



Artículo de opinión/Opinion article

Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva



Perinatal depression: Profitability and expectations of preventive intervention

Rosa Marcos-Nájera^{a,*}, María de la Fe Rodríguez-Muñoz^a, Nuria Izquierdo-Mendez^b,
María Eugenia Olivares-Crespo^b y Cristina Soto^c

^a Universidad Nacional de Educación a Distancia, España

^b Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^c Hospital Universitario Central de Asturias, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de mayo de 2017

Aceptado el 9 de mayo de 2017

On-line el 26 de mayo de 2017

La depresión perinatal (PND) está específicamente vinculada al periodo comprendido entre el inicio del embarazo y el primer año tras haber dado a luz. La gestación y el posparto son etapas en las que se desencadenan numerosos episodios depresivos. Síntomas como la irritabilidad, la falta de interés, los trastornos en el apetito o el sueño y los sentimientos de tristeza, culpabilidad o desesperanza pueden iniciarse en cualquier momento de la etapa perinatal, derivando en los casos más graves en pensamientos destructivos de la madre hacia ella misma o hacia su bebé.

Con una prevalencia en nuestro país que oscila entre un 6 y un 8% (Grote et al., 2010), la depresión posparto (PPD) constituye un importante problema de salud pública. Entre sus predictores más significativos está haber sufrido depresión antes del parto, lo que resulta especialmente alarmante si se tiene en cuenta que la prevalencia de la depresión prenatal está aumentando en los últimos años hasta tasas que duplican las de la PPD (Field, 2011), estimándose en estudios en diferentes países entre el 6 y el 38% (Previti, Pawlby, Chowdhury, Aguglia y Pariente, 2014).

Frente a la gravedad de esta situación, en España apenas se han desarrollado programas preventivos para mitigarla, ni se dispone de suficientes datos estadísticos para realizar una correcta vigilancia de la salud perinatal (Ayerza y Herraiz, 2015). Además, los facultativos, se encuentran con otros problemas a la hora de prescribir un tratamiento, como son la elevada variedad de tratamientos e intervenciones y la falta de evidencias científicas que apoyen su validez (Hara, Dennis, McCabe y Galbally, 2015).

Con carácter general, los sistemas de salud evalúan regularmente a las mujeres embarazadas para determinar los casos de síndrome de Down o diabetes gestacional, estando las tasas de estas patologías están en torno a un 3% (Bennett e Indman, 2016). Sin embargo, no se incorpora a los protocolos de vigilancia de la salud el cribado y seguimiento del riesgo de sufrir depresión perinatal, aún cuando esta enfermedad, con una tasa entorno al 20% (Bennett e Indman, 2016), afecta a una de cada cinco mujeres y tiene importantes repercusiones si no se atiende adecuadamente.

Por otra parte, en España los datos de morbilidad hospitalaria (Instituto Nacional de Estadística, 2016) muestran, como en 2015, que frente al 24% de las mujeres que asistieron a instituciones privadas los hospitales públicos registraron el 76% de las altas por embarazo, parto o puerperio, convirtiendo a estos centros sanitarios en un lugar privilegiado para identificar y prevenir la depresión en esta población.

Importantes organismos internacionales inciden en la importancia de la prevención y facilitan directrices y recomendaciones sobre metodología, instrumentos de evaluación y características de las intervenciones. El grupo de trabajo *US Preventive Services Task Force* en la última revisión sobre el cribado y tratamiento de la depresión perinatal en atención primaria (Connor, Rossom, Henninger, Groom y Burda, 2016) concluye que la terapia cognitivo conductual puede ser eficaz, incluso como alternativa al uso de antidepresivos. La *American Academy of Pediatrics* (AAP; Earls and the Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family, 2015) recomienda, por sus beneficios para el bebé y su familia, incorporar estos protocolos en las prácticas pediátricas desde las primeras visitas prenatales. El *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) (2013, 2015) insiste en que la depresión

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rmarcos@gmail.com (R. Marcos-Nájera).

Tabla 1
Recomendaciones elaboradas por diferentes paneles de expertos (resumen)

El grupo de trabajo <i>US Preventive Services Task Force</i> en un potente trabajo de revisión en el que se examinan más de 470 estudios recogen las evidencias científicas sobre qué cuestionarios se han de utilizar para realizar el cribado y cuáles son las intervenciones más eficaces.
La guía <i>NICE Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance</i> profundiza en la evaluación (cuestionarios y factores de riesgo)
El <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i> (ACOG) señala que como mínimo se debe realizar un cribado en el período perinatal con instrumentos de probadas garantías científicas. Entre las variables a incluir en este cribado se incluye la historia previa de ansiedad y depresión, así como la evaluación de los factores de riesgo.
La <i>American Academy of Pediatrics</i> (AAP; Earls y The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family, 2015) sigue la misma línea señalada anteriormente: la importancia del cribado y de la intervención con el objetivo de prevenir el impacto en los bebés.

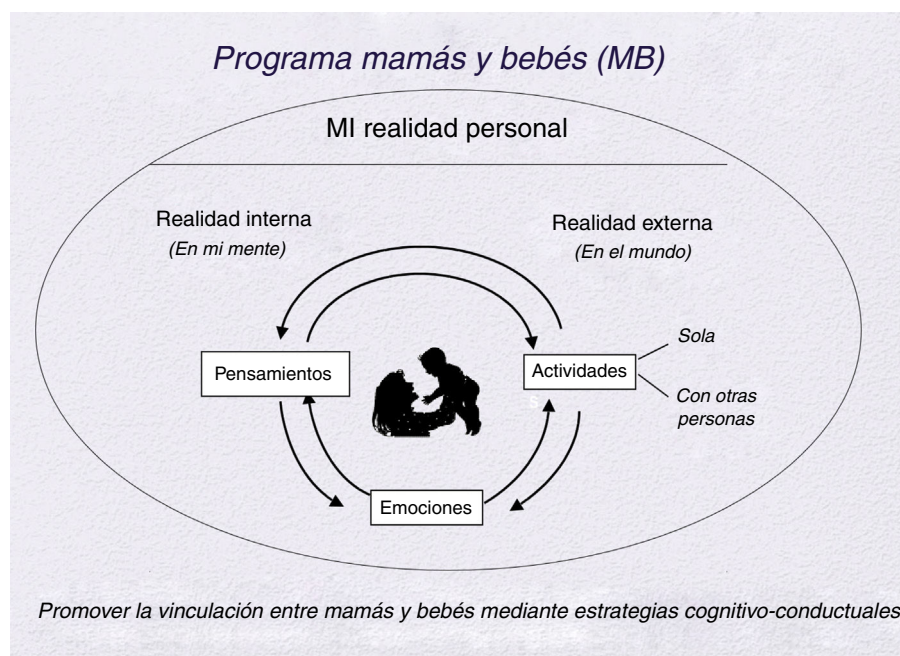


Figura 1. Estrategias cognitivo-conductuales del programa Mamás y Bebés (tomado del proyecto Mamás y Bebés).

perinatal afecta a una de cada siete mujeres y llama la atención sobre las consecuencias devastadoras para madres, bebés y familias, insistiendo en la necesidad de dedicar recursos para iniciar su diagnóstico y tratamiento desde las consultas obstétricas y ginecológicas. Del mismo modo, en las guías del [National Institute for Health and Care Excellence \(NICE\)](#) (2014, 2015) se hace un llamamiento a la evaluación de la salud mental y al tratamiento de la depresión y la ansiedad en el embarazo y posparto (ver [tabla 1](#)).

En la década de los 90 se iniciaron en Estados Unidos los primeros grupos de intervención con el programa Mamas y Bebés (MB). En ellos participaron mujeres latinas con bajos recursos económicos y alto riesgo. Sus resultados, publicados en 2011 ([Le, Perry y Stuart, 2011](#)), corresponden a un ensayo aleatorio, con una muestra de 217 participantes, en el que se evaluaba la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para prevenir la depresión perinatal, poniéndose en evidencia que la intervención redujo los síntomas depresivos. En el transcurso del tiempo, esta propuesta de intervención grupal de carácter cognitivo-conductual ha sido considerada como una referencia en la materia ([O'Hara y McCabe, 2013](#)).

Teniendo presentes tanto las directrices de los organismos internacionales anteriormente citados (ACOG, AAP, *Task Force* y NICE) como la experiencia y los materiales aplicados en Estados Unidos, un grupo de investigadores de la Facultad de Psicología de la UNED, conjuntamente con el personal de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid, tomaron la decisión de adaptar, consolidar y validar la aplicabilidad del programa MB en España con mujeres en riesgo moderado asistidas en la red pública madrileña ([Rodríguez-Muñoz, Olivares, Izquierdo, Soto y Le, 2016](#)).

Para evaluar la PND se utilizó el cuestionario PHQ-9, instrumento de autoevaluación que ha sido propuesto por diferentes organismos internacionales (ACOG, 2013, 2015; Earls & The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family, 2015; Kendig et al., 2017; NICE, 2014, 2015; O'Connor, Rossom, Henninger, Groom y Burda, 2016) como uno de los instrumentos de referencia en este campo. Cuando las mujeres asistían al hospital para realizar la ecografía del primer trimestre se les invitaba a participar en el *screening*, y si presentaban un diagnóstico de riesgo moderado se les ofrecía la oportunidad de formar parte de un grupo terapéutico psicoeducativo para dotarlas de diversas estrategias de adaptación y afrontamiento con las que abordar su embarazo y maternidad con una visión más saludable y positiva.

Para confirmar la capacidad de *transferencia* del programa MB a esta población, contrastar la *eficacia* y el *impacto* del programa y verificar la mejora comparativa en los síntomas depresivos, el nivel de riesgo y los efectos tras el parto, se han llevado a cabo ensayos controlados en los que, además de la atención habitual establecida por el centro hospitalario, se ha proporcionado un tratamiento en 8 sesiones, reforzadas mediante el chat. Las mamás que han participado en los grupos de intervención han estado coordinadas por una psicóloga, con la que se reunieron en sesiones de 2 horas un día a la semana durante 8 semanas consecutivas. Como se muestra en la [figura 1](#), la intervención se centra en el manejo de la realidad interna como fórmula para cambiar la percepción de la realidad.

Las mamás manifestaron su satisfacción por el apoyo emocional e instrumental recibido en el grupo. Una de las cosas que más agradecieron, por ser uno de los momentos que mayor tensión suscitaba en ellas, fue la visita previa a las salas de parto y dilatación. También

valoraron muy positivamente el sentirse conectadas a través de un chat telefónico coordinado por la psicóloga, que fomentaba el uso de los recursos que se iban adquiriendo en el curso y fortalecía la adherencia al tratamiento.

Las expectativas de las intervenciones preventivas de la depresión perinatal en atención primaria son cada vez son más altas. Los primeros reportes y las impresiones que han facilitado las mujeres que voluntariamente participaron en el programa nos hacen ser *optimistas* ya que, con carácter general, estas mujeres abordan las fases posteriores de su embarazo y puerperio con más ilusión y menos síntomas depresivos. El análisis de los resultados y los nuevos estudios que ya se están iniciando nos permitirán seguir perfeccionando tanto los componentes comunes de las intervenciones que afectan a todas las mujeres, como aquellos más específicos asociados a las características de cada población particular.

El valor de este tipo de tratamientos, tan necesarios para nuestra sociedad, se ve reforzado por el hecho de que con un coste mínimo se logra reducir la sintomatología, tanto a corto como a medio y largo plazo. Por ello, además de mejorar la experiencia de vida de las familias, estas intervenciones revierten en un potencial ahorro para el sistema sanitario en su conjunto, ya que al mantenerse sus efectos en el tiempo se pueden evitar otros tratamientos más prolongados y costosos para paliar las consecuencias de una posible depresión posterior.

El *compromiso* de colaboración del equipo de trabajo de la UNED y del hospital se refuerza día a día y las experiencias se van extendiendo a otros hospitales y regiones como el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) (Rodríguez-Muñoz et al., 2016). Progresivamente, los esfuerzos del personal investigador que colabora en este proyecto se dirigen a crear una red para dar soporte a las mujeres susceptibles de sufrir episodios depresivos antes o después de su embarazo, tanto dentro como fuera de España.

Conclusión

Ya no se puede seguir mirando para otro lado: la depresión perinatal es una enfermedad de alta prevalencia y atajarla desde su origen, partiendo de estudios de sus factores de riesgo, buenos cribados para asegurar que no queda desapercibida e intervenciones psicoeducativas con elementos cognitivos-conductuales, constituye un importante desafío para la sociedad.

Desde la sanidad pública se tiene que actuar responsablemente para frenar su avance y mitigar las consecuencias personales, familiares y socioeconómicas que de ella se derivan. Se requiere una mayor implicación e inversión en prevención, adecuando los protocolos de actuación de nuestros hospitales a las recomendaciones internacionales (ACOG, AAP, Task Force y NICE). Es importante insistir en que tanto la depresión prenatal como la depresión posparto son trastornos temporales con tendencia a la *cronicidad*. Pese a que sin tratamiento sus síntomas y consecuencias pueden prolongarse durante semanas, meses o incluso años, se estima que sólo un 23% de las mujeres afectadas reciben asistencia psicológica (Muzik y Borovska, 2010).

Las intervenciones llevadas a cabo dentro del programa Mamás y Bebés apoyan a las futuras madres que pueden sentirse abrumadas o indefensas ante una situación que, en sí misma, debería resultar placentera.

Financiación

Este proyecto ha sido parcialmente financiado por The Global Women's Institute. George Washington University.

Conflicto de Intereses

Las autoras de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Se expresa el agradecimiento al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico San Carlos y en especial a las enfermeras de diagnóstico prenatal María del Carmen Picos y María Isabel Rodríguez y a la matrona Natividad García por su inestimable ayuda, así como al Dr. Miguel Ángel Herraiz. Así mismo, las autoras quieren expresar su agradecimiento a la Fundación de Investigación del Hospital Clínico San Carlos por todo el soporte técnico y especialmente al director de proyectos Sergio Muñoz Lezcano y a Miguel Ángel Armengol de la Hoz, responsable TIC de la Unidad de Innovación del Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC). También expresamos nuestro agradecimiento al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), en especial a la Dra. Ana Escudero, a las enfermeras de diagnóstico prenatal Verónica Álvarez de la Mata y Esther Álvarez Álvarez, a la auxiliar Beatriz Fernández Hortal y a las matronas Cristina Cordero Bernardo y Magdalena Laruelo Hortal. Por último, dar las gracias al Dr. Francisco Javier Ferrer y a los doctores Moreno, Vázquez, Vaquerizo, Martín y Blanco.

Referencias

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2013). Postpartum depression. *Patient Education Pamphlet AP091*. Washington, DC. Recuperado de <http://www.acog.org/Womens-Health/Depression-and-Postpartum-Depression>.
- American College of Obstetricians y Gynecologists, (ACOG). (2015). *Screening for perinatal depression* (Committee Opinion, No. 639). *Obstetrics & Gynecology*, 125, 1268–1271. Recuperado de <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Screening-for-Perinatal-Depression>.
- Ayerza, A. y Herraiz, N. (2015). Indicadores de salud perinatal Diferencias de la información registrada por el INE y la de los hospitales que atienden los nacimientos. *Revista Española de Salud Pública*, 89, 1–4.
- Bennett, S. S. y e Indman, P. (2016). *Más allá de la Melancolía: Una guía para comprender y tratar la depresión y la ansiedad prenatal y posparto*. San Francisco, CA: Untreed Reads Publishing.
- 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, 1033–1039.
- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant Behavior & Development*, 34, 1–14.
- Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S. y Katon, W. J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1012–1024.
- Instituto Nacional de Estadística (2016). *Encuesta de Morbilidad Hospitalaria Año 2015*. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np1005.pdf>.
- Kendig, S., Keats, J. P., Hoffman, M. C., Kay, L. B., Miller, E. S., Moore Simas, T. A. y Lemieux, L. A. (2017). Consensus Bundle on Maternal Mental Health: Perinatal Depression and Anxiety. *JOGNN Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 46, 272–281.
- Le, H., Perry, D. y Stuart, E. (2011). Randomized controlled trial of a preventive intervention for perinatal depression in high-risk Latinas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 135–141.
- Muzik, M. y Borovska, S. (2010). Perinatal depression: implications for child mental health. *Mental Health in Family Medicine*, 7, 239–247.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014). *Identifying and assessing mental health problems in pregnancy and the postnatal period*. Recuperado de <http://pathways.nice.org.uk/pathways/antenatal-and-postnatal-mental-health#path-view%3A/pathways/antenatal-and-postnatal-mental-health/identifying-and-assessing-mental-health-problems-in-pregnancy-and-the-postnatal-period.xml&content=view-node%3AAnodes-depression-and-anxiety-disorders>.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2015). *Antenatal and Postpartum Mental Health: Clinical Management and Service Guidance*. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>.
- O'Connor, E., Rossom, R. C., Henninger, M., Groom, H. C. y Burda, B. U. (2016). Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: Evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA: Journal of The American Medical Association*, 315, 388–406.

- O'Hara, M. W., Dennis, C., McCabe, J. E. y Galbally, M. (2015). Evidence-based treatments and pathways to care. En J. Milgrom, A. W. Gemmill, J. Milgrom, y A. W. Gemmill (Eds.), *Identifying perinatal depression and anxiety: Evidence-based practice in screening, psychosocial assessment, and management* (pp. 177–192). Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- O'Hara, M. y McCabe, J. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379–407.
- Previti, G., Pawlby, S., Chowdhury, S., Aguglia, E. y Pariante, C. M. (2014). Neurodevelopmental outcome for offspring of women treated for antenatal depression: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 17, 471–483.
- Rodríguez-Muñoz, M. F., Olivares, M. E., Izquierdo, N., Soto, C. y Le, H. (2016). Prevención de la depresión Perinatal. *Clínica y Salud*, 27, 97–99.