

**Universidad de Costa Rica**  
**Sistema de Estudios de Posgrado**

Las mujeres con depresión postparto presentan mayor disminución de síntomas depresivos cuando hay intervenciones cognitivas conductuales en comparación con otras intervenciones no cognitiva conductuales.

Tesis sometida a la consideración de la comisión del Programa de Estudios de Posgrado de Psicología Clínica para optar al grado y título de Especialista en Psicología Clínica

Sustentante Licda. Lady González Méndez.

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2018

## **Dedicatoria.**

Este trabajo lo dedico a mis padres Martha Méndez y Marcelo González; a mis hermanos Alexander y Luis Gerardo que me han apoyado y ayudado durante toda mi vida en mis proyectos. A mi sobrina Samantha, mi motivación y quien llenó de alegría mis días cansados.

A mis abuelitos, tíos y primos que son la mejor familia y siempre depositaron toda su confianza en mí y me creyeron capaz de lo que me propusiera. Especialmente a Papá José que me enseñó a no dejar de soñar, que la vida hay que verla con humor y que el rendirse no es una opción, gracias a él hoy existo y soy lo que soy.

A mi novio Francisco Morales quien fue mi compañero incondicional en la residencia, el que luchó conmigo, estuvo de primero para ayudarme en las situaciones más difíciles. Una persona única en mi vida que me ha demostrado su amor con hechos.

Por último y no menos importantes, a mis compañeros de residencia, María José, Marlon, Luis, Nathalia y Verónica, porque son mi otra familia y los llevaré en mi corazón por siempre.

## **Agradecimientos.**

- Primero que nada le agradezco infinitamente a Dios por poner el deseo en mi corazón de estar en la residencia y por brindarme la posibilidad de asumir ese reto. Le agradezco que en este camino dispuso a las personas correctas, para que fueran mis maestros y compañeros.
- Quiero agradecerle a mi familia por el apoyo.
- A mi novio Francisco por estar conmigo en estos dos años sin renunciar a nuestro sueño.
- A mis compañeros de residencia por ser tan maravillosos.
- A los supervisores y profesores que me orientaron y me brindaron una mano para ampliar mis conocimientos.
- A Alfonso Villalobos por brindarme la guía para realizar este proyecto.
- Y cada uno de los pacientes que tuvieron apertura y confianza en mi trabajo. Ellos, me enseñaron las lecciones más grandes de mi vida.

## **Hoja de aprobación**

“Esta Tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrados en Psicología Clínica de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado de Especialista en Psicología Clínica”

---

Dra. Karen Quesada Retana

Coordinadora Nacional

Sistema de Estudios de Posgrado en la Especialidad de Psicología Clínica

---

MSc. Alfonso Villalobos Pérez

Director de Tesis

---

Licda. Lady de los Ángeles González Méndez.

Sustentante.

## Tabla de contenido

|   |     |
|---|-----|
| Resumen.....  | vii |
| Lista de Tablas.....  | iv  |
| Lista de Figuras.....   | x   |
| CAPÍTULO I. Introducción y Justificación.....                                       | 1   |
| 1.1 Introducción.....   | 2   |
| 1.2 Justificación.....  | 4   |
| CAPÍTULO II. Marco teórico.....   | 5   |
| 2.1. Incidencia y Prevalencia.....  | 6   |
| 2.2. Conceptualización de la Depresión Postparto.....                               | 7   |
| 2.3. Diagnóstico de la Depresión Postparto según<br>los manuales diagnósticos ..... | 10  |
| 2.4. Etiología de la Depresión Post parto .....                                     | 15  |
| 2.5. Factores de riesgo en la Depresión Posparto.....                               | 17  |
| 2.6. Implicación de la Depresión Post parto en el bebé.....                         | 19  |
| 2.7. Barreras para acceder al tratamiento en<br>la etapa perinatal. ....            | 22  |
| CAPÍTULO III. Problema y objetivos.....   | 26  |
| 3.1. Problema de investigación.....   | 27  |
| 3.2. Objetivo general.....  | 27  |
| 3.3. Objetivos específicos.....   | 27  |
| CAPÍTULO IV. Metodología.....   | 29  |
| 4.1. Estrategia metodológica.....   | 30  |

|   |    |
|---|----|
| 4.2. Población y muestra.....   | 30 |
| 4.3. Criterios de inclusión y exclusión.....                              | 31 |
| 4.4. Procedimientos para la sistematización y análisis de resultados..... | 32 |
| 4.5. Etapas de búsqueda.....  | 33 |
| CAPÍTULO V. Resultados.....   | 36 |
| 5.1. Resultados Generales.....  | 37 |
| 5.2. Resultados de revisiones sistemáticas.....                           | 38 |
| 5.3. Resultados de estudios controlados.....                              | 41 |
| CAPÍTULO VI. Discusión.....   | 49 |
| 6.1. Discusión.....   | 50 |
| CAPÍTULO VII. Conclusiones y Recomendaciones .....                        | 57 |
| 7.1. Conclusiones.....  | 58 |
| 7.2 Recomendaciones.....  | 61 |
| CAPÍTULO VIII. Referencias bibliográficas.....                            | 63 |
| 8.1. Referencias Bibliográficas.....                                      | 64 |

## **Resumen.**

La depresión posnatal (DPP) es una alteración afectiva que sufren miles de mujeres alrededor del mundo. El periodo posterior al parto es una etapa donde las progenitoras experimentan una serie de cambios biológicos, emocionales, psicológicos y sociales, los cuales las vulnerabilizan para presentar los síntomas depresivos. Asimismo, estas alteraciones no sólo afectan a la madre, pues la evidencia existente sugiere que la DPP, además de ser común, se considera como riesgo sustancial para el desarrollo del niño (Parsons, et al, 2012). Además, genera alteraciones a nivel de pareja y familia afectando la calidad de vida y el bienestar de todos los que rodean a una mujer con esta sintomatología.

Por este motivo, mediante la actual revisión sistemática se pretende analizar la eficacia que tienen las intervenciones psicológicas desde el modelo cognitivo conductual en la reducción de síntomas depresivos de madres después del parto en comparación con otras intervenciones no cognitivas conductuales, ya que se requiere conocer cuáles son los tratamientos con mejores resultados para disminuir estas alteraciones y con esto el impacto que puede generar este trastorno afectivo.

La metodología utilizada recopila los conocimientos más relevantes y recientes asociados al tema propuesto. Por lo tanto, el procedimiento consistió en identificar bases de datos, de las cuales se seleccionaron las investigaciones que más se ajustaban a los requerimientos para alcanzar los objetivos de interés. Después de revisar en cuatro bases de datos: Cochrane, EBSCO, PubMed y Scholar, cinco artículos cumplieron con los criterios de inclusión, estos se revisaron a partir de dos categorías: revisiones sistemáticas/metaanálisis y ensayos controlados. Los resultados encontrados presentan

evidencia que la TCC como tratamiento de la depresión postparto es un método con resultados positivos a nivel individual, grupal, asistido por internet o mediante visitas domiciliarias. Sin embargo, los estudios son limitados y se requieren ampliar. Además, se deben realizar estudios con población costarricense.



## Lista de tablas.

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1. Artículos Seleccionados .....                              | 37 |
| Tabla 2. Resultados de revisiones sistemáticas/ /metaanálisis. .... | 38 |
| Tabla 3. Resultados de ensayos controlados.....                     | 42 |

## Lista de Figuras

|  |    |
|--|----|
| Figura 1. Diagrama de flujo de referencias ..... | 35 |
|--|----|

# **CAPÍTULO I**

## **Introducción y Justificación**

## **1.1. Introducción.**

La depresión postparto (DPP) es una alteración a nivel afectivo que sufren millones de mujeres alrededor del mundo. Esta puede presentarse en diferentes grados e iniciar desde el periodo de embarazo. Se considera que el 80% de las mujeres sufren algún tipo de alteración durante estas etapas, las cuales pueden variar desde molestias leves y transitorias como la tristeza y el llanto, síntomas como la angustia y la dificultad de vincularse con su bebé, hasta situaciones graves como depresión, ansiedad, psicosis e incluso hasta llegar a presentar ideas suicidas (Medina-Serdán, 2013).

Desde luego, la llegada de un hijo genera en la vida de las familias un proceso de adaptación, pero sin lugar a duda, el cambio que experimentan las madres es mayor y se perciben en diferentes áreas, mismas que van desde el aspecto físico, modificaciones a nivel laboral, la rutina diaria o reajustes en la economía. Asimismo, ya no sólo existe un rol de pareja, sino también de padres que viene acompañado de retos, miedos y expectativas. Esta es una etapa que cada quien experimenta desde su perspectiva, donde influyen diversas variables como su historia de vida o el significado personal que se le da a la maternidad y todas las áreas mencionadas anteriormente. Por otra parte, la condición psicosocial, si existen o no redes de apoyo y las características propias de la personalidad, pueden ser factores que determinan en alguna medida después del nacimiento de un hijo, si el ajuste resulta exitoso.

Algunas de las mujeres que presentan DPP, logran su recuperación en pocos meses, sin embargo, el 30% continúan con síntomas y existe un alto riesgo de episodios depresivos (Howard, et al 2014). Es posible que en algunos casos donde se agrave la condición, se deba a que estas pacientes no cuentan con una evaluación, asesoramiento

o la intervención adecuada. En este sentido, Medina-Serdán (2013), explican que si la depresión no es tratada, los síntomas pueden intensificarse o que el problema se convierta en un padecimiento crónico, por lo tanto, el recién nacido, la pareja y la familia, sientan disminuida su calidad de vida.

Por consiguiente, es necesario que como profesionales en psicología conozcamos sobre esta patología, su diagnóstico, etiología, las variables asociadas tanto a factores de riesgo como protectores, y los efectos generados tanto en la madre como en los niños; con el fin de brindar una atención temprana y oportuna, evitando que la alteración afectiva en las progenitoras tenga consecuencias mayores.

Por lo tanto, por responsabilidad profesional y moral que tenemos con nuestros pacientes, se deben identificar y aplicar las intervenciones con mayor evidencia científica para brindarles una atención más segura, con el menor riesgo y con la confianza que los resultados serán positivos. Es por esta razón, en esta revisión se busca conocer la evidencia más reciente disponible en relación con la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual (TCC) en la disminución de los síntomas de la DPP.

## **1.2. Justificación.**

La DPP, es una alteración afectiva que no solamente afecta a la madres, sino que también repercute en el desarrollo neuropsicológico del recién nacido, y tiene sus efectos sobre la relación de pareja. Por lo tanto, se considera que la DPP apunta hacia la familia y por ende a la sociedad en general (Chinchilla, et al, 2013). Por tal razón, la alteración afectiva en este periodo se debe tratar desde su temprana aparición, con métodos adecuados para que los síntomas no alcancen una afectación crónica y con esto disminuir el riesgo de futuros episodios depresivos.

Diferentes estudios señalan, que entre el 10% y el 20% de las mujeres sufren depresión y ansiedad posparto con unos síntomas muy similares a los de cualquier otra depresión. Sin embargo, los resultados muestran diferencias entre la actividad neuronal de las pacientes con DPP y las que presentan otro tipo de trastorno depresivo mayor y no han dado a luz (Pawluski, Lonstein, y Fleming, 2017). Asimismo, influyen otros factores psicosociales y personales. Por lo tanto, no se puede asumir que el tratamiento eficaz para la depresión va a tener los mismos resultados en DPP.

En relación con lo anterior, es que la presente revisión sistemática pretende identificar la evidencia científica de la TCC en esta patología, permitiendo que se pueda aplicar con mayor confianza y asegurando al paciente la calidad de la misma. Por consiguiente, el principal objetivo es conocer efecto que poseen las intervenciones cognitivos conductuales en la reducción de sintomatología depresiva en mujeres con depresión postparto en comparación con otras intervenciones no cognitiva conductuales.

# **CAPÍTULO II**

## **Marco Teórico.**

## **2.1. Incidencia y Prevalencia.**

El periodo postnatal se asocia con una serie de cambios biopsicosociales en la madre, aumentando el riesgo de que aparezca una alteración afectiva. En relación con esto, la evidencia encontrada por Gavin, et al. (2005), sobre la prevalencia e incidencia de la depresión perinatal comparada con tasas de depresión en las mujeres en los períodos sin hijos; sugiere que hay una incidencia superior de depresión en las primeras semanas del postparto, especialmente durante los primeros tres meses. Esta es una fase más sensible porque aumentan una serie de factores que interactúan entre sí que además aumentan la vulnerabilidad de las mujeres para presentar esta sintomatología.

Estos mismos autores, Gavin, et al. (2005), señalan que en los primeros tres meses después del parto, la prevalencia de depresión mayor y menor es del 19,2% y de 6,5% para la depresión mayor. Es posible que esta prevalencia se deba a que, en periodos como el embarazo y el puerperio, las alteraciones bioquímicas, hormonales, psicológicos y sociales generan una mayor fragilidad en la mujer para la aparición de trastornos psíquicos. (Medina-Serdán, 2013).

Por otra parte, diferentes estudios arrojaron datos interesantes (aunque muy heterogéneas e inconcluyentes), que sugieren que la prevalencia en los países en vías de desarrollo es superior si se compara con los países desarrollados (prevalencia >13% en el 78% de los estudios). En este sentido, mientras que en los países con más altos ingresos se determinaron factores de riesgo cómo: la historia de cualquier psicopatología (incluyendo antecedentes de DPP anterior), la falta de apoyo social, la mala relación conyugal o de pareja y los recientes acontecimientos negativos de la vida; en los países con ingresos más bajos, se les suma tasas más altas de pobreza y estrés económico



(Parsons, et al, 2012). Por lo tanto, en regiones con índices de subdesarrollo menor, aumenten factores de riesgo psicosociales. Además, la prevención, el diagnóstico temprano y tratamientos no son tan accesibles como en los países con un índice de progreso y economía superior.

## **2.2. Conceptualización de la depresión.**

El embarazo es una etapa que despierta en los padres mucha ilusión, expectativa, temores, y se convierte en una etapa de ajustes y adaptación. Sin lugar a duda, no es una experiencia que se pueda generalizar. Hay diversos factores que van a determinar cómo es que cada persona percibe este proceso, mismo que para algunos puede ser una situación muy anhelada, planeada y aceptada; mientras que para otros puede ser difícil de aceptar y enfrentar, más si sus recursos emocionales, materiales y sociales son limitados.

Se ha creado, a nivel social, una serie de creencias populares, que han vendido la idea de la maternidad como un periodo donde la mujer alcanza su plenitud y realización. Sin embargo, para muchas mujeres esto se convierte en un mito imposible de lograr. Por el contrario, cuando una mujer no alcanza esta expectativa, se le atribuye a una dificultad en la capacidad para ser madre y se asocia a una falta de fortaleza o determinación para superar los retos representa la maternidad (Medina-Serdán, 2013). Por otra parte, se desconoce que la DPP es una complicación psiquiátrica frecuente en el periodo posnatal y que las conductas o actitudes que se critican o juzgan duramente en estas mujeres, pueden estar asociadas a la sintomatología propia de un cuadro depresivo.

Como se mencionó anteriormente, el periodo postparto es una etapa de cambios hormonales, psicológicos y sociales, que generan una alteración a nivel emocional. En algunos casos las alteraciones afectivas no requieren atención médica o psicológica y se consideran normales, ya que el grado de afectación es menor. Este fenómeno se conoce comúnmente como *Baby Blues* y se describe como una alteración del estado de ánimo, que aparece entre los dos a cuatro días posteriores al parto, con una intensidad y duración variable. Los síntomas son de alivio espontáneos dentro de las dos a tres semanas siguientes al alumbramiento, (Medina-Serdán, 2013). Se podría decir que son manifestaciones propias del proceso de adaptación al nuevo rol que desempeña la mujer.

Específicamente, la DPP es un trastorno psicológico, que se ha definido como un episodio de depresión durante el primer año después del parto, presentando una mayor prevalencia durante los tres primeros meses después del nacimiento del bebé (Howard, et al 2014). La DPP fue descrita por primera vez por Pitt en el año 1968 como una alteración afectiva atípica, ya que se observaba sintomatología ansiosa y reactiva. Aunque posteriormente, los investigadores señalaban que la DPP presenta características similares a otros trastornos depresivos, otros hallazgos han encontrado algunas diferencias en relación con la presencia e intensidad de los síntomas (García-Esteve, Valdés, 2017).

A pesar de que se consideran que los episodios depresivos posnatales comparten las mismas características que trastornos depresivos en otros periodos de la vida, en la DPP puede ser más frecuente observar un curso fluctuante y la labilidad emocional. Asimismo, otra de las particularidades de la DPP son las ideas obsesivas y la culpa, que por lo general giran en torno al recién nacido (Wolff, Valenzuela, Esteffan, y Zapata, 2009). Por

lo tanto, a la hora de explorar la patología, estos síntomas más específicos pueden orientar a realizar un mejor diagnóstico.

En relación con la descripción de los síntomas que caracterizan la DPP, se presenta un resumen de los mismos a continuación (Medina-Serdán, 2013; García- Esteve y Valdés, 2017):

#### **Cuadro 2.2.1. Síntomas usuales de la Depresión postparto.**

-En general, similar a un episodio depresivo en cualquier otro momento del ciclo vital:

- Estado de ánimo deprimido:
- Tristeza o llanto persistentes.
- Disminución del interés o de la capacidad para disfrutar de casi todas las actividades.
- Cambios en los patrones de alimentación y sueño (principalmente insomnio).
- Cansancio o fatiga crónica.
- Ansiedad que puede llegar hasta los ataques de pánico.
- Sentirse abrumada, indefensa e incapaz.
- Irritabilidad.
- Dificultad, reticencia o imposibilidad de buscar ayuda y apoyo para sí misma.

-Mayor agitación psicomotora, indecisión, falta de concentración y memoria.

-El postparto y la relación con el recién nacido tiene una influencia en el contenido de las cogniciones:

-Autodesvalorización y autorreproches, generalmente relacionados a su competencia como madre:

- Dificultad para vincularse con el bebé.
- Sentimientos de ambivalencia hacia el hijo.
- Sobreprotección del menor.
- Dificultades en la lactancia.
- Dificultad y/o imposibilidad de cuidar al recién nacido.

- Pensamientos obsesivos y conductas compulsivas, relacionados con el hijo.
- Pensamientos negativos hacia el bebé, especialmente creer que lo puede dañar. Estos se pueden presentar hasta en un 40% de los casos.
- Sentimientos de culpa.
- Pensamientos de dañarse a sí misma.
- Ideación suicida se presenta menos que en otros episodios.

Medina-Serdán, (2013); García- Esteve y Valdés (2017).

Tal como se aprecia, la DPP presenta una sintomatología diversa y dadas sus potenciales consecuencias e implicaciones en el bienestar de la madre y el bebé, es necesario un correcto abordaje y se debe convertir en una prioridad en los centros de Salud Pública. Asimismo, no sólo desde la intervención, sino que es una patología que brinda la oportunidad de prevención, pues está precedida por un “marcador” definido: el nacimiento de un hijo (Mendoza y Saldivia, 2015).

### **2.3. Diagnóstico de la Depresión según los Manuales Diagnósticos.**

#### ***DSM V.***

En el DSM V no existen criterios específicos para determinar la depresión postparto, sin embargo, se encuentra como uno de los especificadores de los trastornos depresivos. Es decir, tanto en el trastorno depresivo mayor como en el trastorno depresivo persistente (distimia), se encuentra la opción para especificar si los síntomas están dentro del periparto. A continuación, se describen los principales criterios para estas alteraciones del estado de ánimo y se describe el especificador de interés para esta revisión, según el DSM V (American Psychiatric Association, 2014):

### **Cuadro 2.3.1.Trastorno de Depresión Mayor.**

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 (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

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).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. 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).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo 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

Asociación americana de Psiquiatría (2014).

**Cuadro 2.3.2.**

**F34.1.Trastorno depresivo persistente (distimia). 300.4**

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Asociación americana de Psiquiatría (2014).

*Con inicio en el periparto:*

Este especificador se puede aplicar al episodio actual, tanto si es un episodio depresivo mayor o si no cumple los criterios para el mismo. Además, se puede utilizar al episodio de depresión mayor más reciente si el inicio de los síntomas del estado de ánimo se produce durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto.

En relación con lo anterior, en el manual DSM V (American Psychiatric Association, 2014) refiere que entre un 3 y un 6 % de las mujeres experimentará el inicio de una alteración afectiva durante el embarazo, en las semanas o meses que siguen al parto. Asimismo, señalan que el 50 % de los episodios de depresión mayor "posparto" comienza realmente antes del parto. Es por tal razón que estos episodios se nombran de manera colectiva: episodios del periparto.

Además, explican que los estudios prospectivos han demostrado que los síntomas del estado de ánimo y de ansiedad durante el embarazo, así como la tristeza posparto (baby blues), aumentan el riesgo de un episodio de depresión mayor después del parto.

Por otra parte, el DSM V apunta que estos episodios pueden presentar o no características psicóticas, a lo que se asocian casos de infanticidio, en donde se presenta alteraciones a nivel afectivo acompañados por alucinaciones, por ejemplo: voces que ordenan matar al niño o delirios de que el recién nacido está poseído. Los síntomas

psicóticos también pueden aparecer en episodios graves del estado de ánimo posparto sin ser estructurados, con delirios o alucinaciones menos específicas.

### **CIE 10.**

En este manual la categorización del CIE 10, de la depresión posparto se puede especificar desde un trastorno depresivo mayor o en el apartado de trastornos mentales y del comportamiento leves, asociados con el puerperio no clasificados en otro lugar. Los criterios se describen a continuación (Organización Mundial de la Salud, 1992):

|   |
|---|
| <b>Cuadro 2.3.3.</b>  |
| <b>F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x)</b>   |
| A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.  |
| B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. |
| C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.  |
| <b>Codificar el estado del episodio actual o más reciente:</b>  |
| 0 Leve  |
| 1 Moderado  |
| 2 Grave sin síntomas psicóticos   |
| 3 Grave con síntomas psicóticos   |
| 4 En remisión parcial/en remisión total   |
| 9 No especificado   |
| <b>Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):</b>  |
| Crónico   |
| Con síntomas catatónicos  |
| Con síntomas melancólicos   |
| Con síntomas atípicos   |
| De inicio en el posparto  |



**Cuadro 2.3.4.****F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento leves, asociados con el puerperio no clasificados en otro lugar.**

Se clasifican aquí sólo los trastornos mentales que se presentan en el puerperio (con comienzo en las seis semanas posteriores al parto) que no satisfacen las pautas de trastornos clasificados en otra parte de éste tomo, porque la información disponible es insuficiente, o porque la presencia de características clínicas especiales adicionales que hacen inadecuada su clasificación en otra parte.

Depresión posnatal SAI.

Depresión postparto SAI.

Organización Mundial de la Salud (1992).

**2.4. Etiología de la depresión postparto.**

En la DPP, las hipótesis etiopatogénicas que buscan un esclarecimiento para la aparición de los síntomas afectivos, se asocian al modelo general de vulnerabilidad frente al estrés. Este modelo engloba: el parto (estresor neurohormonal e inmunológico) y la transición a la maternidad (estresores psicosociales). García- Esteve y Valdés (2017) a partir de las aportaciones de diversos estudios identifican diferentes vías que generan esta vulnerabilidad, las cuales se especifican a continuación:

*Vulnerabilidad genética:* estos mecanismos se asocian al alelo de alta expresión del gen transportador de la serotonina que se ha asociado con síntomas depresivos, particularmente cuando el precursor de la serotonina, el triptófano se encuentra reducido, como se ha visto que ocurre en el periodo postparto.

*Vulnerabilidad neurohormonal:* este aspecto se refiere a otros factores biológicos que influyen para que se desarrollen síntomas depresivos. Se han logrado determinar una serie de elementos que se consideran relevantes en el desarrollo de una DPP:

- Cambios hormonales propios del embarazo y puerperio: el declive brusco de los niveles de estrógenos que se da durante los primeros 3-4 días después del parto, podría tener un efecto indirecto en los sistemas de neurotransmisión implicados en la depresión como la monoaminoxidasa, serotonina y noradrenalina.
- Alteraciones del eje Hipotálamo- Hipofisiario- Adrenal (HHA): Se ha encontrado que la placenta produce de forma independiente, hormonas como la hormona liberadora de corticotropina (CRH) y el cortisol, que regulan una especie de sistema pre alimentado (feedforward) lo que conduce a la regulación a la baja de los autoreceptores en el hipotálamo y la pituitaria anterior.
- Hipótesis inflamatoria para la depresión postparto: la respuesta inmune de las citoquinas proinflamatorias que acompañan el proceso del parto en interacción con el eje HHA, podría estar en la base de la fisiopatogenia de la depresión postparto.
- Las disfunciones tiroideas posparto y la inhibición de la producción de la melatonina, secundarias a las alteraciones del sueño materno con la presencia de síntomas depresivos.

*Vulnerabilidad cognitiva:* este aspecto se refiere a características de personalidad, estilo cognitivo, estrategias de afrontamiento y recursos de apoyo para la persona; lo cual determina la manera en que las madres experimentan el impacto del proceso perinatal.

Todos estos son elementos que funcionan como determinantes, como exacerbantes o mantenedores de los síntomas depresivos en una mujer con depresión después del parto. Como vemos, conocer las causas de la DPP es un asunto complicado, puesto que son varias las aristas a considerar en esta patología. Por otra parte, no en todas las pacientes las variables que influyeron para el desarrollo del cuadro depresivo van a ser las mismas; en una persona un factor de vulnerabilidad puede tener más peso que para otra, aunque la depresión se presente en el mismo periodo y tenga características clínicas similares.

## **2.5. Factores de riesgo en la depresión postparto.**

Aunque no se encuentra un perfil específico para aquellas madres que padecen de DPP, y cualquier mujer puede llegar a sufrir de esta alteración a nivel afectivo, si hay factores de riesgo que pueden aumentar la vulnerabilidad para que se presente este trastorno. En una revisión sistemática Lorenzo-Veigas y Soto-González (2014), destacan como factores de riesgo la edad materna, los antecedentes personales de depresión y la falta de apoyo social y familiar. Por otro lado, se observó que en algunos estudios analizados los resultados se vieron influidos por factores socioculturales. De igual manera, Chinchilla, et al. (2013) explican que otros factores de riesgo se asocian con la exposición temprana a situaciones estresantes y pertenecer a familias con predisposición hereditaria.

En esta misma línea, Medina-Serdán (2013) realiza una visión biopsicosocial y resumen algunos de estos factores de riesgo para la DPP, los cuales que se describen en el siguiente cuadro:

### Cuadro 2.5.1. Factores de Riesgo en la Depresión Postparto.

|  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Historia pasada de psicopatología (especialmente depresión y ansiedad)</li><li>• Presencia de alteraciones psicológicas durante el embarazo.</li><li>• DPP previa.</li><li>• Complicaciones obstétricas durante el embarazo, el parto o después del mismo (principalmente embarazos de alto riesgo).</li><li>• Embarazo no planeado y/o deseado.</li><li>• Falta de apoyo familiar y/o social.</li><li>• Problemas familiares y/o sociales.</li><li>• Alteración en la función tiroidea.</li><li>• Dificultades en la lactancia.</li><li>• Mala salud del recién nacido.</li><li>• Bebé difícil de cuidar.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Pobre relación marital.</li><li>• Abandono o separación de la pareja.</li><li>• No contar con un compañero.</li><li>• Pareja presente, pero que no proporcione apoyo emocional.</li><li>• Falta de redes de apoyo.</li><li>• Situaciones estresantes.</li><li>• Dificultades económicas.</li><li>• Abuso físico, emocional o sexual en la infancia.</li><li>• Fallecimiento, abandono o separación de un familiar o ser querido.</li><li>• Mala relación con la madre.</li><li>• Antecedente de pérdidas perinatales.</li><li>• Sensibilidad a los cambios hormonales.</li></ul> |
|--|--|

Medina-Serdán (2013).

Asimismo, otra situación especial que puede afectar a las mujeres y que aumenta el riesgo para presentar depresión postparto, se presenta en aquellas ingresadas en unidades de cuidados intensivos, las que han sufrido una pérdida obstétrica o las que han tenido un bebé con una enfermedad médica grave o que ha sido ingresado en la unidad de neonatos (NICE, 2011). Por lo tanto, estas madres requieren especial atención y acompañamiento en este proceso para evitar alteraciones afectivas mayores.

## **2.6. Implicaciones de la depresión postparto en el niño.**

La depresión postparto, es una alteración a nivel afectivo que hace aún más difícil la ardua tarea ser madre. Para una mujer que no presenta depresión, el adaptarse a esta nueva etapa le resulta menos complicado, a pesar de que conlleva sus retos; en comparación con aquellas que, aunado a estos desafíos, las acompañan sentimientos de tristeza, falta de energía, vacío o culpa.

Es de esperar, que cuando una patología con estas características sintomáticas esté presente, limite el bienestar emocional que una persona necesita para cuidar, hablar, jugar, sentir comodidad, y ofrecen el apoyo necesario para el desarrollo apropiado para su hijo (Forman et al. 2007), situación que genera mucha preocupación a los profesionales en salud, ya que la sintomatología tiene secuelas tanto en las madres como en los niños y futuros adultos.

Una situación que agrava lo anterior, es que en muchos casos los síntomas de la depresión no se ven como tales, sino que se atribuyen a la incapacidad de ser madre, creando más culpa, autorreproches, volviéndose en pensamientos que alimentan cada vez más el malestar experimentado (Forman et al. 2007). Aunque las progenitoras no lo hagan de manera consciente y voluntaria, si se genera un declive en la atención del bebé cuando se presentan síntomas afectivos después del parto. Como consecuencias, la depresión puede ir minando la percepción que esta madre tiene de sí misma y además, se van construyendo factores del riesgo en el menor para presentar alteraciones afectivas, relacionales y en su desarrollo neurológico.

Se sabe que la relación con las principales figuras de cuidado de un niño es determinante para su desarrollo óptimo. La satisfacción de las necesidades básicas y emocionales son prioridad en sus primeros años de vida, de lo contrario pueden convertirse en conflictos internos que no son resueltos en otros momentos. En este sentido, los afectos y sus trastornos son centrales a muchas alteraciones psicológicas y cada uno de ellos puede contemplarse en términos del apego; y no sólo es una cuestión de pensamiento o emoción, asimismo el sistema inmunológico psicológico está mediado a través del este (Holmes, 2011).

El primer año de vida de un niño es un periodo altamente sensible, requiriendo una atención mayor en comparación con otras etapas. Cuando una madre presenta DPP, es también un componente que compromete tanto la salud física como la mental del bebé, ya que las madres y los niños suelen pasar una gran cantidad del tiempo juntos, si se compara con otros momentos de la vida. Además, los cambios rápidos y propios de desarrollo emocional y cognitiva en esta primera etapa, hacen que los niños sean especialmente vulnerables a los efectos de la depresión materna (Bagner, Petit, Lewinsohn, y Seeley, 2010).

En relación con la calidad del vínculo y la satisfacción de las necesidades afectivas de los recién nacidos, Webb y Ayers (2015) realizaron una revisión sistemática partiendo de la hipótesis de que las mujeres con problemas psicológicos en periodos prenatales y postnatales como la depresión, pueden tener dificultades para interpretar las emociones de su bebé debido a sesgos cognitivos relacionados con el estado de ánimo. Según estos autores, las alteraciones afectivas pueden llevar a las madres a ser menos sensibles a las necesidades de sus niños, mostrando problemas a la hora de interpretar las

emociones del bebé. Por lo tanto, se ve amenazado el vínculo basado en el apego seguro, y consecuentemente, se pueden presentar alteraciones en el desarrollo del menor.

Los resultados de este estudio fueron positivos y permiten confirmar la hipótesis, ya que sugieren que las madres con depresión y ansiedad son más propensas a identificar las emociones negativas, como la tristeza, mientras que en relación con las emociones agradables como la felicidad en los rostros de los bebés, se observó mayor dificultad. Aún más preocupante, los datos arrojados por esta investigación señalan que estas mujeres pueden desprenderse rápidamente e incluso no percibir expresiones emocionales infantiles tanto positivas como negativas (Webb y Ayers, 2015). En este sentido, se ve afectada la capacidad de la madre para generar empatía, establecer límites, dejar de lado los propios sentimientos para centrarse en los del bebé, lo cual va a determinar la calidad de la interacción entre ambos y por lo tanto, influye sobre el modo en que el bebé llegue a entenderse a sí mismo y su mundo (Holmes, 2011).

Es indiscutible que las consecuencias de la DPP afectan tanto a la madre como al recién nacido, además estos efectos no son pasajeros, sino que implica su posterior desarrollo. El niño puede presentar dificultades al procesar las emociones en los demás y es probable que repercuta en sus relaciones interpersonales, vinculándose de manera deficiente, con el mismo patrón que ha ido modelando a partir de sus experiencias de vida. Si un niño no ha percibido un apego seguro, donde fueron satisfechas todas sus necesidades afectivas, es difícil que lo haga con otras personas debido a que no conoce la manera de hacerlo.

## **2.7. Barreras para acceder al tratamiento en la etapa perinatal.**

Se ha observado que el tratamiento oportuno no es algo que se da en todos los casos de DPP, debido a que no hay una detección temprana de la misma, las propuestas de tratamiento no son tan accesibles y cuando hay un tratamiento disponible, el cumplimiento del mismo no es algo que se puede asegurar.

Además, las mujeres que tienen alteraciones afectivas, se encuentran con otra problemática, los subdiagnósticos que se realizan. Cerca del 50% de los casos se tienden a confundir con otras patologías (Medina-Serdán, 2013). Por lo tanto, el tratamiento no es el acertado y las madres terminan cargando con su sufrimiento en silencio, sin comprender con exactitud qué es lo que les está sucediendo a nivel físico y mental.

La etapa perinatal requiere una atención especial tanto en el tratamiento farmacológico como el psicológico, siendo uno de los principales objetivos en estos procesos buscar mantener el mayor contacto de la madre con el recién nacido o lactante (García- Esteve y Valdés, 2017). Se propone de esta manera para no cortar el vínculo entre ellos, ya que como se ha comentado anteriormente, este es un periodo sensible en la vida del menor (Bagner, Petit, Lewinsohn, y Seeley, 2010); pero al mismo tiempo asegurando que la depresión misma no vaya a generar alteraciones en este contacto entre la madre y el hijo.

Entre las barreras para acceder a tratamiento se encuentran aquellas que implican a las instituciones, a los profesionales y a las pacientes, lo que pone en evidencia que para que se realice una intervención adecuada se deben tomar en cuenta todos estos



aspectos y trabajar en aquellos que se convierten en un obstáculo. En el siguiente cuadro se resumen las barreras para acceder a los tratamientos recopilados por García- Esteve y Valdés (2017) en mujeres con DPP:

**Cuadro 2.7.1.**

| <b>BARRERAS POR PARTE DE LA MUJER.</b>  | <b>BARRERAS POR PARTE DE LOS PROFESIONALES.</b>   |
|---|---|
| <p><b>Falta de información:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escasa información divulgada sobre los trastornos mentales perinatales.</li> <li>• Atribución de los síntomas a causas externas o al postparto.</li> <li>• Desconocimiento sobre dónde o a quién solicitar ayuda.</li> <li>• Desconocimiento sobre la posibilidad de compaginar los tratamientos farmacológicos con la lactancia.</li> </ul> | <p><b>Sistema de funcionamiento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de tiempo y recursos para la evaluación de los síntomas depresivos perinatales.</li> <li>• Dificultad de acceso al asesoramiento externo en salud mental perinatal.</li> <li>• Falta de tiempo para contactar y coordinarse con los servicios adecuados de referencia</li> <li>• Acceso limitado para la derivación de los servicios de salud.</li> </ul>         |
| <p><b>Creencias y actitudes erróneas.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reticencia a aceptar y revelar problemas emocionales tras el nacimiento de un hijo.</li> <li>• Primar el cuidado del lactante sobre la salud mental materna.</li> <li>• Temor a la estigmatización como “mala madre” o a la posibilidad de retirada de los hijos.</li> </ul>   | <p><b>Falta de formación especializada:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de entrenamiento y apoyo.</li> <li>• Desconocimiento de los instrumentos de cribado para la detección de los síntomas depresivos.</li> <li>• Incertidumbre de cómo descifrar la relación entre estresores sociales externos y los síntomas depresivos puerperales.</li> <li>• Conocimiento incompleto sobre los tratamientos para la depresión.</li> </ul> |
| <p><b>Problemas de interacción con los profesionales de salud.</b></p>  |   |

|  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de poca utilidad de la respuesta profesional.</li> <li>• Experiencias previas negativas.</li> <li>• Preocupación sobre la privacidad y confidencialidad.</li> <li>• Reticencia a tomar psicofármacos.</li> </ul>                 |  |
| <p><b>Dificultades de accesibilidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de tiempo.</li> <li>• Priorizar el cuidado de los hijos.</li> <li>• Coste del tratamiento.</li> <li>• Problemas de transporte.</li> <li>• Tiempos de espera para la consulta.</li> </ul> |  |

García- Esteve y Valdés (2017).

Como se aprecia, son diferentes los obstáculos con los que se enfrenta una mujer con DPP para recibir un tratamiento oportuno que le permita disminuir sus síntomas y de esta manera mejorar su calidad de vida, la de su hijo y el resto de su familia. Es por esta razón, tomar en cuenta elementos como: la falta de psicoeducación, la reestructuración de creencias distorsionadas sobre la DPP no sólo a nivel individual, sino también social; pueden ayudar a cambiar la perspectiva de esta patología y favorecer la intervención temprana y adecuada.

Por otra parte, las dificultades de acceso que se presentan en ciertas zonas, déficit de profesiones, la manera en que son atendidas y la falta de especialización en los métodos; son aspectos que requieren ser punto de análisis e intervención en el tratamiento de la DPP, con el fin de reducir los obstáculos para que las mujeres reciban atención, de esta manera disminuir una sintomatología que provoca mucho sufrimiento y confusión en las madres que la padecen y sus familias.

Además, es indispensables que las herramientas de evaluación y tratamiento para la DPP cumplan con evidencia que nos permitan brindar garantía de que los resultados serán favorables para las usuarias. Al mismo tiempo, las intervenciones deben incluir métodos en los cuales las madres se sientan cómodas y que además permitan una mayor adherencia al tratamiento. Por otra parte, los profesionales debemos ser sensibles y empáticos con la problemática que presentan estas mujeres, esto desde nuestro actuar individual e institucional, con el fin de generar políticas y establecer programas especializados que tomen en cuenta las características propias de esta población.

# **CAPÍTULO III**

## **Problema y Objetivos.**

## Problema y Objetivos.

### 3.1 Problema y Objetivos.

Formulación del problema de investigación por medio de preguntas PICO:

|   |  |
|---|--|
| P | Mujeres con depresión postparto.           |
| I | Intervención cognitivo conductual.         |
| C | Intervenciones no cognitivas conductuales. |
| O | Disminución de los síntomas depresivos.    |

Cuadro 3.1.1. Formulación preguntas PICO.

En mujeres con depresión postparto ¿Hay una mayor disminución de síntomas depresivos con intervenciones cognitivos conductuales en comparación con otras intervenciones no cognitivas conductuales?

### 3.2. Objetivo General.

Sistematizar si hay una mayor disminución de síntomas depresivos con intervenciones cognitivos conductuales en comparación con otras intervenciones no cognitivas conductuales

### 3.3. Objetivos Específicos.

1. Conocer la evidencia de intervenciones cognitivo- conductuales en el tratamiento de sintomatología en madres con depresión postparto.

2. Describir las diferentes modalidades de intervención cognitivo conductuales en mujeres con depresión postparto.
3. Comparar el resultado reportado de las intervenciones psicológicas cognitivo conductuales con otras intervenciones no cognitivo conductuales en la mejoría de los síntomas depresivos en mujeres después del parto.

# **CAPÍTULO IV**

## **Metodología.**

#### **4.1. Estrategia metodológica.**

En esta investigación se utilizará la revisión sistemática como método para recopilar los conocimientos más relevantes y recientes en relación con la eficacia del tratamiento cognitivo conductual en mujeres que presentan depresión postparto. La revisión sistemática se lleva a cabo bajo ciertos lineamientos, los cuales se orientan a partir de criterios de inclusión y exclusión para los artículos encontrados en las bases de datos seleccionadas. Estos artículos integran tanto otras revisiones sistemáticas, como ensayos aleatorios sobre el tema de interés.

Tal como señalan González, Urrútia y Alonso-Coello (2011), las revisiones sistemáticas constituyen aquellas investigaciones científicas en las cuales la unidad de análisis son los estudios originales primarios. Estas se convierten en una herramienta para simplificar la información disponible, su validez y las áreas de incertidumbre donde sea necesario realizar más investigación. Además, son la base para la práctica de intervenciones basadas en la evidencia y un instrumento fundamental en la toma de decisiones en las ciencias médicas.

#### **4.2. Población y muestra.**

La población utilizada para realizar la revisión sistemática incluye los artículos de investigación asociados con intervenciones cognitivo conductuales orientadas a la reducción de síntomas depresivos en mujeres después del parto en cuatro bases de datos. La muestra seleccionada se identificó a partir de una revisión exhaustiva de las siguientes bases:

- Cochrane



- EBSCO
- PubMed
- Scholar.

#### **4.3. Criterios de inclusión y de exclusión.**

Los criterios que se describen a continuación permiten definir los parámetros para la selección de los artículos. Este procedimiento se realiza de acuerdo a ciertas características de interés que deben cumplir los estudios para la actual revisión:

##### **Criterios de inclusión los siguientes:**

1. Estudios con acceso a texto completo.
2. El contenido de los artículos debe estar directamente relacionada con tratamientos cognitivos conductuales en mujeres con DPP.
3. Estudios controlados y aleatorizados.
4. Artículos científicos, revisiones sistemáticas o metaanálisis.
5. Publicados entre el 2013 y 2018.
6. Artículos en idiomas español e inglés.

##### **Criterios de exclusión:**

1. Artículos científicos, revisiones sistemáticas o metaanálisis que no sean de acceso completo.
2. Estudios que no trabajen directamente en mujeres con sintomatología de depresión postparto.
3. Artículos no científicos o material divulgado en otras fuentes de información.

4. Artículos científicos, revisiones sistemáticas o metaanálisis que hayan sido publicados antes del 2013.
5. Artículos que no tengan como objetivo reducir la sintomatología depresiva en mujeres con depresión post parto.
6. Propuestas de investigaciones que estén en proceso de revisión.

#### **4.4. Procedimientos para la sistematización y análisis de resultados:**

La presente revisión se realizó a partir de la búsqueda de información utilizando cuatro bases de datos científicas: EBSCO, Scholar, PubMed y Cochrane. Los artículos seleccionados en estas bases de datos fueron aquellos que se encontraron a partir de palabras claves, criterios de inclusión y exclusión y el intervalo de publicación entre los años 2013-2018.

Para identificar la información de interés y alcanzar los objetivos de esta revisión se utilizaron las siguientes palabras claves:

- *Para artículos en español:* depresión postparto, intervención en depresión posrtparto, terapia cognitivo conductual en depresión postparto - revisión sistemática- ensayo controlado.
- *Para las búsquedas de artículos en inglés:* se utilizaron las correspondientes traducciones de dichas palabras: postpartum depression, intervention in postpartum depression, cognitive behavioral therapy in postpartum depression- systematic review, randol control.

#### **4.5. Etapas de búsqueda.**

El procedimiento de búsqueda se llevó a cabo mediante tres etapas durante los meses de mayo y junio del año 2018. En lo que respecta a la primera etapa, se utilizaron combinaciones diferentes de los criterios de búsqueda ya indicados anteriormente, en las cuatro bases de datos: EBSCO, Scholar, PubMed y Cochrane.

La primera búsqueda arrojó 7090 posibles resultados, de los cuales 4395 fueron búsquedas repetidas. Seguidamente, a los 1248 estudios restantes se le aplicaron los distintos criterios de inclusión, a partir de este proceso se obtuvieron 447 posibles objetos de estudio.

Se realizó otro filtro mediante la lectura completa de los títulos de los 447 posibles artículos, de dicho filtraje se descartaron 415 debido a que su contenido no estaba relacionada de manera directa con la temática de interés, con esto se completó la segunda etapa de la revisión sistemática.

Como resultado de la segunda etapa quedaron en total 32 estudios a los cuales, durante una tercera etapa, se efectuó la lectura de los resúmenes de cada una de las investigaciones lo que constituyó otro de los filtros. En este tercer filtro se descartaron:

- Artículos en los que no se implementará intervención psicológica cognitivo conductual.
- Los que no tuvieran por objetivo reducir la sintomatología depresiva.
- Tampoco fueron utilizados artículos elaborados con el objetivo de solamente prevenir la depresión.
- Los que limitaban la intervención únicamente al periodo de embarazo.

- Los que incluían en la depresión postparto otras variables como el VIH.
- No fueron seleccionados aquellos en que la intervención cognitivo conductual estaba combinada con otras intervenciones como Terapia Sistémica o Mindfullnes.
- No se tomaron en cuenta los estudios que si bien tenían una base cognitivo conductual, no eran aplicados por personal especializado o con algún tipo de formación en esta área.

En relación con este tercer filtro, se seleccionaron 5 artículos, entre los cuales están dos son revisiones sistemáticas, un metaanálisis y dos ensayos controlados que cumplieron con todos los criterios de inclusión/exclusión y que serán integrados en el análisis y discusión de resultados.

A continuación, se ilustran las etapas de búsqueda mediante un diagrama de flujo en donde se describe el número de artículos en cada una de las fases.

## DIAGRAMA DE FLUJO DE REFERENCIAS

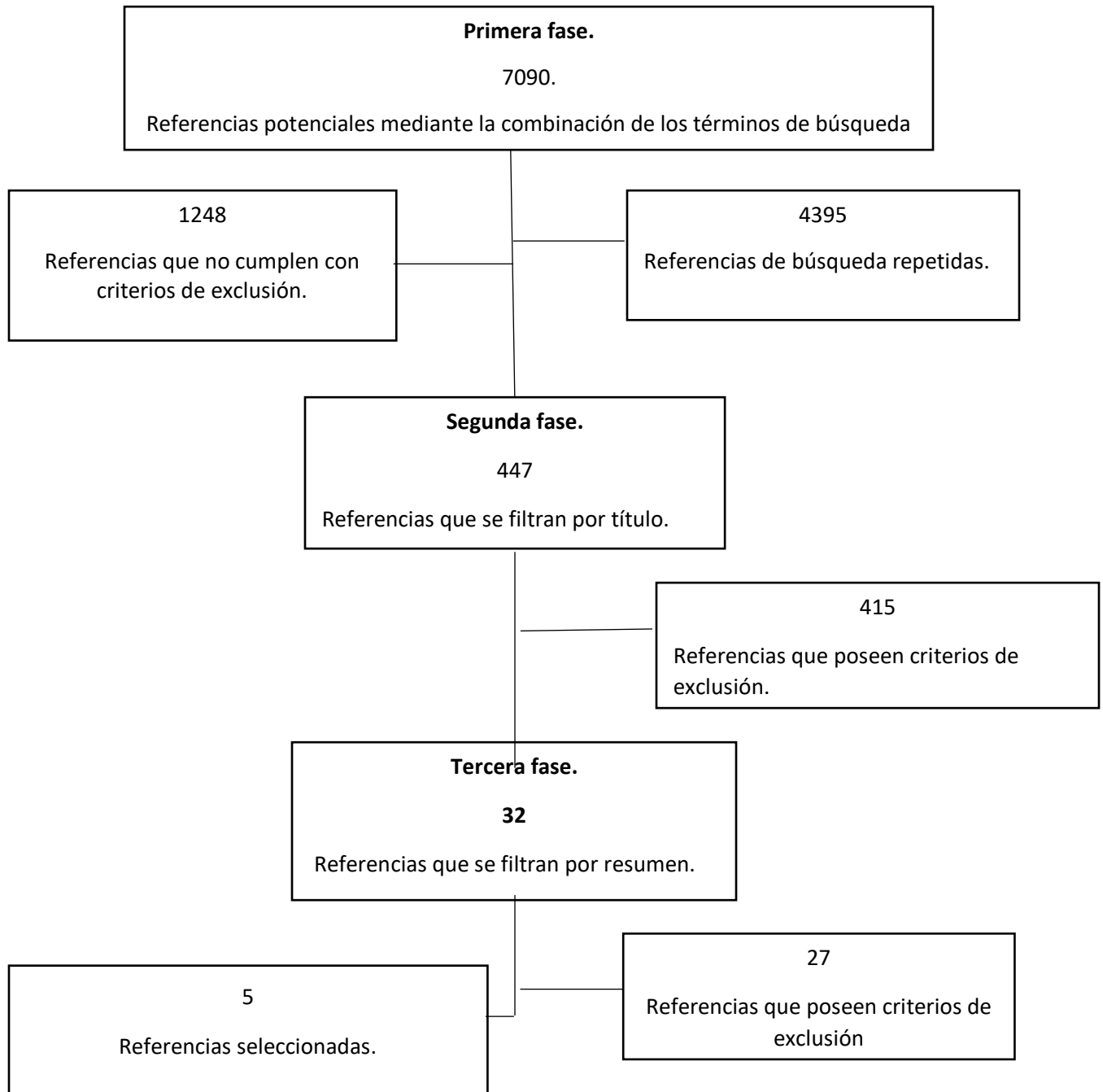


Figura 1: Diagrama de flujo de referencias.

# **CAPÍTULO V**

## **Resultados.**

## 5.1 Resultados Generales.

Utilizando los filtros se lograron detectar 5 artículos que cumplían con los criterios de interés para la temática de la revisión sistemática actual. Estos artículos cumplen tanto con los criterios de inclusión, como de exclusión establecidos para el presente trabajo. En la siguiente tabla se describen los datos más relevantes de los artículos: el nombre del autor o autores, el año de la publicación y el lugar de procedencia.

**Tabla 1. Artículos seleccionados.**

| Nombre del artículo  | Autores  | Año  | País         |
|--|--|------|--------------|
| Is a group cognitive behavior therapy for postnatal depression evidence-based practice? systematic review.                             | Alcance, Leaviss, katenthaler, Parry, Sutcliffe, Bradbrun, y Cantrell. | 2013 | Reino Unido  |
| Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática.                           | Olhaberry, Escobar, San Cristóbal, Santelices y Farkas.                | 2013 | Chile        |
| A Randomised Controlled Trial of Therapist Assisted, Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Women with Maternal Depression. | Pugh, Hadjistavropoulos y Dirkse.                                      | 2016 | Canadá       |
| A Clinical Trial of In-Home CBT for Depressed Mothers in Home Visitation.  | Ammerman, Putnam Altaye, Stevens, Teeters y Van Ginkel.                | 2013 | EE.UU        |
| Effectiveness of Psychological Interventions for Postnatal Depression in Primary Care: A Metaanalysis                                  | Stephens, Ford, Elizabeth Ford, Paudyal y Smith                        | 2016 | Reino Unido. |

En cuanto a los artículos seleccionados para esta revisión, en relación con el idioma, se encontraron cuatro artículos escritos en inglés y mientras que uno de ellos fue escrito en el idioma español.

Además, dos de estos fueron revisiones sistemáticas y un metaanálisis, mismos que constituyen un grupo de análisis, mientras que dos se clasifican como ensayos controlados, conformando otro de los grupos. Por lo tanto, en el siguiente apartado se realizará un análisis de los aspectos más relevantes y de nuestro interés en estos estudios.

## Resultados de Revisiones Sistemáticas/metaanálisis.

**Tabla 2. Resultados Revisiones Sistemáticas/Metaanálisis.**

| <i><b>Autores/ Año</b></i>  | <i><b>Cantidad de estudios.</b></i>   | <i><b>Enfoque de intervenciones</b></i>  | <i><b>Variables trabajadas</b></i>   | <i><b>Conclusiones</b></i>   |
|---|---|--|--|--|
| Alcance, Leaviss, katenthaler, Parry, Sutcliffe, Bradbrun, y Cantrell (2013). | *La búsqueda se realizó en 16 bases de datos.<br>*Siete estudios cumplieron los criterios de inclusión.   | *Terapia grupal cognitivo conductual.<br>*Atención primaria habitual<br>*Listas de espera grupales.  | *Depresión postnatal.  | *La terapia de grupo Cognitiva conductual demostró ser eficaz. Sin embargo la evidencia disponible es limitada.  |
| Olhaberry, Escobar, San Cristóbal, Santelices y Farkas (2013).                | *La búsqueda se llevó a cabo en cinco bases de datos.<br>*27 artículos cumplieron los criterios de inclusión.<br>*Dentro del grupo de estudios revisados:<br>*18 (66.7%) buscaban reducir <b>la depresión materna.</b><br>* 4 (14.8%) buscaban mejorar el vínculo madre-bebé<br>*5 (18.5%) buscaban reducir la depresión materna y favorecer un vínculo positivo simultáneamente. | *Terapia cognitivo conductual.<br>*Terapia interpersonal.<br>*Terapia Psicodinámica breve.<br>*Consejería.<br>*Masajes realizados por la pareja. | * <b>Reducir la depresión materna.</b><br>*Favorecer la calidad del vínculo madre-infante.<br>*Reducir la depresión materna y favorecer un vínculo de calidad madre-infante. | *Los modelos cognitivos conductuales reportan resultados positivos y aparecen como alternativas adecuadas para la reducción de la sintomatología depresiva materna pero no necesariamente para mejorar el vínculo madre - infante. Es el modelo utilizado con mayor frecuencia en las intervenciones exitosas dirigidas a reducir la depresión materna, considerando principalmente modalidades grupales y visitas domiciliarias.<br>*La consejería, la psicoterapia cognitivo conductual y psicodinámica breve se asocian a menores dificultades a la hora del cuidados al bebé.<br>*La terapia grupal con modalidad corporal, la visita domiciliaria y la terapia individual tiene buenos resultados tanto en la mejoría de depresión como en el vínculo.<br>*Sólo la consejería a la madre se asocia a mejoras en sus niveles de sensibilidad y a indicadores |



|  |  |  |                             |   |
|--|--|--|-----------------------------|---|
|  |  |  |                             | <p>emocionales y conductuales positivos en el niño a los 18 meses de edad, siendo necesario desarrollar estudios longitudinales con mediciones a largo plazo en el niño.</p> <p>*La psicoterapia interpersonal individual también es utilizada, reportando resultados favorables en la reducción de la sintomatología depresiva luego de 12 sesiones semanales. Al implementarla desde el embarazo en mujeres con sintomatología depresiva previa, se obtienen efectos positivos en la disminución de la aparición de sintomatología postparto.</p> <p>*Los masajes realizados por la pareja, incrementa el bienestar corporal, reduce dolores musculares frecuentes en los trastornos depresivos al mismo tiempo que mejora el ánimo de la madre pero en el periodo de embarazo. Sin embargo esta es una modalidad de trabajo menos estudiada.</p> |
| <p>Stephens, Ford, Elizabeth Ford, Paudyal y Smith (2016).</p> | <p>*La búsqueda se llevó a cabo en cinco bases de datos para identificar artículos publicados en Inglés entre 2000 y 2014.</p> <p>* 10 estudios cumplieron los criterios de inclusión.</p> <p>* Estos estudios informaron sobre 14 brazos de intervención psicológica:<br/>-7 utilizando la terapia cognitivo conductual,<br/>-2 terapia interpersonal</p> | <p>*Terapia cognitivo conductual.<br/>*Terapia interpersonal.<br/>*Asesoramiento.<br/>*Otras intervenciones.</p> | <p>*Depresión posnatal.</p> | <p>Las intervenciones psicológicas dieron como resultado una menor sintomatología depresiva que el control tanto inmediatamente después del tratamiento (diferencia de medias estandarizada = -0,38; IC del 95%, -0,49 a -0,27) como a los 6 meses de seguimiento (diferencia de medias estandarizada = -0,21; IC del 95% , -0.37 a -0.05). No se encontraron diferencias significativas entre los distintos tipos de terapia. En comparación con el control, las intervenciones también condujeron a mejoras en el ajuste a la paternidad, la relación matrimonial, el apoyo social, el estrés y la ansiedad.</p>  |

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | -2, utilizando el asesoramiento<br>-3 utilizaron otras intervenciones |  |  |  |
|--|---|--|--|--|

Las revisiones sistemáticas que se identificaron tienen como objetivo conocer la evidencia del modelo Cognitivo Conductual en la disminución de síntomas depresivos posterior al parto. Además, en estos estudios se mencionan diferentes intervenciones que en menor a mayor medida presentan evidencia. Observando en detalle el modelo que nos interesa, de manera general se demuestran que la TCC tiene un efecto positivo en la mejoría de los síntomas depresivos en las madres.

En relación con las diferentes modalidades de aplicación de la TCC para la disminución de los síntomas de DPP, una revisión sistemática llevada a cabo por los autores Alcance, Leaviss, katenthaler, Parry, Sutcliffe, Bradbrun, y Cantrell, en el año 2013, nos señala que la terapia de grupo genera resultados positivos en mujeres con depresión post parto. No obstante, la evidencia es limitada, por lo que no se puede asegurar que este es un método más efectivo que la terapia individual. Además, algunos de los estudios que se incluyeron presentan una calidad baja, es decir, la selección de las muestras utilizadas no fue de manera aleatoria, por lo tanto, existe un riesgo de que se presenten sesgos.

Aunque en la modalidad de grupos se aprecia que también desde otros modelos han tenido buenos resultados, solos o combinados; el modelo cognitivo conductual es el que se utiliza con mayor frecuencia en la intervención grupal y así como en la visita domiciliaria.

Otra revisión, también en el años 2013 realizada por Olhaberry, Escobar, San Cristóbal, Santelices y Farkas, evidencia que las intervenciones cognitivos conductuales tienen resultados positivos en la disminución de los síntomas en la DPP y se considera un modelo bien establecido para este trastorno tanto aplicada a nivel individual como en grupo. Asimismo, una vez más queda documentado que es el utilizado con mayor frecuencia.

Esta revisión también señala que terapia interpersonal han mostrado buenos resultados, sin embargo, tanto esta como otros modelos diferentes al cognitivo conductual que fueron incluidos en esta revisión, varían en el momento del inicio de tratamiento, ya que algunas no se realizaron solamente en el periodo postparto, sino que fueron implementadas en un proceso continuo desde el embarazo, sobre todo en mujeres que tenían antecedentes de depresión. Como consecuencia, se dificulta una comparación objetiva entre la eficacia de las mismas.

En este mismo estudio Olhaberry, Escobar, San Cristóbal, Santelices y Farkas (2013), se observan como elementos limitadores los instrumentos para determinar la existencia de depresión, ya que no se utilizaron las mismas escalas de evaluación en todos los estudios incluidos. Por lo tanto, no son indicadores homogéneos en todas las investigaciones, lo cual no permite obtener una medición estandarizada. Un aspecto relevante a considerar a la hora de realizar futuras revisiones sistemáticas.

En una metaanálisis, llevado a cabo por Stephens, Ford, Elizabeth Ford, Paudyal y Smith (2016), se aprecia que las intervenciones psicológicas como la TCC y la terapia interpersonal tienen mejores resultados que el grupo de control. No obstante, en este estudio, no se encontraron diferencias que permitan establecer cuál de las dos es la más

eficaz y favorable para disminuir los síntomas de depresión post parto. Ante estos resultados, se debe tomar en cuenta que entre las personas que aplicaron las diferentes terapias había diversos profesionales con distintas formaciones, entre las cuales se encontraban psicólogos, enfermeras, o investigadores privados, condición que pudo interferir en los resultados. Además, la modalidad fue tanto individual como grupal, convirtiéndose en una variable más que no permite una evaluación totalmente objetiva de estas intervenciones o brindar conclusiones precisas.

### Resultados de estudios controlados aleatorios.

**Tabla 3. Resultados Ensayos Aleatorios.**

| <b><i>Autores y años</i></b>             | <b><i>Metodología</i></b>   | <b><i>Resultados</i></b>  | <b><i>Conclusiones</i></b>  |
|--|---|---|---|
| Pugh, Hadjistavropoulos y Dirkse (2016). | <p><b>Objetivo:</b> determinar la eficacia de la terapia asistida por internet desde el modelo cognitivo conductual (TAICBT) para el tratamiento de la DPP.</p> <p><b>Tipo de intervención:</b><br/>Ensayo controlado aleatorizado. La eficacia del tratamiento se investigó al inicio y posteriormente entre las semana 7 a 10 de seguimiento. También se estableció contacto cuatro semanas después de la finalización del tratamiento. La intervención se redujo a 7 módulos del programa original que incluía 12, ya que se removió material que no se usa de manera tradicional para la TCC. Se animó a los participantes a que llevaran un módulo por semana.</p> <p><b>Tipo de tratamiento:</b><br/>Terapia asistida por internet desde el modelo cognitivo conductual (TAICBT).</p> | Los síntomas de la depresión posparto disminuyeron más para los participantes en el grupo TAICBT (reducción media de 6,24 puntos en las EPDS; n = 21 incluidos en los análisis) que para el grupo control (reducción media de 2,42 puntos en las EPDS; n = 20 incluidos en los análisis), estos resultados fueron clínicamente significativos y se mantuvo a cuatro semanas de seguimiento. | Aproximadamente el 20% de los participantes que recibieron TAICBT fueron clasificados como mejorado, mientras que más del 62% se recuperaron. Por otro lado, mientras que el 38% de los participantes asignados al grupo control fueron clasificados como recuperados, más del 50% no mostró cambio fiable. Las puntuaciones de la EPDS recogidas durante el seguimiento tuvieron ganancias estadísticamente significativas y grandes en comparación con las puntuaciones posteriores al tratamiento, $t(14) = 4.13$ , $p < .01$ , $d = 1,10$ , lo que indica que los efectos de la intervención no sólo se mantuvieron, sino |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
|   | <p>Al grupo control de lista de espera, se les proporcionó un folleto informativo que incluía psicoeducación en PPD y sitios web para acceder a los servicios de apoyo de salud mental provinciales.</p> <p><b>Variables:</b><br/> *Depresión post parto.<br/> *Estrés de los padres.<br/> *Calidad de vida del medio ambiente y psicológica.</p> <p><b>Muestra:</b><br/> Cincuenta mujeres que dieron a luz a un bebé en el último año, que anotó por encima de 10 en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS).<br/> *n=25 fueron legibles para la intervención y n=25 para el grupo control de la lista de espera.<br/> *Se retiraron n=3 durante el proceso y n=6 que terminaron en un periodo antes del tiempo y fueron incluidos en los análisis.</p> <p><b>Tipo de medición:</b><br/> <i>Primaria:</i><br/> *Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS).<br/> <i>Secundaria:</i><br/> * Formu. Escala Corta de Ansiedad, Estrés y Depresión (DASS).<br/> * Cuestionario de la Alianza Terapéutica (TAQ).</p> |   | <p>también que los participantes TA-ICBT siguió mejorando.</p>   |
| <p>Ammerman, Putnam Altaye, Stevens, Teeters y Van Ginkel (2013).</p> | <p><b>Objetivo:</b> examinar la eficacia de la intervención cognitivo conductual en visitas domiciliarias (IH-TCC) en madres que presentaban depresión.</p> <p><b>Tipo de intervención:</b> ensayo clínico aleatorizado.</p> <p>La depresión se midió en el pretratamiento, en el postratamiento y a los 3 meses de seguimiento a través de entrevistas, notas clínicas, y auto-informe.</p> <p><b>Tipo de tratamiento:</b> intervención cognitivo conductual en visitas domiciliarias (IH-TCC).</p> <p><b>Variable:</b> depresión materna.</p>   | <p>En el grupo de madres que reciben IH-TCC mostraron mejoras en todos los indicadores de la depresión con respecto al grupo que recibió visita domiciliar estándar, además los resultados se positivos se mantuvieron durante el seguimiento.</p> <p>Las madres que reciben IH-TCC reportaron menores niveles de depresión de auto-reporte, recibieron puntuaciones inferior</p> | <p>Estos hallazgos sugieren que la IH-TCC es un tratamiento eficaz para las madres deprimidas en los programas de visita al hogar.</p> |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  | <p><b>Muestra:</b> el estudio se realizó con 93 madres con trastorno depresivo mayor identificado a los tres meses después del parto, quienes fueron distribuidas aleatoriamente en dos grupos (n= 47 con IH-TCC) y el otro grupo (n= 46 con visitas domiciliar estándar).</p> <p><b>Tipo de medición:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos DSM-IV Axis I (SCID-I).</li> <li>*Escala de evaluación de la depresión de Hamilton (HDRS).</li> <li>*Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS).</li> <li>*Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-I).</li> <li>*Evaluación global de la Escala de Funcionamiento (GAF).</li> <li>*Formulario de seguimiento fuera de Tratamiento (OTTF).</li> </ul> | <p>clínico de severidad depresiva, y demostraron un aumento de funcionamiento general en el tiempo con relación a los del grupo de visita domiciliar estándar en el postratamiento y el seguimiento.</p> <p>*El 70,7% de las madres que recibieron IH-CBT en el postratamiento ya no cumplían los criterios para un trastorno depresivo mayor en comparación con 30,2% en el grupo que se trató con visita domiciliar estándar.</p> |  |
|--|--|---|--|

En relación con los estudios controlados, como se mencionó anteriormente, dos cumplieron los criterios de inclusión que se expusieron para la revisión actual y son los que se analizarán a continuación:

En uno de los estudios de ensayo controlado realizado por Pugh, Hadjistavropoulos y Dirkse (2016), no sólo se muestra la eficacia de la TCC en la reducción de los síntomas de DPP, sino que esta se presenta en una modalidad diferente de aplicación, mediante la Terapia Asistida por Internet (TAICBT). Esta estrategia es comparada con la psicoeducación brindada al grupo de espera, evidenciando que la TAICBT tiene mejores resultados, los cuales fueron mantenidos 6 meses después.

Entre las ventajas que se presentaron en la TAICBT, se observó una significativa adherencia al programa, en promedio 5,92 de los siete módulos (60% de completado todo el programa). Otra de las aristas positivas, fue la percepción que brindaron las

participantes, la mayoría de las mujeres expresó que el TA-ICBT son programas flexibles, accesibles, convenientes, y les daba una mayor sensación de anonimato y privacidad. Sin embargo, este ensayo controlado presentó limitaciones debido a que la muestra era pequeña y además los resultados a los seis meses no se realizaron mediante una comparación de grupos en el seguimiento.

Putnam Altaye, Stevens, Teeters y Van Ginkel (2013) son los autores del último de los ensayos seleccionados. En esta ocasión, se realiza a partir de la aplicación de TCC en depresión postnatal a partir de visitas al hogar (IH-TCC). Para realizar este estudio, partieron de la evidencia existente, puesto que la depresión en las madres ha sido un factor que se detecta en las pacientes cuando se realiza visitas domiciliarias. No obstante, no siempre reciben un tratamiento apropiado y la visita ordinaria no ha mostrado beneficios. Es por tal razón, que esta investigación pretendía demostrar que utilizando TCC en las vistas a las madres que cumplen criterios para esta patología, se podría mejorar su sintomatología.

Efectivamente, al hacer la comparación de las intervenciones en visita domiciliaria utilizando TCC con las visitas domiciliarias ordinarias; los resultados del ensayo controlado arrojan que la TCC tiene buenos resultados, convirtiéndose en un programa eficaz tanto después del tratamiento como en el seguimiento a los tres meses.

En este caso, los datos revelados son muy positivos, el 70,7% de las madres que recibieron IH-CBT en el postratamiento ya no cumplían los criterios para un trastorno depresivo mayor en comparación con 30,2% en el grupo que se trató con visita domiciliar estándar. Lo cual, son datos positivos para los investigadores y proporcionó una herramienta que favorece a esta población. Permite ampliar un recurso que ya estaban

utilizando (las visitas al hogar) como un medio de captación para esta patología, ahora también como un método de intervención.

La IH-CBT es una terapia implementada por terapeutas que proporcionan tratamiento concurrente con visitas a los hogares, combinando los principios básicos y las técnicas de la TCC, implementando un conjunto de procedimientos y estrategias que promuevan el compromiso. Además, cuida que los contenidos sean relevantes para las necesidades de las madres, facilitan la entrega en el hogar y fomentan explícitamente una relación de colaboración entre el terapeuta y el visitante a domicilio.

Una de las características particulares de la IH-CBT, es que es un método que debe incluir adaptaciones al contexto, ya que en los hogares es necesario buscar áreas adecuadas para la realización de la terapia pues las viviendas a menudo son pequeños, llenas de gente o descuidadas. Por otra parte, permiten abordar otros temas como los problemas específicos de aislamiento social, las madres con bajos ingresos y problemas psicosociales. En resumen, permite observar e intervenir en un contexto más natural y propio del paciente.

En este ensayo la IH-TCC, fue aplicada por trabajadores sociales con un nivel de maestría. Además, el tratamiento consistió en 15 sesiones que estaban programadas semanalmente y duró 60 minutos. Posteriormente, más de un mes después del tratamiento, se realizó una sesión de refuerzo. Al igual que la terapia asistida por internet, las tasas de conclusión del tratamiento fueron altas y tanto las madres como los visitantes se mostraron satisfechos con la relación de colaboración entre los visitantes y los terapeutas.



Entre las limitaciones más importantes que se identificaron en este ensayo, se encuentran el tamaño de la muestra, siendo relativamente pequeña, lo que limita el análisis. Por otra parte, no se utilizaron medidas de observación, lo que impide conocer los cambios en las habilidades o conductas específicas entre las pacientes. Además, el seguimiento fue a los tres meses y no hubo un seguimiento a largo plazo, como consecuencia no hay datos que demuestren si las ganancias eran sostenibles más allá de ese tiempo, un período en el que riesgo de recaída es alto. Asimismo, el estudio se realizó con madres de bajos recursos económicos, por lo que los resultados pueden no ser generalizables a las progenitoras con una mejor condición socioeconómica.

Por otra parte, aunque la IH-CBT resultó tener resultados positivos, son necesarios más estudios donde se comparen las visitas al hogar desde diferentes enfoques psicológicos para conocer el rendimiento de cada uno.

En relación con los instrumentos de evaluación de ambos ensayos se aprecia que si bien tuvieron instrumentos en común, también hay otros que son distintos por lo que no son métodos 100% homogéneos, situación que dificulta una comparación e integración de los datos encontrados. Los dos ensayos utilizan la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) entre sus mediciones. Sin embargo, en la TAICBT, también fueron implementadas la Escala Corta de Ansiedad, Estrés y Depresión (DASS), Cuestionario de la Alianza Terapéutica (TAQ); mientras que en la IH-TCC utilizaron otros recursos como: Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos DSM-IV Axis I (SCID-I), la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), la Evaluación Global de la Escala de Funcionamiento (GAF) y el Formulario de Seguimiento Fuera de Tratamiento (OTTF).

En términos generales, estos dos ensayos, nos demuestran que la aplicación de la TCC también tiene resultados positivos en modalidades diferentes a las tradicionales y que pueden ser estratégicas a tomar en cuenta en cierta población donde quizás la intervención usual en modalidad grupal e individual son de accesibilidad limitada y se podrían beneficiar de programas como TAICBT y la IH-CBT. Si bien es cierto, aunque los resultados son positivos en los estudios analizados, es necesario realizar investigaciones en nuestro país y las características particulares de nuestra población, para determinar su eficacia. Además, requiere un estudio de los recursos tanto humano como tecnológico disponibles para hacer efectivas este tipo de intervenciones.

# **CAPÍTULO VI**

## **Discusión.**

## 6.1. **Discusión.**

En el estudio actual se realizó mediante una revisión sistemática que incluye artículos publicados a partir del 2013, los cuales tienen como objetivo demostrar la eficacia de la TCC en la disminución de síntomas depresivos en el periodo postparto, comparándolo con diversas intervenciones que no utilizan esta línea de tratamiento.

La TCC es uno de los enfoques más mencionados en los diferentes textos, y es catalogada entre las más eficaces para el tratamiento de una amplia gama de alteraciones psiquiátricas. Uno de los primeros hallazgos identificados en el presente estudio, es que no hay suficientes estudios recientes que logren demostrar la eficacia de este modelo en la intervención de la DPP y lo que se encontraron presentan algunas limitaciones. Se puede hipotetizar que en investigaciones anteriores, se ha demostrado su eficacia, por lo tanto, actualmente no es tan relevante para los investigadores seguir indagando en este modelo desde la intervención individual y tradicional; sin embargo, esto requiere de un análisis profundo para determinar si esto es lo que ha influido. En este sentido, no se localizó un estudio reciente que incluyera únicamente TCC individual, con una muestra de la población actual, que se consideran replicables y comparada con otras intervenciones psicológicas, condiciones que formaban parte de la expectativa al inicio de la búsqueda para la presente revisión sistemática.

Por otra parte, la mayoría de los artículos incluidos, contienen una diversidad de metodologías y métodos de medición heterogéneos e integran variables distintas, así como modalidades de aplicación muy diversas, lo cual dificulta la integración y comparación de los resultados obtenidos. Es por esta razón, es que los estudios fueron divididos en dos grupos: un primer grupo que envuelve las revisiones sistemáticas y

metaanálisis; y un segundo grupo los ensayos controlados. No obstante, a pesar de esta división, aun se dificulta contrastar los resultados entre los estudios seleccionados en cada apartado, ya que tanto las revisiones sistemáticas/metaanálisis y ensayos, son muy diferentes entre sí, en cuanto a población o modalidad de intervención, a pesar que incluían la TCC como terapia base.

Específicamente, en relación con los métodos utilizados para la medición y diagnóstico, además de que no eran métodos homogéneos, es decir que no utilizaron las mismas escalas para determinar los resultados en todos los estudios, tampoco se aplicaron en todos los casos instrumentos de evaluación únicos y especializados para la depresión postparto. Por el contrario, fueron incluidos instrumentos para otros grupos poblacionales, sin tomar en cuenta particularidades propias del cuadro depresivo en este periodo. Como consecuencia, podría generar cierto sesgo en los resultados, ya que la DPP puede ser un fenómeno diferente a la depresión en general, que aunque tengan en común ciertas características, se han encontrado algunas diferencias en relación con la presencia e intensidad de los síntomas (García- Esteve, Valdés, 2017).

Asimismo, en la DPP median procesos biopsicosociales y variables que en definitiva tienen un impacto a nivel emocional y que no siempre se incluyen dentro de los métodos de evaluación y por lo tanto es difícil conocer con exactitud la influencia que tienen en los cuadros depresivos después del parto. Entre estas variables se pueden mencionar: las modificaciones en el estilo de vida, en donde los amigos, las actividades sociales y recreativas pueden experimentar una pausa; la percepción de cambios corporales, los cuales para algunas mujeres pueden ser difíciles de asimilar; modificaciones a nivel

laboral; adaptación a los nuevos roles en la dinámica familiar y de pareja (Medina-Serdán, 2013).

Por otra parte, la mayoría de la población utilizada en los diferentes estudios, tanto los incluidos en las revisiones sistemáticas como en los ensayos, fueron seleccionados de manera aleatoria, aunque en el caso de las revisiones se incluyeron ensayos donde no ocurrió de esta manera e integraron estudios no aleatorios. Por lo tanto, esto afecta la validez y confiabilidad de la evidencia científica que arrojaron estas investigaciones al no asegurar que los grupos son estadísticamente equivalentes. Asimismo, hay diversas condiciones en las muestras de los diferentes estudios, esto en términos de la edad de las participantes, lugar de aplicación, condición psicosocial y elementos culturales, de los cuales no se determina el impacto que tienen sobre las derivaciones finales. Esta condición disminuye la calidad de estas investigaciones y por ende sus resultados.

Además, en el transcurso de recuperación o disminución de los síntomas de la DPP, pueden existir ciertas variables asociadas al contexto en que se desenvuelven estas madres y que podrían ejercer alguna influencia en los resultados, como: la estabilidad laboral o familiar, apoyo social, características de la relación de pareja, antecedentes de depresión, número de hijos de estas madres, entre otros; mismas que deben ser observadas en futuras investigaciones. Todos estos elementos podrían tener una función causal, mantenedora o exacerbante de los síntomas. Por otra parte, algunas de estas condiciones son tanto factores protectores o de riesgo para que el cuadro depresivo se cronifique o se establezca, razón por la cual es necesario conocer el papel que desempeñan en los procesos de recuperación (Lorenzo-Veigas y Soto-González, 2014).

En relación con los datos analizados en las revisiones sistemáticas seleccionadas, se observa que en materia de intervenciones asociadas a la TCC los resultados son positivos y los síntomas en mujeres que presentaban depresión postparto, disminuyen de manera significativa. Además, queda demostrado que la TCC es el modelo más utilizado y el más considerado para realizar los estudios. Por lo tanto, las mujeres que presentan esta sintomatología se verán beneficiadas de utilizar intervenciones como la TCC desde sus diferentes modalidades.

A pesar que las investigaciones encontradas no se relacionan con una comparación directa entre la TCC con otros enfoques psicológicos como la Terapia Gestalt, la Terapia Sistémica, la Psicodinámica, entre otras; y que los escasos resultados identificados en este sentido no son consistentes entre sí en cuanto a la superioridad de la TCC sobre otros modelos de intervención psicológica; si se observa que la aplicación de la TCC genera resultados positivos y que incluso los mismos se mantienen tiempo después de la conclusión del tratamiento, por lo tanto nos da una pauta de intervención con evidencia para esta patología.

Con respecto a la terapia grupal, los datos de las revisiones sistemáticas indican que aunque no hay suficiente evidencia, se considera que la TCC es la más utilizada en esta modalidad y presenta buenos resultados cuando ha sido utilizada. En relación con esto, la terapia de grupo, aunque no se logra conocer si es superior a la individual, si es un medio a considerar para implementarla como abordaje en esta población, debido a que genera una reducción de los síntomas depresivos y a que en poco tiempo se puede tratar a una cantidad más amplia de usuarias con esta problemática. En este sentido, sería importante que se realizara un análisis del costo/ beneficio de este tipo de intervención

en el tratamiento para la DPP en la Caja Costarricense del Seguro Social, ya que puede tener notables resultados positivos con relación a la baja en las listas de espera y una percepción de bienestar en las pacientes a nivel individual.

En cuanto al segundo grupo que queremos analizar, es decir, los ensayos aleatorios, se aprecia que los dos ensayos seleccionados, aunque buscan evidenciar que con la TCC se genera una reducción de los síntomas depresivos después del parto, la modalidad de aplicación que utilizan es diferente a la individual y grupal tradicional. Uno de estos ensayos se realiza mediante Terapia Asistida por Internet (TAICBT) y otra en Vistas Domiciliares (IH-CBT), mostrando ambas resultados positivos. Sin embargo, el grupo de comparación en ambos estudios no son equiparables entre si debido a cuestiones socioculturales y tampoco hay similitud en la modalidad de aplicación aunque ambas utilicen la TCC, lo que dificulta una integración y comparación de resultados.

Además, por las características de las muestras, tampoco se conoce si los resultados en ambos estudios pueden ser generalizables a otras poblaciones. En el caso de la TAICBT, no se puede afirmar con exactitud el nivel académico de las participantes en ese momento y cuál sería la escolaridad básica que deben tener las pacientes para que esta metodología pueda ser eficaz en un país como Costa Rica, dato importante que se debe tomar en cuenta a la hora de recomendar esta modalidad de intervención a las usuarias en caso de que llegara a ser un método factible en nuestro país. Por otra parte, con respecto a la población y muestra utilizada en la IH-TCC, se incluyeron madres de bajos recursos y no toma en cuenta la población con más ingresos económicos; además, en mujeres con una vida laboral activa fuera de casa se presenta una limitante con este tipo de intervención.



Por otra parte, se debe tomar en cuenta que la aplicación de las intervenciones, no son realizadas exclusivamente por psicólogos y son varios los profesionales con distintas formaciones quienes participan en la ejecución de estos planes, lo cual es una variable que puede influir en la estandarización de los métodos utilizados. Además, aunque los colaboradores en estas investigaciones tengan capacitación en TCC, podría ser que el nivel de expertis en la implementación de estas terapias, así como el criterio clínico y otras destrezas no sean iguales a las que pueden desarrollar los profesionales en psicología y esto generar un impacto en los resultados, no obstante, esto es algo que no queda claro en estos estudios.

Sin embargo, cabe rescatar que de estos ensayos controlados el hallazgo más interesante y relevante para nuestro interés, es que además de que las investigaciones demuestran la eficacia de TCC, lo hacen mostrándonos maneras de su aplicación diferentes a las tradicionales en nuestro campo. Permite observar el interés de la comunidad científica para estudiar la TCC desde otros ámbitos de aplicación, con métodos innovadores, los cuales nos pueden brindar una guía para desarrollar nuevos programas en nuestro país. Si bien es cierto, aunque las intervenciones utilizando la tecnología y mediante visita domiciliaria son maneras de hacer terapia en la que no toda la población que presenta depresión postparto tenga acceso; un gran porcentaje de mujeres con estos síntomas si puede llegar a beneficiarse.

Estos estudios nos demuestran que más allá de la psicoterapia individual, podemos ampliar nuestro campo de intervención aprovechando las nuevas tecnologías en problemáticas como lo son la DPP. En este sentido, estas modalidades se pueden volver mecanismos muy valiosos, sobre todo si pensamos en poblaciones con difícil acceso al

centro médico por diferentes motivos. Además, dentro de las ventajas como se observó en los ensayos, las tasas de adherencia a los procesos pueden mostrar una mejoría.

La limitación en nuestro país sería, que en algunas zonas con acceso limitado para servicios médicos, también puede presentarse redes de internet deficientes y carecer de equipos de cómputo; o encontrarse con una carencia de recurso humano capacitado para aplicar la TCC en visita domiciliaria. Por lo tanto, implementar estos programas se convierte un reto para las diferentes instituciones del estado.

Al igual que con las intervenciones asistidas por internet, las vistas a domicilio pueden ser una modalidad que puede brindar a los usuarios recursos más accesibles y con esto, encontrar un medio para mejorar su calidad de vida mediante la disminución de sus síntomas. La visita domiciliaria en nuestro país es un recurso que existe, no específicamente con un fin psicoterapéutico, pero el cual en algunos casos que lo requiera se puede llegar a implementar, tomando en cuenta los resultados positivos que esta puede tener en mujeres con DPP.

# **CAPÍTULO VII**

## **Conclusiones y Recomendaciones**

## 7.1. Conclusiones.

A continuación, se mostraran a manera de resumen los resultados y las conclusiones del análisis que se realizó en la presente revisión sistemática:

- Una parte de los ensayos incluidos en las revisiones sistemáticas no eran aleatorios, utilizan muestras pequeñas y los métodos de evaluación no eran homogéneos. Por lo tanto, la evidencia encontrada en los diferentes estudios puede presentar ciertos sesgos, debido a que la calidad de algunos de estos son de un bajo nivel.
- A pesar de la prevalencia de la DPP en las mujeres, y que el cuadro depresivo en este periodo es una alteración afectiva que perjudica tanto a la madre como al recién nacido y a la familia, situación que requiere un abordaje bien establecido; no se encuentran estudios recientes que permitan establecer la eficacia de la TCC tradicional en la modalidad individual y grupal en esta población, comparándola con otras intervenciones psicológicas como la Terapia Gestalt, Terapia sistémica, psicodinámica, entre otros; que determinen cuál es la que tiene mejores resultados en la disminución de los síntomas depresivos.
- Sin embargo, la TCC se considera el modelo más utilizado y con resultados positivos para el tratamiento en madres con DPP.
- Algunos de estos estudios fueron aplicados desde el embarazo y no conocemos la influencia de variables como la edad, nacionalidad, condición socioeconómica, situación laboral, familiar y situación en la relación de pareja.
- En relación con la intervención grupal, es una modalidad que tiene resultados favorables y que puede ser útil para la implementación de TCC en mujeres con

DPP. Además, puede tener beneficios, ya que reduce tiempo, costos y se puede abarcar a una cantidad mayor de la población. Asimismo, las usuarias pueden percibir apoyo de sus compañeras y experimentar como viven otras personas la depresión después del parto. En esta modalidad de aplicación, el método TCC es la más utilizada, aunque se requiere más evidencia al respecto.

- En los últimos años se observa un interés de la comunidad científica por la aplicación de la TCC en mujeres con síntomas depresivos después del parto desde modalidades no tradicionales, es decir, las investigaciones no se basan solamente en la intervención individual o grupal.
- La terapia asistida por internet (TAICBT) es una nueva herramienta, que se puede utilizar para implementar la TCC y que ha mostrado buenos resultados en la reducción de síntomas depresivos después del parto. Las usuarias que han utilizado este formato se han sentido a gusto y lo consideran una manera fácil para acceder al tratamiento. Además, otras de las ventajas es que ha evidenciado una alta tasa de adherencia al tratamiento.
- Tomando en cuenta lo anterior, la implementación de las nuevas tecnologías en psicología es un instrumento muy valioso. Esta es una modalidad que en nuestro país podría generar buenos resultados, sobre todo en personas que por diversas razones tienen difícil acceso a los servicios de salud. Sin embargo, se desconoce el nivel educativo mínimo que se requiere para esto y si las personas con escolaridad baja pueden presentar dificultad para adaptarse a este método. De igual manera, puede presentarse la limitante que el acceso a la tecnología informática es un recurso que no todas las personas adquieren con facilidad.

- Otra de las modalidades de aplicación de la TCC es la visita domiciliaria (IH-CBT), que al igual que en la TAICBT, puede facilitarle a las pacientes el tratamiento. En este formato, también se encuentran resultados positivos en relación con una alta adherencia y ha mostrado que disminuye los síntomas depresivos después del parto.

## 7.2. Recomendaciones.

- Se propone que en futuras revisiones sistémicas sean incluidos únicamente ensayos aleatorizados, con métodos de evaluación homogéneos y muestras más amplias.
- Es necesario incluir en investigaciones posteriores, muestras de la población costarricense, con las necesidades y variables específicas de esta.
- Realizar estudios recientes sobre la eficacia de la TCC en terapia individual en la disminución de síntomas en madres con depresión posterior al parto.
- Que en nuestro país, se realicen estudios que permitan brindar una mayor evidencia científica, para implementar la TCC desde la modalidad grupal, terapia asistida por internet y terapia en visitas domiciliarias. Esto puede llevar a beneficiar a un número mayor de mujeres con este padecimiento, disminuyendo tiempo y costos para la institución, y su vez favorecer a aquellas usuarias con dificultad para el acceso a los servicios de salud.
- En Costa Rica, la CCSS realiza visitas a domicilio, no necesariamente a mujeres con depresión postparto y tampoco con el objetivo de realizar un proceso psicoterapéutico; sin embargo, es un recurso que está y que es accesible a los funcionarios. En este sentido, no estaría de más analizar la posibilidad de implementar esta metodología en ciertos casos que lo requieran, no sólo en madres con depresión postparto, sino también con otras poblaciones y patologías.
- Asimismo, el uso de nuevas tecnologías también es un medio en el cual la CCSS se está abriendo campo, como es el caso de las consultas en dermatología. Por lo tanto, no está exento que en algún momento se pueda considerar la posibilidad

de implementarlo también con la terapia psicológica. En este sentido, es necesaria la regulación, el establecimiento de las pautas de actuación y las consideraciones éticas desde el Colegio de Profesionales en Psicología, que al día de hoy no se aplican.

- Y para finalizar, los futuros estudios también deben contemplar un tratamiento más integral en depresión, sobre todo en la DPP, ya que en ella podrían estar mediando aspectos biológicos como: procesos inflamatorios y la influencia de la citoquina, alteraciones neurohormonales o disfunciones tiroideas.



# **CAPÍTULO VIII.**

## **Referencias Bibliográficas.**

## BIBLIOGRAFÍA.

- Alcance, A., Leaviss, J., katenthaler, E., Parry, G., Sutcliffe, P., Bradbrun, M., & Cantrell, A. (2013). Is a group cognitive behavior therapy for postnatal depression evidence-based practice? Systematic review. *BioMed Central*. 13:321. doi. 10.1186/1471-244X-13-321.
- American Psychiatric Association (2014) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (DSM-5) 5 Ed. España: Editorial Medica Panamericana.
- Ammerman, R., Putnam, F., Altaye, M., Stevens, J., Teeters, A., & Van Ginkel, J. (2013). A clinical trial of in-home CBT for depressed mothers in home visitation. *Behavior Therapy*, 44(3), 359-372.
- Bagner, D., Petit, J., Lewinsohn, P., & Seeley, J. (2010). Effect of maternal depression on child behavior: *A sensitive period*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 699–707. doi:10. 1016/j.jaac.2010.03.012.
- Chinchilla, N., Peñaranda, Y., Martínez, J., Morales, P., y Jaimes, M. (2013). FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON DEPRESIÓN POSPARTO. *Cuidado y Ocupación Humana*, 1(1). 14-20.
- Forman, D., O'Hara, M., Stuart, S., Gorman, L., Larsen, K., & Coy, K. (2007) Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Dev Psychopathol* 19:585–602.

- García- Esteve, L. y Valdés, M. (2017). *Manual de Psiquiatría Perinatal*. Madrid: EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, S.A. .
- Gavin, N., Gaynes, B., Lohr, K., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5), 1071-1083.
- González, I., Urrútia, G., & Alonso-Coello, P. (2011). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: bases conceptuales e interpretación. *Revista española de cardiología*, 64(8), 688-696.
- Holmes, J. (2011). *Teoría del Apego y Psicoterapia. En busca de la base segura*. España: EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A.
- Howard L., Molyneaux E., Dennis C., Rochat T., Stein A., & Milgrom J. (2014) Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384(9956):1775-88
- Medina-Serdán, E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y reproducción humana*, 27(3), 185-193.
- Lorenzo-Veigas, A., y Soto-González, M. (2014). Factores de riesgo de la depresión postparto. *Fisioterapia*, 36(2), 87-94.
- Mendoza, C., y Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica de Chile*, 143(7), 887-894.
- NICE (2011). Guidelines on Caesarean Section. London: DoH.

- Olhaberry, M., Escobar, M., San Cristóbal, P., Santelices, M., Farkas, C., Rojas, G., y Martínez, V. (2013). Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 31(2), 249-261.
- Organizacion Mundial de la Salud (1992). Cie 10. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: Meditor.
- Parsons, C., Young, K., Rochat, T., Kringelbach, M., & Stein, A. (2012). Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low- and middle-income countries. *British medical bulletin*, 101(1) 57-59.
- Pawluski, J., Lonstein, J., y Fleming, A. (2017). La neurobiología de la ansiedad y la depresión posparto. *Trends in Neurosciences* , 40 (2), 106-120.
- Pugh, N., Hadjistavropoulos, H., & Dirkse, D. (2016). A randomised controlled trial of therapist-assisted, *Internet-delivered cognitive behavior therapy for women with maternal depression*. *PLOS One*, 11(3), e0149186.
- Stephens, S., Ford, E., Paudyal, P., & Smith, H. (2016). Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: a metaanalysis. *The Annals of Family Medicine*, 14(5), 463-472.
- Stein, A., Pearson, R., Goodman, S., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9956), 1800-1819.

Webb, R. & Ayers, S. (2015). Cognitive biases in processing infant emotion by women with depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in pregnancy or after birth: A systematic review. *Cognition and Emotion*, 29(7), pp. 1278-1294. doi: 10.1080/02699931.2014.977849.

Wolff, C., Valenzuela, P., Esteffan, K., y Zapata, D. (2009). Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 74(3), 151-158.