventivas ya que consideran que estas van a incidir positivamente en su salud y en la del niño.

Las estrategias de prevención de la depresión parten de teorías y técnicas de tratamiento psicológico, como la terapia interpersonal y la terapia cognitivo-conductual, entre otras. A diferencia de los tratamientos, van dirigidas a una población que tiene un elevado riesgo de padecer DPP, identificada a partir de indicadores de riesgo de depresión conocidos, pero que no presentan aún una depresión clínica diagnosticada.

Dependiendo de la población blanco, las estrategias de intervención pueden clasificarse dentro de un continuo de intervenciones en salud mental (Mrazek y Haggerty, 1994) (figura 1.2).

© Ediciones Pirámide

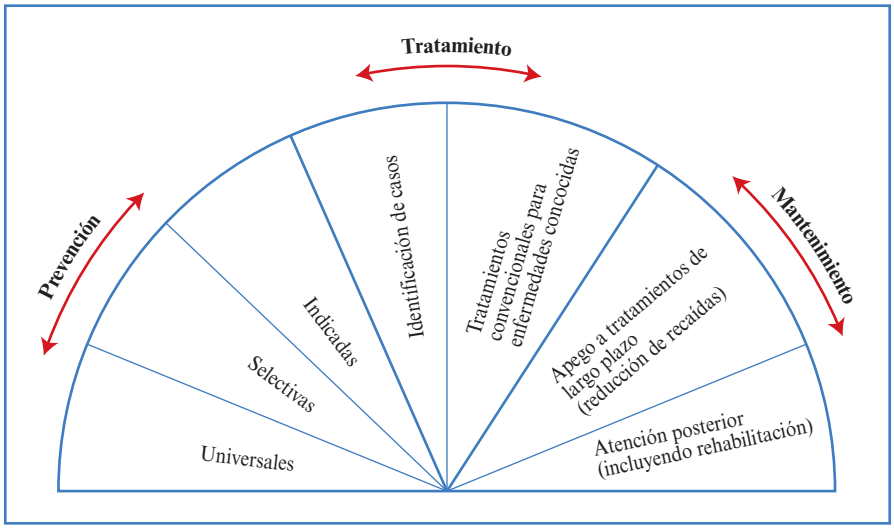


Figura 1.2.

Las intervenciones universales tienen como objetivo a todas las mujeres que se encuentren en el período perinatal, independientemente de que tengan o no riesgo de depresión. Abarcan por ejemplo la educación sobre la depresión perinatal, aspectos del embarazo, preparación para la maternidad y parentalidad, incluyendo a los padres, y fortalecimiento de la red de apoyo social, entre otras (Dennis, 2003).

Las intervenciones selectivas se dirigen a subgrupos de mujeres perinatales que presenten un riesgo de DPP más alto que el promedio, por ejemplo las adolescentes, las que viven en condición de pobreza, las que han padecido violencia o han estado en contacto con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Por su parte, las intervenciones indicadas se destinan a mujeres que presentan un alto riesgo de padecer DPP, ya sea porque experimentan algún factor de riesgo psicosocial de DPP, incluyendo algún episodio depresivo en el pasado o en algún embarazo previo, ya porque presentan una elevada sintomatología depresiva, aunque no una depresión clínica (Morrell et al., 2016).

La mayoría de las intervenciones se llevan a cabo durante el embarazo y sus efectos se miden en diversos períodos del posparto. Sin embargo, hay algunas que buscan detectar el riesgo de depresión en el posparto para implementar alguna acción que consiga reducirlo.

Se presupone que las intervenciones psicosociales y psicológicas reducen el riesgo de DPP a través de varios mecanismos, entre otros, promover estados psicológicos positivos, disminuir la frecuencia de pensamientos negativos que acompañan a la sintomatología depresiva, proporcionar información con respecto al acceso a servicios médicos, amortiguar el efecto del estrés y rebajar la propensión de las madres con síntomas de depresión a culparse a sí mismas (Cohen, Lisles, Williams, Brunsdon y Batstone, 2011; Dennis, 2003; Dennis y Dowswell, 2013).

Revisiones sistemáticas y metaanálisis encuentran que las intervenciones preventivas psicosociales y psicológicas consiguen una reducción de los síntomas de depresión en el posparto en comparación con quienes solo reciben el tratamiento usual de su institución (Sockol, Epperson y Barber, 2013), sin que haya diferencias claras entre unas medidas y otras, excepto por lo que respecta a las clases prenatales, que muestran menor efectividad. Las intervenciones impartidas por personas no especializadas en salud mental tienen un beneficio similar a las impartidas por profesionales en reducir el riesgo de desarrollar sintomatología depresiva (Dennis y Dowswell, 2013).

Scope, Booth, Morrell, Sutcliffe y Cantrell (2017) realizaron una revisión sistemática de resultados cualitativos respecto a los aspectos más significativos para los profesionales y para las mujeres de su participación en las intervenciones para prevenir la DPP. Estos fueron: el apoyo de los pares, tanto emocional

© Ediciones Pirámide

como informacional, y la normalización de la depresión perinatal gracias a poder compartir experiencias con el grupo de mujeres en las intervenciones grupales. Otro aspecto relevante fue el empoderamiento que obtuvieron a través de la educación recibida sobre el embarazo, el parto y el período posnatal y sobre la DPP, que les permitió estar más preparadas y activas en su propio cuidado y con mayor seguridad para pedir ayuda (Scope et al., 2017).

Como decíamos, el espectro de las intervenciones preventivas es muy amplio, y la cantidad de estudios sobre ellas, muy extenso. Por tanto, a continuación solo se describirán algunos ejemplos de intervenciones basadas en diferentes enfoques (tabla 1.7).

TABLA 1.7

Características de las intervenciones preventivas para depresión posparto

Estudio	Diseño	Participantes [*N*, País del estudio]	Período: Embarazo Posparto Ambos	Intervención	Componentes adicionales	Número de sesiones	Modalidad: Individual Grupal Parejas
Barrera et al., 2015	ECA	111, en línea, de 23 países EUA	Embarazo. Seguimiento posparto.	e-MB.	Estilo de vida saludable. Apego.	Ocho lecciones en línea embarazo + seguimiento 6 meses posparto.	Individual.
Brugha et al., 2000	ECA	190 RU	Embarazo.	Apoyo social.	Habilidades en solución de problemas. Identificación de pensamientos negativos.	Introducción + 6 sesiones semanales de 2 horas + reunión 8 semanas después del parto.	Grupal.
Ortiz Collado et al., 2014	ECA	184 España y Francia	Embarazo.	Enfoque psicosomático de Tourné.	Modelo de cuidado infantil personalizado. Apego.	De ocho a diez sesiones semanales de 2 horas + llamadas intersesiones.	Grupal, con entre 6-8 parejas.
Dennis et al., 2009	ECA	701 Canadá	Posparto.	Apoyo telefónico de pares voluntarias capacitadas.		Mínimo de 4 llamadas y más si fuera necesario.	Individual.
Gamble et al., 2005	ECA	103 Australia	Posparto.	*Counseling*.	Exploración de experiencia traumática del parto.	Una antes de alta hospitalaria + una 4-6 semanas después del parto.	Individual.
Gao et al., 2010	ECA	194 China	Ambos.	Clases psicoeducativas con bases de PI.		Dos clases de 90 min. embarazo + 2 llamadas telefónicas durante las 2 semanas después del parto.	Grupal embarazo. Individual posparto.
Grote et al., 2009	ECA	53 EUA	Ambos.	PI-B.	Solución de problemas. Entrevista etnográfica. Estrategias de afrontamiento.	Sesión de enganche + 8 sesiones + seguimiento y mantenimiento posparto.	Individual.

© Ediciones Pirámide

TABLA 1.7 *(continuación)*

Estudio	Diseño	Participantes [*N*, País del estudio]	Período: Embarazo Posparto Ambos	Intervención	Componentes adicionales	Número de sesiones	Modalidad: Individual Grupal Parejas
Lara et al., 2010	ECA	136 México	Embarazo. Refuerzo posparto.	Psicoeducativa con componentes de TCC.	Autoestima. Autocuidado. Confianza y apoyo en el grupo. Libro autoayuda.	Ocho sesiones de 2 horas semanales + 2 refuerzos posparto.	Grupal. Refuerzos individuales.
Le et al., 2011	ECA	217 EUA	Embarazo. Refuerzo posparto.	TCC. MB.	Manual participante. Información servicios comunitarios disponibles.	Ocho sesiones de 2 horas semanales + 3 sesiones de refuerzos posparto.	Grupal.
Muñoz et al., 2007	ECA	41 EE.UU.	Embarazo. Refuerzo posparto.	TCC. MB.	Prácticas de crianza para propiciar apego seguro.	Doce semanas + 4 sesiones de refuerzos posparto.	Grupal.
Tandon et al., 2013	ECA	78 EUA	Embarazo. Refuerzo posparto.	TCC. MB.		Seis sesiones de 2 horas + visitas domiciliarias regulares, reforzamiento 5-10 min. + 2 sesiones de reforzamiento posparto.	Grupal.
Werner et al., 2015	ECA	54 díadas madre-niño EUA	Ambos.	Desarrollo de habilidades maternas para mediar cambios conductuales en el bebé.		Tres sesiones: • 34-38 semanas del embarazo. • 36-38 horas del parto. • Seis semanas posparto + una llamada telefónica 2 semanas después del parto.	Individual.
Zlotnick et al., 2006	ECA	99 EUA	Embarazo. Refuerzo posparto.	PI.	Crear y usar su red de apoyo social y manejar el cambio hacia el papel materno.	Cuatro sesiones semanales de 60 min. + una sesión individual de 50 min. de refuerzo posparto.	Grupal.

ECA: Estudio controlado aleatorizado (RCT: Randomized Control Trial); TI: Terapia interpersonal (IP: Interpersonal Psychotherapy); TCC: Terapia cognitivo-conductual (CBT: Cognitive Behavior Therapy); curso Mamás y Bebés (MB: Mothers and Babies course).

Terapia interpersonal. Es una de las intervenciones más frecuentemente utilizadas en la prevención de la DPP. Se enfoca en las dificultades interpersonales que identifican las mujeres, como son: los conflictos con la pareja o con familias de ambos; manejo de pérdidas, de amistades, personas significativas y del trabajo, así como abortos previos. Zlotnick, Miller, Pearlstein, Howard y Sweeney (2006) utiliza-

© Ediciones Pirámide

ron este modelo con base en el programa ROSE: Reach Out, Stay Strong Essentials (Lo Básico para Indagar y Mantenerse Fuerte), orientado a mujeres embarazadas primerizas. Tres meses después del parto, 20% de las mujeres en la condición control habían desarrollado DPP, en comparación con el 4% que recibieron la intervención.

Asimismo, Gao, Chan, Li, Chen y Hao (2010) mostraron que las mujeres que recibieron el programa de psicoeducación para el parto tuvieron mejor bienestar psicológico, menos síntomas depresivos y mejores relaciones interpersonales seis semanas después del parto, en comparación con aquellas que recibieron solo educación rutinaria para el parto. El programa psicoeducativo utilizó técnicas específicas de IPT, aclaración, análisis de la comunicación, lluvia de ideas y llamadas telefónicas. Grote et al. (2009), por su parte, utilizaron una versión mejorada, IPT-B, que consiste en un modelo de cuidado multicomponente y culturalmente sensible diseñado para tratar la depresión prenatal y prevenir la depresión posparto en mujeres de escasos recursos, que tiene en cuenta el contexto adverso en el que viven. Mostraron una reducción significativa de los síntomas de depresión en el embarazo y prevención de recaídas en el posparto.

Terapia cognitivo-conductual (TCC). Se centra en identificar y cuestionar los pensamientos distorsionados y aprender técnicas y habilidades para modificar patrones negativos de comportamiento. Algunos ensayos han mostrado, inequívocamente, que las intervenciones basadas en TCC son eficaces, pero otros han probado solo una tendencia en la reducción de síntomas depresivos en el período perinatal (Sockol et al., 2015; Werner, Miller, Osborne, Kuzava y Monk, 2015).

Muñoz et al. (2007) desarrollaron el curso Mamás y Bebés (MB) con base en la TCC, enfocado, primordialmente, a embarazadas de origen latinoamericano, con el fin de enseñarles estrategias de regulación de su estado de ánimo para prevenir la DPP. Muñoz et al. (2007) detectaron que, en el posparto, el 14% de las participantes en el curso MB desarrolló un nuevo episodio de depresión mayor un año después del parto en comparación con el 25% que recibió la atención habitual. Le, Perry y Stuart (2011) modificaron dicha intervención. Ellos observaron que las mujeres que participaban en el curso de MB tenían depresión menos intensa una semana después de la última sesión de intervención que el grupo control. Tandon, Cluxton-Keller, Leis, Le y Perry (2011) también utilizaron una versión modificada del curso de MB de Muñoz et al. (2007) en mujeres embarazadas de bajo ingreso y con riesgo de depresión; en él incorporaron visitas domiciliarias posteriores a la intervención, además de acciones de refuerzo de MB. En el seguimiento a los seis meses del parto encontraron un porcentaje significativamente menor de episodios depresivos en comparación con el grupo control.

Lara, Navarro y Navarrete (2010) encuentran reducción significativa de la incidencia de depresión clínica en el grupo de tratamiento seis meses después del parto a través de una intervención grupal psicoeducativa con elementos de TCC en mujeres mexicanas. Esta intervención incluyó elementos de MB.

Intervenciones en línea. Las tecnologías de la información y de la comunicación se han utilizado para suministrar intervenciones para prevenir y tratar la DPP. Una revisión sistemática sobre las intervenciones basadas en la web para trastornos del estado de ánimo posnatales encontró seis estudios elegibles (Lee, Denison, Kahyee, Hor y Reynolds, 2016). Los datos preliminares sugieren que las intervenciones en línea pueden desempeñar un papel en mejorar el estado de ánimo de las madres.

Posterior a esta revisión, Barrera, Wickham y Muñoz (2015) adaptaron el curso MB (Le et al., 2011) para ser impartido en línea como intervención de autoayuda sin guía de un profesional. Los resultados de la evaluación de su efectividad, en mujeres hispanoparlantes de 23 países, son favorables al uso de internet como medio para reducir los síntomas de depresión posnatales, aunque estas diferencias no fueron significativas. Los beneficios de e-MB fueron significativamente mayores para las mujeres embarazadas con niveles altos de síntomas de depresión prenatal en comparación con las que presentaban niveles bajos. La limitación de las intervenciones en línea sin guía es la alta deserción y el bajo apego terapéutico (Lara y Tiburcio, 2016).

Enfoque psicosomático. Intervención desarrollada por Ortiz, Sáez, Favrod y Hatem (2014) con base en una teoría humanista que promueve la ampliación de la conciencia de los sentimientos y las sensaciones corporales, su diferenciación e interrelación (Tourne, 2002). Según los autores, la tristeza que caracteriza la depresión no es el principal signo en algunas madres que la padecen. Ciertos trastornos somáticos pueden acompañar la depresión perina-

© Ediciones Pirámide

TABLA 1.8
Contenidos de las intervenciones preventivas

Curso Mamás y Bebés	Despertando tu amor para recibir a tu bebé
Modelos teóricos • Terapia cognitivo-conductual. • Teoría del aprendizaje social. **Elementos básicos/técnicas** • Reestructuración cognitiva. • Activación del comportamiento (programación agradable de la actividad). • Entrenamiento en habilidades interpersonales. **Contenidos (versión ocho sesiones)** • Clase 1: Introducción al curso de Mamás y Bebés. *Pensamientos* • Clase 2: Pensamientos y mi estado de ánimo. • Clase 3: Combatir pensamientos dañinos y aumentar los pensamientos útiles que afectan a mi bebé y a mí misma. *Conductas* • Clase 4: Actividades y mi estado de ánimo. • Clase 5: Las actividades agradables ayudan a crear un entorno saludable para mi bebé y para mí. *Contactos con otras personas* • Clase 6: Contactos con otras personas y mi estado de ánimo. • Clase 7: Cómo obtener apoyo para mí y para mi bebé. • Clase 8: Planificación el futuro. Ceremonia de graduación.	**Modelos teóricos** • No es una psicoterapia de grupo, pero incluye elementos terapéuticos que conducen a la reducción de síntomas y de la depresión mediante el mejoramiento de la autoestima, incrementando los pensamientos y las conductas positivas, así como mejorando las actividades para obtener apoyo social. **Elementos básicos/técnicas** • Embarazo y cuidado de la madre. • Depresión durante el embarazo y el posparto. • Necesidades de apoyo y comunicación afectiva. • Factores de riesgo de la depresión perinatal. • Experiencias de la infancia. • Relación con la propia madre y mitos de la maternidad. • Pérdidas y revalorización de la madre. • Pareja y futuro padre. • La relación con el bebé. • Cuidados para la madre en el posparto.

tal y ser menos obvios y ocultar este problema. Con base en esto, el enfoque psicosomático de ampliar la conciencia sobre los síntomas somáticos puede reducir el estrés a la vez que mejorar los resultados del parto, como el nacimiento prematuro. Los resultados de Ortiz et al. (2014) no fueron concluyentes respecto a la disminución de los síntomas depresivos; sin embargo, el peso al nacer de los niños fue más alto y la tasa de partos prematuros fue menor en quienes recibieron la intervención.

***Debriefing* psicológico.** Por lo general, consiste en una única entrevista psicológica semiestructurada para explorar la experiencia del parto y el posible trauma. Gamble et al. (2005) aplicaron a mujeres que experimentaron un parto traumático una intervención que consistió en dos asesorías posparto. Encontraron que, a los tres meses de seguimiento, el riesgo de desarrollar DPP fue significativamente menor en el grupo que recibió la intervención. Asimismo, las mujeres de este grupo informaron de una disminución en los síntomas de trauma, estrés y sentimientos de culpa en comparación con el grupo control.

Apoyo posnatal. Es una estrategia sencilla que se basa en proveer de soporte a las madres durante el período posparto. En particular, Dennis et al. (2009) instruyeron a voluntarias: mujeres en la comunidad que hablaran inglés y tuvieran una historia (referida por ellas) de recuperación de DPP. Recibieron entrenamiento durante cuatro horas e hicieron un mínimo de cuatro llamadas. Sus resultados fueron positi-

© Ediciones Pirámide

vos con respecto a los síntomas de depresión posparto en comparación con el grupo control.

Clases prenatales. Consiste en sesiones educativas sobre temas relacionados con factores de riesgo de DPP. Por ejemplo, Brugha et al. (2000) desarrollaron su intervención a partir de material comprendido para preparar a los padres para la parentalidad (Preparing for Parenthood). Con el fin de incrementar el apoyo de la pareja, la pareja o alguien significativo atendía a una de las sesiones. Observaron que las mujeres disfrutaron la intervención y dijeron que era beneficiosa; no obstante, no se encontraron diferencias significativas en síntomas de depresión entre los grupos experimental y control. Esto, explican los autores, pudo deberse a la poca experiencia de los orientadores de los grupos en conducir intervenciones.

Prevención a través de la díada madre-niño. Estas intervenciones se desarrollaron partiendo de resultados que muestran que hay una fuerte relación entre el sueño infantil, la inquietud, la irritabilidad y el llanto del bebé y el estado de ánimo posparto materno, por lo que la maniobra va dirigida a la díada madre-niño con el fin de reducir los síntomas de PPD. Werner et al. (2015) desarrollaron una intervención basada en recursos prácticos para la crianza materna efectiva en el posparto (PREP: Practical Resources for Effective Postpartum Parenting) que busca mejorar las habilidades maternas para responder a la agitación, inquietud y llanto del bebé, la misma que mostró beneficios significativos en la conducta del bebé y en reducción de la DPP.

En conclusión, vemos que las intervenciones para prevenir la depresión posparto son muy variadas, y aun cuando se basen en modelos teóricos conocidos, cada una incorpora diversas temáticas y técnicas encaminadas al objetivo principal. Son impartidas tanto por profesionales de la salud y la salud mental como por personas fuera de este ámbito que reciben entrenamiento específico. Todas buscan incidir sobre los síntomas de depresión y los episodios depresivos en el período posnatal.

5. TRATAMIENTOS PARA LA DEPRESIÓN PERINATAL

Existen diferentes tratamientos basados en la evidencia que incluyen intervenciones psicológicas y farmacoterapia (O'Hara, Dennis, McCabe y Galbally, 2015). Sin embargo, la mayoría de las mujeres que experimentan depresión perinatal no reciben tratamiento. Las barreras para acceder al tratamiento son complejas y numerosas. Estas barreras incluyen aspectos tales como el estigma prolongado contra las enfermedades mentales, el hecho de que las evaluaciones rutinarias no están incluidas en atención primaria o el acceso limitado a especialistas en salud mental (Byatt, Levin, Ziedonis, Moore y Allison, 2015). Además, las mujeres expresan reticencia a tomar medicamentos durante el embarazo debido al temor a cualquier efecto adverso desconocido en el niño en desarrollo. En el posparto, a las mujeres que amamantan suele preocuparles que los medicamentos antidepresivos pasen a la leche materna y, a su vez, al bebé. Además, los estudios muestran que la mayoría de las mujeres perinatales prefieren las intervenciones psicológicas a la medicación antidepresiva durante el embarazo y el posparto, por lo que el nivel de aceptación de la medicación antidepresiva en mujeres perinatales es bajo (Chabrol, Teissedre, Armitage, Daniel y Walburg, 2004; Kim, Sockol, Barber et al., 2011). Además de los tratamientos más establecidos y las preocupaciones sobre los efectos dañinos de las intervenciones farmacológicas, las mujeres también recurren a la medicina complementaria y alternativa (MCA) (Deligiannidis y Freeman, 2014) como método para aliviar su malestar. En esta sección, revisamos brevemente los tratamientos psicológicos, farmacológicos y CAM para mujeres con depresión perinatal.

Tratamientos psicológicos

Existen numerosas intervenciones psicológicas para mujeres con depresión perinatal que incluyen asesoramiento no directivo, visitas domiciliarias de profesionales no cualificados y profesionales de salud mental, modelos de atención en colaboración, terapia cognitivo-conductual y terapia interpersonal. Varios metaanálisis y revisiones sistemáticas han documentado la eficacia de estos tratamientos psicológicos para la depresión tanto prenatal como posparto (Cuijpers, Brännmark y Van Straten, 2008; Dennis y Hodnett, 2007; Sockol, Epperson y Barber, 2011). En general, estas intervenciones produjeron un efecto medio o moderado, similar al obte-

© Ediciones Pirámide

nido en la literatura general sobre el tratamiento de la depresión (Ciujpers et al., 2008).

Dados los efectos negativos de la depresión perinatal en las interacciones maternoinfantiles y los problemas infantiles que pueden aparecer, se han desarrollado y evaluado intervenciones diádicas que involucran a las madres y sus bebés. Estas intervenciones generalmente se enfocan en mejorar la comprensión de la madre sobre las necesidades de su bebé, promover el vínculo entre madre e hijo, incrementar la sintonía entre la madre y el bebé y enseñar habilidades de crianza para aumentar la confianza de la madre (Clark, Tluczek y Brown, 2008; Lavi, Gard, Hagan, Van Horn y Lieberman, 2015; París, Bolton y Spielman, 2011). En general, la investigación ha descubierto que existe evidencia mixta en cuanto a si estas intervenciones pueden reducir los síntomas depresivos posparto y/o promover conductas de apego (Clark et al., 2008; Lavi et al., 2015; Paris et al., 2011; Toth, Rogosch, Manly y Cicchetti, 2006; Tsivos, Calam, Sanders y Wittkowski, 2015).

TABLA 1.9

Recomendaciones para la práctica clínica del manejo de la depresión (basada en los trabajos de Lavi et al., 2015; Milgrom, Martin y Negri, 1999; Muñoz et al., 2007, y Nezu y Nezu, 2001)

Psicoeducación
Incremento de actividades placenteras • Búsqueda de soluciones para incrementar el autocuidado de la madre (alimentación, sueño o higiene). • Incremento de actividades sociales (actividades previas, actividades nuevas en las que se incluya al recién nacido o incremento de actividades con la pareja).
Usa de las técnicas de relajación • Las técnicas de relajación pueden incluir al bebé (por ejemplo, práctica de la respiración mientras se pasea al bebé).
Búsqueda de apoyo social. Entrenamiento en asertividad • Esta recomendación se centra tanto en la búsqueda de ayuda práctica para los momentos más estresantes en el cuidado del bebé como en la capacidad de expresar con asertividad las decisiones sobre las pautas de crianza frente a terceros. • Esta área también puede incluir la búsqueda de apoyo en otras madres.
Técnicas de solución de problemas • Enseñar a resolver/tomar decisiones en las dificultades cotidianas de la crianza del bebé.
Intervención cognitiva • Manejo de los pensamientos distorsionados (expectativas poco realistas) sobre la maternidad y qué supone ser una buena madre. • Incremento de la autoaceptación y la confianza.
Interacción madre-bebé • Manejo de conceptos sobre el desarrollo evolutivo del bebé. • Incremento del apego. • Pautas de crianza.
Prevención de recaídas

© Ediciones Pirámide

Tratamientos farmacológicos

Con respecto a la medicación para la depresión perinatal, los antidepresivos se han usado cada vez más durante el embarazo en las últimas décadas, y se estima que entre el 2% y el 8% de las mujeres embarazadas reciben este tipo de tratamiento (Petersen, Gilbert, Evans, Man y Nazareth, 2011; Zoega et al., 2015). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los antidepresivos que se recetan con mayor frecuencia (Wisner et al., 2006), aunque existe un amplia garma de medicamentos antidepresivos que pueden ser utilizados en la práctica clínica. La eficacia clínica de la farmacoterapia depende de la fidelidad de los pacientes al tratamiento prescrito (Zuckerman, Amaro, Baucher y Cabral, 1989). La literatura ha señalado varios factores que influyen en la adherencia al tratamiento, como, por ejemplo, las actitudes hacia la enfermedad, la medicación recetada y el perfil de efectos secundarios (Huybrechts et al., 2014; Petersen et al., 2011).

Hay mucho que aún se desconoce con respecto a la eficacia y seguridad del uso de antidepresivos durante el embarazo debido a la falta de ensayos controlados aleatorios (O'Hara et al., 2015). Existe cierta evidencia de que la depresión prenatal tiene efectos dañinos en la madre y el feto; por tanto, la farmacoterapia se reserva y se usa para tratar casos más graves de depresión y ansiedad (O'Hara et al., 2015). Hasta el 50% de las mujeres que toman antidepresivos antes de la concepción dejan de tomarlos durante el embarazo debido a la preocupación de transmitir el medicamento al feto por nacer; eso aumenta potencialmente el riesgo de recaída de los síntomas (Muzik, Hamilton, Rosenblum, Waxler y Hadi, 2012).

Los efectos y la eficacia de los antidepresivos en el período posparto están mucho mejor estudiados, aunque los ensayos controlados aleatorios en este campo han producido resultados mixtos (O'Hara et al., 2015). Además, la lactancia materna es ampliamente practicada por las madres con antidepresivos; sin embargo, no se sabe mucho sobre sus efectos en los lactantes (Davanzo, Copertino, DeCunto, Minen y Amaddeo, 2011; Lanza Di Scalea y Wisner, 2009). Una revisión más amplia de la farmacología utilizada en la depresión puede encontrarse en el capítulo 12 (Introducción a la psicofarmacología del embarazo y el posparto).

El suicidio es particularmente preocupante para las mujeres con formas graves de depresión perinatal. En los Estados Unidos, el suicidio es la segunda causa principal de muerte entre las mujeres de 19 a 24 años y la tercera causa principal de muerte entre las mujeres de 25 a 44 años (Centros para el Control de Enfermedades, 2013). Los estudios encontraron que el suicidio posparto se asocia positivamente con la depresión (Pinheiro, Da Silva, Magalhaes, Horta y Pinheiro, 2008) y es la causa principal de muerte materna durante el año posparto (Henshaw, 2007; Lindahl, Pearson y Colpe, 2005; Palladino, Singh, Campbell, Flynn y Gold, 2011). Un estudio encontró que en una muestra de mujeres en el posparto sin síntomas depresivos, la presencia de complicaciones prenatales, un historial de depresión previa y niveles más bajos de autoeficacia parental se asociaban significativamente con la ideación suicida en el período posparto (Bodnar-Deren, Klipstein, Fersh, Shemesh y Howell, 2016). Estos hallazgos sugieren que se debe evaluar el suicidio en mujeres con depresión perinatal tal y como se ha comentado en páginas anteriores. El lector puede revisar también el capítulo 11 (Suicidio durante el embarazo y el posparto).

Medicina complementaria y alternativa

Aunque existen intervenciones psicológicas y farmacológicas basadas en la evidencia disponibles para tratar la depresión perinatal, las mujeres durante el período perinatal muestran bajas tasas de búsqueda de ayuda y compromiso con el tratamiento (Kim et al., 2011; Liberto, 2012). En cambio, algunas mujeres prefieren y buscan tratamientos alternativos, que se consideran prácticas no estándar en la medicina occidental. Existe una amplia gama de tratamientos de MCA basados en la evidencia para mujeres con depresión perinatal (Kendall-Tackett, 2016). Muchas de estas alternativas se pueden combinar con medicamentos cuando una mujer no está logrando la remisión completa de los síntomas solo con antidepresivos (Miller, 2008). Los tratamientos de MCA incluyen hierbas y suplementos, trabajo corporal, como la quiropráctica, el masaje y la terapia cráneo-sacra, acupuntura, homeopatía y otros tratamientos no far-

© Ediciones Pirámide

macológicos. Aunque no todos los tipos de MCA tienen una base de evidencia para respaldar su uso en el tratamiento de la depresión, existen algunos tratamientos demuestran efectividad, incluidos los suplementos de ácidos grasos omega-3, el ejercicio, los masajes para bebés, la terapia de luz brillante y el yoga (Kendall-Tackett, 2016; O'Hara et al., 2015; Sheffield y Woods-Giscombé, 2016). Estas intervenciones son generalmente de bajo coste, pueden ser iniciadas por mujeres y tienen un impacto mínimo en la lactancia materna. Es importante destacar que se necesita todavía mucha más investigación para examinar la eficacia de estos tratamientos y poder recomendar su uso a las pacientes.

6. CONCLUSIONES

Las mujeres que experimentan depresión durante el embarazo y el posparto tienen múltiples opciones para recibir tratamiento, incluida la medicina psicológica, farmacológica y complementaria y alternativa. El acceso a estos tratamientos puede variar entre los países y depender de los recursos disponibles, lo que sugiere que es un gran desafío proporcionar los tratamientos necesarios en los países con recursos limitados. En algunos países se ha encontrado que los servicios de visitas domiciliarias y las intervenciones de apoyo entre pares son prometedores (O'Hara et al., 2015). Una revisión sistemática que evaluó la efectividad de 13 intervenciones para mejorar la salud mental de mujeres perinatales en países de ingresos bajos y medianos descubrió que todas estas intervenciones fueron más beneficiosas para reducir la depresión materna que las intervenciones de atención habituales para madres y bebés (Rahman et al., 2013). Otra área para futuras investigaciones es examinar las intervenciones para mujeres con ansiedad perinatal y depresión comórbida perinatal y trastornos de ansiedad, ya que la comorbilidad de ambas afecciones es común y tiene consecuencias negativas (Ammerman, Putnam, Chard, Stevens y Van Ginkel, 2012; Grekin y O'Hara, 2014). Proporcionar tratamientos efectivos para todas las mujeres perinatales que los necesitan es una prioridad mundial de salud mental y de salud pública, lo que requiere una mayor implicación de las autoridades sanitarias.

Consecuencias económicas de la depresión perinatal. Una última reflexión

Si todo lo expuesto hasta ahora no fuera suficiente: el sufrimiento materno, el de los bebés y por supuesto el los padres, no se puede olvidar los costes económicos elevados que acarrea la no intervención en este tratamiento.

El informe presentado por la Task Force Californiana (2017) indica que en este estado, durante el año 2010, el coste de no tratar la depresión durante el embarazo/posparto fue de 2,25 millones de dólares (costes directos). En los Estados Unidos, por ejemplo, el coste estimado de la pérdida de productividad atribuida a no tratar a una madre con depresión perinatal es de aproximadamente 22.000 dólares por año (Díaz y Chase, 2010). Por otro lado, sabemos que las mujeres embarazadas con depresión no tratada están en riesgo de complicaciones costosas, como el nacimiento prematuro. Los hijos de madres deprimidas pueden también tener un mayor gasto médico de por vida debido a los efectos adversos de la depresión posparto en el niño. De hecho, niños con madres deprimidas son más proclives a utilizar servicios de atención médica con mayor frecuencia que los hijos de mujeres sin depresión. Todos ellos son ejemplos de costes indirectos. Pues bien, en una estimación realizada en el 2005 sobre costes indirectos se llegó a la conclusión de que el coste total en Estados Unidos de los nacimientos pretérmino fue de 26,2 billones de dólares (aproximadamente 51.600 dólares por cada niño nacido prematuramente). De esta cantidad un 65% se relaciona con costes médicos, un 6% tiene que ver con las bajas maternales, un 7% con costes de servicios de atención temprana y un 22% con pérdidas de productividad de los padres.

Por ello, si la descripción del problema no es suficiente, planteemos el problema en términos económicos. Realizar un cribado y una intervención de la población es menos costoso que dejar que todos estos problemas terminen floreciendo.

© Ediciones Pirámide

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. Uno de los instrumentos de evaluación más importantes es el cuestionario PHQ9. V F
2. Los síntomas del *maternity blues* no suelen remitir y necesitan en la mayoría de los casos tratamiento farmacológico. V F
3. La comorbilidad de síntomas depresivos se presenta habitualmente unida a la ansiedad. V F
4. Las intervenciones selectivas se dirigen a subgrupos de mujeres perinatales que no presentan un riesgo de DPP más alto que el promedio. V F
5. El Postpartum Depression Predictor Inventory-Revised (PDPI-R) ha sido destacado como el primer instrumento de evaluación de los factores de riesgo. V F
6. Cualquier revelación de pensamientos de daño a sí misma o a otros incluyendo al bebé requiere una acción urgente de acuerdo con los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. V F
7. Los tratamientos de medicina complementaria y alternativa incluyen hierbas y suplementos, trabajo corporal, como la quiropráctica, el masaje y la terapia cráneo-sacra, acupuntura, homeopatía y otros tratamientos no farmacológicos. Todos ellos cuentan con un amplio respaldo científico. V F
8. La mayoría de las mujeres en el período perinatal reciben el tratamiento adecuado de sus problemas del estado del ánimo. V F
9. La Edinburgh Posnatal Depression Scale (EPDS) es un cuestionario de 10 ítems que ha sido considerado como el *gold standard* junto con el PHQ9 para evaluar la depresión perinatal. V F
10. Rodríguez-Muñoz, Le, Vargas, Olivares e Izquierdo (2017) estimaron que la prevalencia de moderada a alta severidad de los síntomas depresivos prenatales es del 22,8%. V F

Clave de corrección

1. V.
2. F.
3. V.
4. F.
5. V.
6. V.
7. F.
8. F.
9. V.
10. F.

LECTURAS RECOMENDADAS

Shoshana, B. e Indamd, P. (2006). *Más allá de la melancolía: una guía para comprender y tratar la depresión y la ansiedad prenatal y posparto.* San Francisco: Untreed Reads Publishing.

Esta guía es muy recomendable dados la facilidad y pragmatismo de su formato, ya que es muy conciso pero completo. Tanto es así que ha sido merecedora del Premio de Oro de la National Parentin Publicantions. En la guía se describe lo necesario sobre la salud mental materna, con sugerencias especialmente útiles para familiares y amigos de la mujer que atraviesa el período prenatal y posparto, así como para ella misma y demás profesionales implicados. Concretamente se describen de una forma muy clarificadora los principales trastornos perinatales, así como las consecuencias de estos, se orienta a la mujer sobre cómo pedir ayuda, se aborda el tema de la lactancia, se da consejos a las parejas, profesionales, y otros familiares sobre cómo actuar con esta problemática, se refuerza la importancia del tra-

© Ediciones Pirámide

tamiento y se ofrecen una serie de recursos de interés.

Lara, M. A. y García, T. (2012). *Prevención de la depresión posparto: intervención psicoeducativa.* México DF: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Este libro destaca por su pragmatismo, ya que en él se recogen una serie de ejercicios y técnicas muy útiles para las mujeres embarazadas. Asimismo, se hace una diferenciación clara de los sentimientos transitorios que suelen acompañar al período del embarazo frente a la depresión perinatal. Se ofrece la información necesaria para implementar una intervención psicoeducativa grupal con el fin de empoderar a la mujer embarazada, así como prevenir la depresión posparto. Es especialmente útil para profesionales que tienen contacto con mujeres en el período perinatal, y está especialmente diseñado para mujeres embarazadas en riesgo de depresión. Se incluyen reflexiones sobre distintos aspectos del embarazo y la maternidad e información muy útil sobre los cambios que acarrea el embarazo, las necesidades del bebé, la importancia del cuidado de una misma y de la pareja. Estas mismas autoras han elaborado un manual de autoayuda que puede ser complementario a la lectura de este libro: Lara, M. A. y García, T. (2009). *Despertando tu amor para recibir a tu bebé.* México DF: Pax México.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alexander, L., Rodríguez Muñoz, M. F., Perry, D. y Le, N. (2013). The Latent Symptom Structure of the Beck Depression Inventory: Second Edition in Latina Pregnant Women. *Maternal and Child Health Journal, 18*(5), 1132-1141. Doi: 10.1007/s10995-013-1343-5.

American College of Obstetrician and Gynecologist. (2015). Screening for perinatal depression. *Obstetric and Gynecologist, 121,* 1268-1271. Doi: 10.1097/AOG.0b013e3181d035aa.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, IV-TRed.* Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.ª ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Ammerman, R., Putnam, F., Chard, K., Stevens, J. y Van Ginkel, J. (2012). PTSD in depressed mothers in home visitation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*(2). http://doi.org/10.1037/a0023062.

Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K. y Åström, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. *American Journal of Obstetric and Gynecology, 189*(1), 148-154.

Arroll, B., Goodyear-Smith, F., Kerse, N., Fishman, T. y Gunn, J. (2005). Effect of the addition of a «Help» Question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: Diagnostic Validity Study. *BMJ: British Medical Journal, 331*(7521), 884-886.

Austin, M. P., Hadzi-Pavlovic, D., Saint, K. y Parker, G. (2005). Antenatal screening for the prediction of posnatal depression: Validation of a psychosocial Pregnancy Risk Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 112*(4), 310-317.

Austin, M.-P., Highet, N. y The Expert Working Group (2017). *Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline.* Melbourne: Centre of Perinatal Excellence.

Banti, S., Mauri, M., Borri, C., Rambelli, C., Ramacciotti, D., ..., y Cassano, G. B. (2010). P02-373 Prevalence, incidence, recurrence and new onset of depression durin pregnancy. Results from the perinatal depression-research y screening unit (PND-RESCU) study. *European Psychiatry, 25*(1), 1389-1392. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(10)71375-4.

Barrera, A. Z., Wickham, R. E. y Muñoz, R. F. (2015). Online prevention of postpartum depression for Spanish- and English-speaking pregnant women: A pilot randomized controlled trial. *Internet interventions, 2*(3), 257-265. Doi: 10.1016/j.invent.2015.06.002.

Beck, C. T. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Research, 45*(5), 297-303.

Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research, 50*(5), 275-285.

Beck, C. T. y Gable, R. K. (2000). Postpartum Depression Screening Scale: Development and psychometric testing. *Nursing Research, 49*(5), 272-282.

Beck, C. T. y Gable, R. K. (2001). Further validation of the Postpartum Depression Screening Scale. *Nursing Research, 50(3),* 155-164.

Beck, C. T. y Gable, R. K. (2002). *Postpartum Depression Screening Scale Manual.* Los Ángeles, CA: Western Psychological Service.

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II* (Adaptación española: Sanz, J. y Vázquez, C.). Madrid: Pearson.

© Ediciones Pirámide

Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S. y Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 198,* 62-77. Doi: 10.1016/j.jad.2015.11.014.

Bizu, G., Rondon, M., Araya, R. y Michelle, A. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry, 3*(10), 973-982. Doi: 10.1016/S2215-0366(16)30284-X.

Bodnar-Deren, S., Klipstein, K., Fersh, M., Shemesh, E. y Howell, E. A. (2016). Suicidal ideation during the postpartum period. *Journal of Women's Health, 25*(12), 1219-1224. https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5346.

Boyd, R., Mogul, M., Newman, D. y Coyne, J. (2011). Screening and referral for postpartum depression among low-income women: A qualitative perspective from community health workers. *Depression Research and Treatment,* 1-7. Doi: 10.1155/2011/320605.

Brugha, T. S., Wheatley, S., Taub, N. A., Culverwell, A., Friedman, T. y Kirwan, P. (2000). Pragmatic randomized trial of antenatal intervention to prevent post-natal depression by reducing psychosocial risk factors. *Psychological Medicine, 30*(6), 1273-1281.

Byatt, N., Levin, L., Ziedonis, D., Moore Simas, T. y Allison, J. (2015). Enhancing participation in depression care in outpatient perinatal care settings: A systematic review. *Obstetrics and Gynecology, 126*(5), 1048-1105.

California Task Force (2017). *A report on the California Task Force on the status of the maternal mental health.* Disponible en: https://static1.squarespace.com/static/56d5ca187da24ffed7378b40/t/5a7d1a77ec212dc9.

Cardila, F., Martos, A. B., Barragán, M., Pérez, M. C., Fuentes, M., Molero, M. M. y Gázquez, J. J. (2015). Prevalencia de la depresión en España: análisis de los últimos 15 años. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 5*(2), 276-279. Doi: 10.1989/ejihpe.v5i2.118.

Carlberg, M., Edhborg, M. y Lindberg, L. (2018). Paternal Perinatal Depression Assessed by the Edinburgh Posnatal Depression Scale and the Gotland Male Depression Scale: Prevalence and Possible Risk Factors. *American Journal of Men's Health,* 1557988317749071. Doi: 10.1177/1557988317749071.

Centers for Disease Control and Prevention (2013). Leading causes of death, web-baseinjury statistics query and reporting system (WISQARS). Disponible en: www.cdc.gov/injury/wisqars/leading_causes_death.html.

Chabrol, H., Teissedre, F., Armitage, J., Daniel, M. y Walberg, V. (2004). Acceptability of psychotherapy and antidepressants for posnatal depression among newly delivered mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 22*(1), 5-12.

Clark, R., Tluczek, A. y Brown, R. (2008). A mother-infant therapy group model for postpartum depression. *Infant Mental Health Journal, 29*(5), 514-536. https://doi.org/10.1002/imhj.20189.

Cohen, D., Lisles, C., Williams, W. R., Brunsdon, C. F. y Batstone, T. (2011). Exploratory study to evaluate the provision of additional midwifery support to teenage mothers. *Public Health, 125*(9), 632-638. Doi: 10.1016/j.puhe.2011.06.008.

Cox, J. L., Holden, J. M. y Sagovsky, R. (1987). Detection of Posnatal Depresion. Development of the 10-item Edinburgh Posnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry, 150,* 782-786.

Cuijpers, P., Brännmark, J. y Van Straten, A. (2008). Psychological treatment of postpartum depression: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 64*(1), 103-118.

Davanzo, R., Copertino, M., DeCunto, A., Minen, F. y Amaddeo, A. (2011). Antidepressant drugs and breastfeeding: A review of the literature. *Breastfeeding Medicine, 6*(2), 89-98.

Deligiannidis, K. y Freeman, M. (2014). Complementary and alternative medicine therapies for perinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 28*(1), 85-95. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.007.

Dennis, C. L. (2003). The effect of peer support on postpartum depression: A pilot randomized controlled trial. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie, 48*(2), 115-124. Doi: 10.1177/070674370304800209.

Dennis, C. L. y Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* (2): CD001134. Doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub3.

Dennis, C. y Hodnett, E. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* 4, CD006116.

Dennis, C. L., Hodnett, E., Kenton, L., Weston, J., Zupancic, J., Stewart, D. E. et al. (2009). Effect of peer support on prevention of posnatal depression among high-risk women: Multisite randomized controlled trial. *British Medical Journal, 338*:a3064. Doi: 10.1136/bmj.a3064.

Earls, M. y The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family (2015). Depression into Pediatric Practice Incorporating Recognition and Management of Perinatal and Postpartum. *Pediatrics, 126*(5), 1033-1039.

Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica, 32*(1), 65-74. Doi: 10.4067/S0718-48082014000100007.

Eman, M. M., Ghadah, A. M., Reda, A. T. y Hossam, K. M. (2010). Antenatal anxiety and depression among pregnant women attending El-Eman hospital, Assiut

© Ediciones Pirámide

city. *Alzar Assiut Medical Journal, 10*(1). http://www.aamj.eg.net/inner/jarticle.aspx?aid=1742.

Escribà-Agüir, V., González-Galarzo, M. C., Barona-Vilar, C. y Artazcoz, L. (2008). Factors related to depression during pregnancy: Are there gender differences? *Journal of Epidemiology and Community Health. 62,* 410-414. Doi: 10.1136/jech.2007.063016.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV - Versión Clínica (SCID-CV).* Barcelona: Masson (original publicado en 1997).

Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant Behaviour. Development, 34,* 1-14. Doi: 10.1016/j.infbeh.2010.09.008

Flanagan, T. y Avalos, A. (2016). Perinatal Obstetric Office Depression Screening and Treatment. *Obstetric and Gynecologist, 127,* 911-915. Doi: 10.1097/AOG.0000000000001395.

Gamble, J., Creedy, D., Moyle, W., Webster, J., McAllister, M. y Dickson, P. (2005). Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: A randomized controlled trial. *Birth, 32*(1), 11-19. 10.1111/j.0730-7659.2005.00340.x.

García, M. (2010). *Trastornos del estado de ánimo en el puerperio: factores psicosociales predisponente.* Tesis doctoral.

García-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J. y Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh Posnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal Affective Disorder, 75*(1), 71-76.

García-Esteve, L., Giménez, A. T., Gurrutxaga, M. L. I., García, P. N., Terrén, C. A. y Gelabert, E. (2014). Maternity, migration, and mental health: Comparison between spanish and latina immigrant mothers in postpartum depression and health behaviors. En S. Lara-Cinisomo y K. Wisner, *Perinatal Depression among Spanish-Speaking and Latin American Women* (pp. 15-37). Nueva York: Springer.

Gao, L. L., Chan, S. W., Li, X., Chen, S. y Hao, Y. (2010). Evaluation of an interpersonal-psychotherapy-oriented childbirth education programme for Chinese first-time childbearing women: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies, 47*(10), 1208-1216. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.03.002.

Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner., G. y Swinson, T. (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetric y Gynecoly, 106*(5), 1071-1083.

Genovez, M. G. y Le, H. N. (2011). Identification of Salvadoran pregnant women at risk for postpartum depression. Póster presentado en el the 25th Annual Postpartum Support International, Seattle, WA, septiembre 2011.

Gilbody, S., Richards, D. y Barkham, M. (2007). Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: UK validation of PHQ-9 and CORE-OM. *British Journal General Practice, 57,* 650-652.

Glangeaud-Freudenthal, M., Crost, M. y Kaminsk, M. (1999). Severe post-delivery blues: Associated factors. *Archives of Women's Mental Health, 2*(1), 37-44.

Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet, 388*(10053), 1545-1602. Doi: 10.1016/S0140-6736(16)31678-6.

Grote, N. K., Swartz, H. A., Geibel, S. L., Zuckoff, A., Houck, P. R. y Frank, E. (2009). A randomized controlled trial of culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Psychiatric Services, 60*(3), 313-321. Doi: 10.1176/appi.ps.60.3.313.

Grekin, R. y O'Hara, M. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*(5), 389-401.

Harlow, B. L., Vitonis, A. F., Sparen, P., Cnattingius, S., Joffe, H. y Hultman, C. M. (2007). Incidence of hospitalization for postpartum psychotic and bipolar episodes in women with and without prior prepregnancy or prenatal psychiatric hospitalizations. *Archives of General Psychiatry, 64*(1), 42-48.

Heneghan, A. M., Mercer, M. B. y DeLeone, N. L. (2004). Will Mothers Discuss Parenting Stress and Depressive Symptoms With Their Child's Pediatrician? *Pediatrics, 113,* 460-467.

Henshaw, C. (2007). Maternal suicide. En J. Cockburn y M. E. Pawson (eds.), *Psychological Challenges in Obstetrics and Gynecology* (pp. 157-164). Londres: Springer.

Huybrechts, K., Palmsten, K., Avorn, J., Avorn, J., Cohen, L., Holmes, L., Franklin, J., Mogun, H., Levin, R., Kowal, M., Setoguchi, S. y Hernández-Díaz, S. (2014). Antidepressant use in pregnancy and the risk of cardiac defects. *New England Journal of Medicine, 370*(25), 2397-2407. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1312828.

Ibarra-Yruegas, B., Lara, M. A., Navarrete, L., Nieto, L. y Kawas Valle, O. (2016). Psychometric properties of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised for pregnant women in Mexico. *Journal of Health Psychology.* Doi: 10.1177/1359105316658969.

Ikeda, M. y Kamibeppu, K. (2013). Measuring the risk factors for postpartum depression: Development of the Japanese version of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R-J). *BMC Pregnancy Childbirth, 13,* 112. Doi: 10.1186/1471-2393-13-112.

Kendall-Tackett, K. (2016). Complementary and alternative treatments for perinatal depression En A. Wenzel (ed.), *The Oxford Handbook of Perinatal Psychology.* Oxford: Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199778072.013.28.

© Ediciones Pirámide