

Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática

Psychological perinatal interventions in maternal depression and mother-child bond: A systematic review

Marcia Olhaberry

Marta Escobar

Pamela San Cristóbal

María Pía Santelices

Chamarrita Farkas

Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

Graciela Rojas

Vania Martínez

Universidad de Chile, Chile

(Rec: 21 de septiembre de 2012 / Acep: 12 de abril de 2013)

Resumen

La depresión perinatal constituye un trastorno de alta prevalencia con repercusiones negativas en la madre y en el bebé. A partir de estos antecedentes se revisa la literatura existente sobre intervenciones psicológicas focalizadas en reducir la depresión y/o favorecer un vínculo madre-infante positivo desde el embarazo hasta los dos años del niño/a. Se consideran 27 estudios publicados entre los años 1996 y 2012, que incluyen grupos experimental y control. Los resultados muestran que un mayor número de intervenciones se focalizan en la depresión perinatal como variable, distinguiendo entre intervenciones en el embarazo y postparto. Un menor número de estudios se dirige a la calidad del vínculo madre-infante y a ambas variables. Las intervenciones reportadas como exitosas, incluyen intervenciones grupales e individuales dirigidas a favorecer la sensibilidad materna y técnicas corporales.

Palabras clave: Intervenciones perinatales, depresión materna, vínculo madre-bebé.

Abstract

Perinatal depression constitutes a high prevalence disorder, with negative repercussions in the mother and the baby. From these precedents, this article reviews different psychological interventions developed to reduce depression and/or to promote a mother-infant bond-quality, from pregnancy to children's second year of life. There are considered 27 studies published between 1996 and 2012, with inclusion of experimental and control groups. Results show that most of the interventions are focused in perinatal depression as a variable, differentiating between interventions during pregnancy and at postpartum. A minor number of studies focused on the mother-baby bond quality and to modify both variables in a simultaneous way. Interventions that were reported to be successful considered group and individual interventions focused on promoting maternal sensitivity and corporal techniques.

Key words: Perinatal interventions, maternal depression, mother-child bond.

Introducción

La depresión constituye un importante problema de salud pública en el mundo, siendo especialmente frecuente en mujeres, en particular, en aquellas de menores ingresos (Araya, Rojas, Fritsch, Acuña y Lewis, 2001). La depresión perinatal se define como aquella que se presenta en la madre durante el embarazo o con posterioridad al parto, constituye una de las complicaciones más comunes, reportando las investigaciones entre 5 y 13% de mujeres con depresión, durante o después del embarazo (Fortner, Pekow, Dole, Markenson, y Chasen-Tabe, 2011). Estas cifras se duplican en los países en vías de desarrollo, observándose diferencias según los criterios diagnósticos utilizados, aumentando al emplear medidas de auto-reporte y disminuyendo al considerar criterios clínicos rigurosos (Rojas et al., 2007).

La depresión perinatal presenta características comunes con la depresión desarrollada en otras etapas de la vida, pero se diferencia en los efectos negativos que este trastorno puede tener en el bebé. Esto constituye una importante diferencia, que alerta sobre la necesidad de tratamiento para este grupo, buscando aliviar a la madre y prevenir psicopatología posterior en el niño/a (Clatworthy, 2011). Algunos síntomas descritos en la depresión perinatal como excesiva irritabilidad, ánimo bajo, labilidad emocional, ansiedad y trastornos del sueño, muchas veces son considerados parte de las vivencias normales durante el embarazo o el post-parto, lo cual dificulta el diagnóstico de la depresión perinatal (Halbreich y Karkun, 2006). Considerando el riesgo que esto implica, resulta interesante destacar que el número de mujeres con depresión postnatal aumenta con el tiempo, es decir, mientras 10% de las mujeres son diagnosticadas con depresión a las 8 semanas del postparto, 22% recibe este mismo diagnóstico a los 12 meses de nacido su bebé (Barlow et al., 2010).

La depresión materna genera consecuencias negativas en el niño/a, ya que el desarrollo neuronal infantil durante el período perinatal, es profundamente afectado por el contexto en el cual el infante se encuentra y por las experiencias cotidianas con su cuidador (Greenspan y Benderly, 1988). En esta línea, los estudios describen secuelas biológicas, psicológicas y sociales de la depresión perinatal en la diada. A nivel biológico, genera niveles elevados de cortisol en el feto por la activación del sistema de respuesta al estrés materno, asociándose esto a problemas de salud en la madre y el niño/a (Meijer et al., 2011). Algunos estudios han demostrado que niveles altos de cortisol salivario en la madre se asocian a una mayor frecuencia de partos prematuros o

post-maduros (Urizar y Muñoz, 2010). Consistentemente con estos antecedentes, los infantes de madres que sufren depresión y ansiedad crónica, también muestran altos niveles de cortisol salivario, lo cual se relaciona con consecuencias negativas a nivel psicológico, como retraso en el desarrollo, problemas de salud mental y déficit cognitivos en las etapas pre-escolar y escolar (Ashman, Dawson, Panagiotides, Yamada, y Wilkinson, 2002).

En relación al riesgo de desarrollar psicopatología posterior, los hijos/as de madres depresivas presentan con mayor frecuencia psicopatología en general y en particular trastornos del ánimo (Downey y Coyne, 1990). Se observan también conductas específicas en bebés de madres depresivas, como mayor frecuencia en el llanto y dificultades para ser calmados, mayor presencia de afectos negativos, y evitación del contacto visual con la madre (Boyd, Zayas y McKee, 2006).

Uno de los factores más afectados por la depresión materna es el apego infantil, definido como el vínculo que establece el bebé con los adultos significativos, que lo lleva a permanecer junto a ellos en el tiempo y espacio y le otorga protección y seguridad (Bowlby, 1988). Para desarrollar un apego seguro el niño/a requiere de un cuidador sensible, que muestre afectos positivos y sincronía en la interacción, no logrando las madres deprimidas desplegar este repertorio (Svanberg Mennet, y Spieker, 2010). Por el contrario, las madres deprimidas reportan sentimientos hostiles y vivencias de estrés en relación al intercambio con sus bebés, así como percepciones negativas en cuanto a las conductas que este presenta (Cornish et al., 2006). Se ha descrito una mayor incidencia de apegos infantiles inseguros en hijos/as de madres deprimidas (Martins y Gaffan, 2000) y se reportan más efectos negativos en el vínculo, mientras más severa y crónica sea la depresión de la madre (McMahon, Barnett, Kowalenko y Tennant, 2006).

Se han identificado diversos factores de riesgo para el desarrollo de depresión perinatal como son la falta del apoyo social, baja autoestima y eventos de vida estresantes (Matthey, Kavanagh, Howie, Barnett y Charles, 2004), pero se destaca como el mejor predictor de depresión pre y post parto, la existencia de episodios depresivos previos en la madre. En esta línea, Cooper y Murray (1995) encontraron que cerca del 50% de las mujeres que sufren depresión postparto, presentan antecedentes de depresiones previas.

Considerando la alta prevalencia de la depresión materna, su asociación con vínculos madre-infante de baja calidad y el mayor riesgo de desarrollar psicopatología en niños/as que nacen y crecen en este contexto, el objetivo de este estudio es revisar la literatura existente sobre intervenciones

psicológicas focalizadas en depresión perinatal y/o vínculo madre-bebé y sus resultados.

Método

Se realiza una revisión sistemática de los estudios que consideran intervenciones psicológicas para reducir la depresión materna y favorecer un vínculo adecuado madre-infante, desde 1996 hasta julio del 2012. Las siguientes bases de datos fueron revisadas: Science Direct, Web of Sciences, PsychINFO, y Pubmed.

Las palabras clave usadas para la revisión fueron:

Prenatal depression intervention*attachment*

*Prenatal depression*attachment*

*Prenatal depression*intervention*

*Postnatal depression*intervention*attachment*

Luego de la revisión inicial a partir de las palabras clave señaladas se obtienen 1420 estudios en las cuatro bases de datos mencionadas y se seleccionaron 87 estudios en inglés o español que reportan resultados de intervenciones

implementadas durante el embarazo y hasta el segundo año de vida del infante. En un segundo análisis se excluyen los estudios que sólo consideran tratamiento farmacológico o acondicionamiento físico, así como aquellos dirigidos a madres con consumo de drogas y/o alcohol, bebés prematuros y a madres adolescentes, obteniéndose un total de 27 programas de intervención que se revisan con mayor profundidad.

Se seleccionan las intervenciones realizadas a madres deprimidas o con sintomatología depresiva y sus bebés en gestación o nacidos. Se consideran 3 tipos de intervenciones, agrupadas de acuerdo a la variable que buscaban modificar:

1) Reducir la depresión materna

2) Favorecer la calidad del vínculo madre-infante.

3) Reducir la depresión materna y favorecer un vínculo madre-infante de calidad

El proceso de selección de los estudios revisados, encontrados en las bases de datos señaladas se reporta en la figura 1, en la que se detalla el número total de artículos, aquellos excluidos por repetición o no cumplimiento de criterios de inclusión y el total seleccionado para posterior análisis.

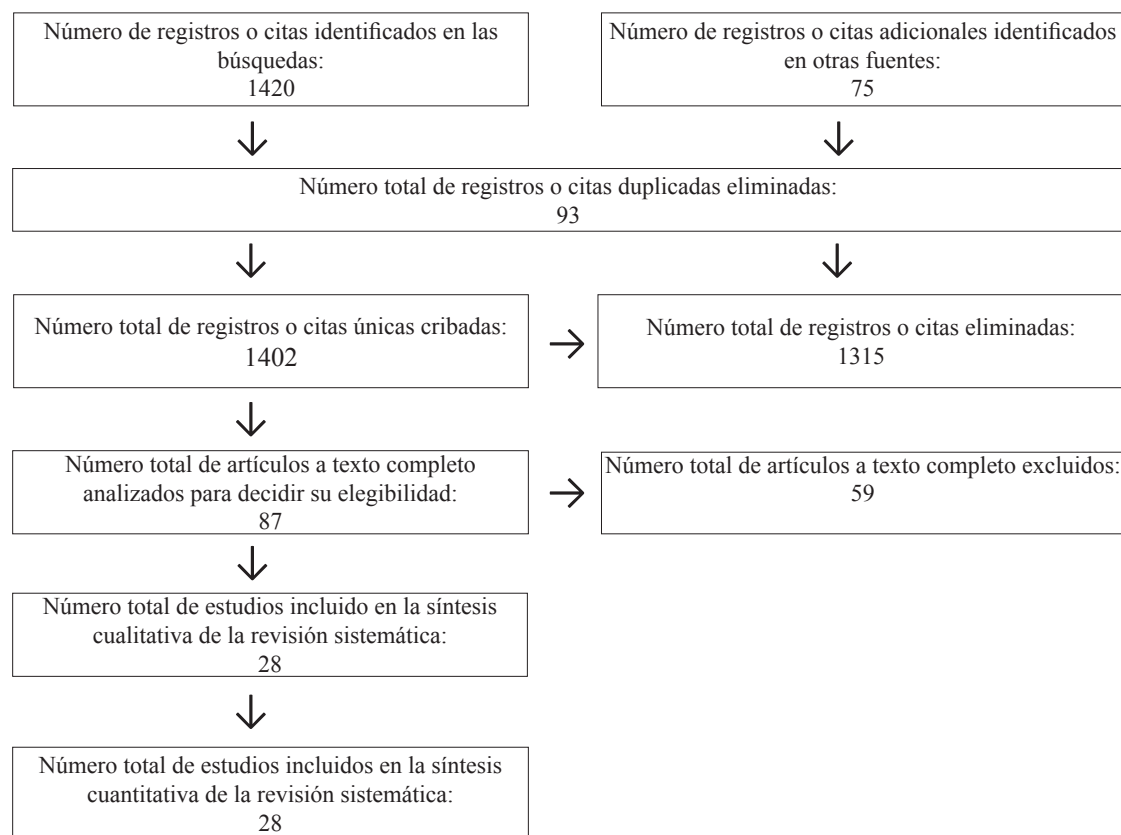


Figura 1. Diagrama de flujo de la información en las distintas fases de la revisión.

Resultados

Considerando los criterios de exclusión e inclusión previamente definidos, se seleccionan 27 estudios, recogiendo la información de mayor relevancia en relación a los objetivos de la revisión. En los antecedentes considerados, se reporta

el país de origen, los autores y el año de publicación del estudio, el tamaño muestral, el momento en que la intervención fue realizada (prenatal o postnatal), las variables sobre las que se buscaba influir y las diferencias encontradas entre el grupo experimental y el grupo control. La información descrita se reporta en la tabla 1.

Tabla 1. *Estudios incluidos en la revisión.*

Autores	País	N	Momento	Variables	Resultados
Austin et al. (2008)	Australia	132	E	D y ansiedad	No hay DS entre GC y GE, mujeres con ansiedad disminuyen síntomas en GE.
Clark et al. (2003)	EEUU	39	PP	D y IM-I, DI	DS entre los 2 GE y GC en reducción de la SD y en mayor afecto positivo madre-infante.
Crockett et al. (2008)	EEUU	36	E	DPP	No hay DS en SD entre GE y GC
Field et al. (2007)	EEUU	47	E	D	DS en D, ánimo, ansiedad, rabia, en GE e impacto positivo en las relaciones.
Field et al. (2009)	EEUU	149	E	DM,SD, conducta neonatal, cortisol	DS entre GE y GC en SD, cortisol y conducta neonatal
Field et al. (2011)	EEUU	84	E	D y parto prematuro	DS en SD y parto prematuro en los dos GE
Gelfand et al. (1996)	EEUU	111	PP	DM y Ajuste madre-niño	DS en D asociadas a mejor ajuste madre-infante.
Ho et al. (2009)	Taiwán	200	PP	DPP	DS en SD materna entre GE y GC
Honey et al. (2002)	UK	45	PP	DM	DS entre GE y GC en SD.
Kalinauskienė et al (2009)	Lituania	54	PP	AM-I, SM, D	DS entre GE y GC sólo en sensibilidad materna
Lara, Navarro y Navarrete (2010)	México	377	E y PP	DPP	Reducción significativa de SD PP en GE y GC
Matthey et al. (2004)	Australia	180	E y PP	Ajuste psicosocial	DS en el ánimo y el sentido de competencia en GE.
Meager y Milgrom (1996)	Australia	20	PP	SD	DS en SD entre GE y GC
Milgrom et al. (2011)	Australia	143	E	DPP y ansiedad	Menos casos de depresión/ansiedad mediana y severa en GE.
Mulcahy et al. (2009)	Australia	50	PP	DM y AM-I	DS en la reducción de la D y en la calidad de la relación madre-infante entre GE y GC.
Muñoz et al. (2007)	EEUU	41	E y PP	D	No hay DS entre GE y GC
Murray et al. (2003)	Inglaterra	193	PP	DPP, AM-I y DI	DS entre los 3 grupos de intervención y tratamiento habitual.
O'Hara, et al. (2000)	EEUU	99	PP	D	DS entre GE y GC en SD.
Onozawa et al. (2001)	UK	25	E y PP	IM-I, SD	GE muestra DS en la calidad de la interacción. GE y GC mejoran en depresión.
Rahman, Malik, Sikander, Roberts y Creed (2008)	Pakistán	903	E	DM	DS en depresión mayor entre GE y GC
Santelices et al. (2010)	Chile	72	E	AI, SD	GE muestra mayor frecuencia de apegos seguros. No se observan DS en SD.
Svanberg et al. (2010)	UK	323	E y PP	AI	DS en sensibilidad maternal y apego seguro infantil en GE.
Tandon, Perry, Mendelson, Kemp y Leis (2011)	EEUU	59	E y PP	DM, SD	DS entre GE y GC en DM y SD
Toth et al. (2006)	EEUU	198	PP	AM-I	DS en frecuencias de apego seguro infantil en el GE
Ugarriza (2004)	EEUU	14	PP	SD	DS en mediciones pre y post en SD en GE
Webster et al. (2003)	Australia	371	E	DPP	No hay DS entre GE y GC
Zlotnick et al. (2006)	EEUU	99	E	SD	No hay DS entre GE y GC, GE menor frecuencia DM

Nota. DPP = Depresión postparto, DM = Depresión mayor, SD = Sintomatología depresiva, A = Ansiedad, D = Depresión, PP = Postparto, E = Embarazo, GC = Grupo Control, GE = Grupo Experimental, AM-I = Apego madre-infante, IM-I = Interacción madre-infante, AI = Apego Infantil, DI = Desarrollo infantil, DS = Diferencias significativas, SM = Sensibilidad materna.

Luego de la segunda selección de los estudios se agrupan según la variable sobre la cual buscaban intervenir, depresión materna, vínculo madre-bebé o ambas (depresión y vínculo). Dentro del grupo de estudios revisados, 18 (66.7%) buscaban reducir la depresión materna, 4 (14.8%) buscaban mejorar el vínculo madre-bebé y 5 (18.5%) buscaban reducir la depresión materna y favorecer un vínculo positivo simultáneamente. Se revisan en los estudios mencionados los criterios de inclusión y exclusión, la descripción específica de las muestras utilizadas, la descripción de la intervención desarrollada y los instrumentos utilizados para medir depresión en las madres y/o vínculo madre - infante.

Estudios dirigidos a reducir la depresión materna

Dentro del grupo de intervenciones enfocadas específicamente en reducir la depresión materna, el estudio de Matthey, Kavanagh, Howie, Barnett, y Charles (2004) implementa una intervención durante el embarazo para prevenir depresión postparto y reducir el estrés materno. La intervención se enfoca en crear un diálogo con los participantes, entregándoles información acerca del proceso de ser padres primerizos y considera los niveles de autoestima en las madres como una variable relevante. El estudio incluye un grupo control que aborda la forma en que los padres juegan con sus bebés y un espacio de conversación sobre la importancia de esta actividad entre padres e hijos/as pequeños. Los resultados del estudio mostraron que las mujeres que mostraban niveles bajos de autoestima, se beneficiaban de la intervención, mejorando su ánimo y aumentando su sensación de competencia. Este estudio destaca la importancia del sentido de competencia para la crianza adecuada del bebé, ligándola a los trastornos del ánimo.

El estudio realizado por Milgrom, Schembri, Ericksen, Ross y Gemmill (2011), desarrolla un programa compuesto por 9 unidades, basado en el modelo cognitivo conductual. Considera un libro de auto-ayuda y apoyo telefónico semanal realizado por psicólogos, para reforzar y discutir los contenidos abordados en cada unidad. Los contenidos revisados consideran maternidad y paternidad, resolución de problemas, pensamientos saludables, cuidados del bebé, equilibrio y bienestar, entre otros. La intervención se realiza durante el embarazo y continúa luego de nacido el bebé, los resultados muestran puntajes significativamente inferiores en depresión, ansiedad y estrés en las madres pertenecientes al grupo experimental.

El modelo cognitivo-conductual es el utilizado con mayor frecuencia en las intervenciones exitosas dirigidas a reducir la depresión materna, considerando principalmente modalidades grupales y visitas domiciliarias (Austin et al., 2008; Lara, Navarro y Navarrete, 2010; Crockett, Zlotnick, Davis, Payne y Washington, 2008; Meager y Milgrom, 1996; Muñoz et al., 2007; Rahman, Malik, Sikander, Roberts y Creed, 2008; Tandon, Perry, Mendelson, Kemp y Leis, 2011; Ugarriza, 2004). Incluyen en sus contenidos la entrega de información sobre depresión perinatal, la promoción de pensamientos positivos, el desarrollo de actividades placenteras, así como la activación de redes de apoyo. Algunos estudios consideran sólo intervenciones educativas y entrega de información sobre depresión postparto a las madres, incluyendo la entrega de trípticos a las madres (Ho et al., 2009; Webster, Linnane, Roberts, Starrenburg, Hinson y Dibley, 2003). Otro estudio que considera el modelo cognitivo conductual y muestra resultados favorables en la reducción de la depresión, complementa la intervención psicoeducativa grupal con visitas domiciliarias realizadas por enfermeras (Honey, Bennet y Morgan, 2002).

Field et al. (2007, 2009 y 2011), tratan la depresión materna a través del uso de masajes terapéuticos en el embarazo considerando distintas variaciones, masajes desarrollados por la pareja, por personas significativas y por un experto. Todas estas intervenciones reportan una mejoría en la sintomatología depresiva de las madres, agregándose en algunas de ellas la reducción del cortisol y una menor frecuencia de partos prematuros y bajo peso en el bebé (Field et al., 2009). Un resultado interesante en la inclusión de la pareja para la realización de masajes, fue la mejora reportada en la relación entre la mujer embarazada y su pareja, lo cual probablemente realiza una contribución positiva al estado de ánimo.

La psicoterapia interpersonal individual también es utilizada reportando resultados favorables en la reducción de la sintomatología depresiva luego de 12 sesiones semanales (O'Hara, Stuart, Gorman y Wenzel, 2000). Al implementarla desde el embarazo en mujeres con sintomatología depresiva previa, se obtienen efectos positivos en la disminución de la aparición de sintomatología postparto (Zlotnick, Miller, Pearlstein, Howard y Sweeney, 2006).

La síntesis de resultados en relación a los estudios que buscaban reducir la depresión materna se presenta en la tabla 2.

Tabla 2. Descripción de la muestra, de las intervenciones, instrumentos y resultados de los estudios dirigidos a reducir la depresión materna.

Estudio	Descripción muestra	Descripción de la intervención	Instrumentos	Resultados
Austin et al. (2008)	Embarazadas con A y D.	Intervención grupal cognitivo conductual.	EDPE, STAI, MINI.	No hay DS entre GE y GC en D y SD.
Crockett et al. (2008)	Embarazadas en riesgo de DPP.	4 Sesiones grupales y 1 individual. Foco: D, estrés y resolución de conflictos interpersonales.	EDPE, PPAQ, PSI, CSQ.	No hay DS entre GE y GC en D, pero mejora vínculo con bebé en PP.
Field et al. (2007)	Embarazadas con D.	Terapia de masaje aplicada por la pareja.	CES-D, STAI, STAXI, VITAS.	GE presentó menor SD.
Field et al. (2009)	Embarazadas con DM.	GE recibe 12 sesiones de masaje, realizado por persona significativa.	DSM-IV, STAXI, CES-D, STAI, E. de Brazelton.	GE muestra menor SD, mejor desempeño en escala de Brazelton, menor cortisol.
Field et al. (2011)	Embarazadas con SD.	Sesiones grupales de yoga y masaje individual.	DSM-IV, CES-D, STAI, STAXI, AS.	GE con DS en D y A.
Ho et al. (2009)	Madres en PP.	Psicoeducación sobre DPP.	EDPE, BDI-II.	Menor SD PP en GE en bebé.
Honey et al. (2002)	Madres y niños de 1 año.	PEG: 8 sesiones semanales de 2 horas.	EDPE.	DS en SD entre GE y GC.
Lara et al. (2010)	Embarazadas.	Intervención grupal. Foco: AE y autocuidado.	DSM-IV, BDI-II, SCL-90.	Disminución SD en GE, sin DS entre GE Y GC.
Matthey et al. (2004)	Madres y padres en el embarazo.	Intervención enfocada en las dificultades y desafíos de ser padres primerizos.	CSEI (AE), EDPE, POMS, CES-D, DIS, SOS, WDW, PSOC-K.	DS en competencia parental entre GE y GC.
Meager y Milgrom (1996)	Madres en PP.	Intervención grupal de 10 sesiones semanales cognitivo conductual.	EDPE, BDI, Inventario de AE, POMS, PSI, DAS.	DS entre GE y GC en SD y en los niveles de tensión, confusión y fatiga.
Milgrom et al. (2011)	Embarazadas en riesgo DPP.	Libro de autoayuda 9 unidades y apoyo telefónico semanal.	EDPE, RAC(riesgo), BDI-II, PSI, DASS.	DS entre GE y GC en N° de casos con D y ansiedad severa.
Muñoz et al. (2007)	Embarazadas en riesgo de D.	Intervención grupal manualizada. Foco: Relajación, embarazo y cuidado infantil.	CES-D, EDPE, DSM-IV.	No hay DS entre GE y GC en D, pero disminuye DM.
O'Hara et al. (2000)	Madres en pareja .	Psicoterapia interpersonal individual por 12 semanas.	BDI, Hamilton-D, SCID.	DS entre GE y GC en SD y mejorar ajuste social materno.
Rahman et al. (2008)	Embarazadas con D.	Visita domiciliaria en E y PP. Foco: pensamientos positivos.	DSM-IV, Escala de Hamilton.	Una mayor prevalencia de DM en el GC.
Tandon et al. (2011)	Embarazadas y diadas M-H.	Visita domiciliaria e intervención grupal cognitivo conductual.	BDI-II, MMS.	Disminuye SD intervención grupal y visita domiciliaria.
Ugarriza (2004)	Madres con DPP.	Intervención grupal. Foco: D, estrés, redes y cogniciones.	BDI-II.	DS en SD medida con BDI-II entre GE y GC.
Webster et al. (2003)	Embarazadas con riesgo de DPP.	Material psicoeducativo y charlas sobre DPP durante E.	MSSS, EDPE.	No hay DS entre GE y GC.
Zlotnick et al. (2006)	Embarazadas con riesgo de DPP.	4 sesiones grupales y 1 individual. Abordan información sobre D, manejo del estrés y resolución de conflictos interpersonales.	BDI, DSM-IV.	No hay DS entre GE y GC, pero GE muestra menor frecuencia de DM PP.

Nota. GE = Grupo experimental, GC = Grupo control, PP = Postparto, E = Embarazo, AM-I = Apego madre-infante, AI = Apego infantil, DPP = Depresión postparto, DM = Depresión mayor, SD = Sintomatología depresiva, A = Ansiedad, D = Depresión, DS = Diferencias significativas, SCID = Entrevista clínica estructurada para DSM-IV, PEG = Brief psycho-educational group, POMS = Profile of mood states, PSI = Parental estrés index, DAS = Dyadic adjustment scale, MSSS = Maternity social support scale, EDPE = Escala de depresión postnatal de Edimburgo, BDI = Cuestionario de depresión de Beck, STAI = *State-Trait Anxiety Inventory for Adults*, PPQ = Postpartum adjustment questionnaire, CSQ = Cooper survey questionnaire, PSI = Parenting stress index, CES-D = Center for epidemiological, studies-depression, STAXI = State anger inventory, VITAS = Leg pain and back pain, DIS = Diagnostic interview schedule SOS = Significant others scale, WDW = Who das what?/Who will do what?, PSOC-K = Parenting sense of competence ascale (item habilidades y conocimientos), MMS = Maternal mood screener, AE = Autoestima, AS = Apoyo social, SCL-90 = Ansiedad.

Estudios dirigidos a favorecer un vínculo positivo madre-bebé

Cuatro de los estudios revisados se enfocaron de manera específica en el apego. El primero utiliza la visita domiciliaria y fue desarrollado por Kalinauskiene, Van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg, Juffer y Kusakovskaja (2009). Esta intervención considera cinco sesiones, las que incluyen la grabación de la interacción madre-bebé y su uso para retroalimentar a la madre, la indagación en relación al comportamiento y funcionamiento cotidiano del bebé y un diálogo con la madre en torno a las conductas de llanto del bebé. Los resultados muestran mejoras en la sensibilidad materna, pero sin diferencias significativas en el patrón de apego infantil entre los grupos experimental y control.

El segundo, desarrollado por Toth, Rogosch, Manly y Cicchetti (2006), consideró madres con un historial de trastorno depresivo mayor e implementó una intervención que buscaba enriquecer la calidad de la relación madre-bebé. Utilizaron una modalidad de intervención llamada “*Todler - Parent Psychotherapy*” (Psicoterapia padres - infante), la cual contempla la incorporación de comentarios del terapeuta sobre lo que observa en la interacción entre la madre y su bebé, desde una actitud empática. De esta manera, el terapeuta ayuda a la madre a reconocer la forma en que sus conductas influyen en el vínculo con su bebé y se relacionan con sus experiencias pasadas y su historia. Los resultados de este estudio mostraron que la intervención utilizada incrementó la seguridad en el apego infantil de manera significativa. Una limitación importante para este estudio es que la madres incluidas contaban con menor número de estresores que los observados en mujeres deprimidas con hijos/as pequeños pertenecientes a población general, ya que las participantes estaban casadas, tenían un alto nivel educacional y un alto nivel de ingresos.

El tercer estudio, orientado a la promoción de apego seguro en el infante considera dos fases, una durante el embarazo y otra luego de nacido el bebé. La primera fase considera una modalidad grupal de seis sesiones semanales y la segunda cuatro sesiones individuales con la madre u su bebé. Las temáticas abordadas en la intervención grupal consideran apego, sentimientos, representaciones y funciones maternas, y la intervención individual considera la observación directa de la interacción madre-infante y la entrega de retroalimentación psicoeducativa a la madre. Si bien los resultados de esta intervención no muestran diferencias significativas entre los grupos experimental y control en el apego y en la sintomatología depresiva materna, se observan un mayor número de bebés con apego

seguro en el grupo que recibe la intervención (Santelices et al., 2010).

El cuarto estudio dirigido a mejorar el vínculo madre-infante fue el desarrollado por Svanberg, Mennet y Spieker (2010), el cual consideró visitas domiciliarias y el uso de video feedback realizando 3 tipos de intervenciones según los niveles de riesgo vincular observados. En las diadas con interacciones adecuadas se retroalimentaban los aspectos positivos de la interacción y en las diadas con algún grado de riesgo se realizaron sesiones semanales con psicólogos especialistas en psicoterapia padres-infante. La intervención con las madres consideraba el desarrollo de la función reflexiva materna, el reconocimiento de la ambivalencia en las emociones, la influencia de la propia historia en la crianza de los hijos/as y el impacto de las separaciones. Los resultados muestran una mejora significativa en la sensibilidad materna, asociada a mayor calidad vincular madre-infante, en el grupo experimental.

La síntesis de resultados en relación a los 4 estudios que buscaban favorecer un vínculo positivo madre - bebé se presentan en la tabla 3.

Estudios dirigidos a reducir la depresión materna y a favorecer un vínculo positivo madre-bebé

De los estudios revisados, se encontraron cinco que se enfocan en el apego y la depresión como variables a modificar. El estudio de Onozawa, Glover, Adams, Modi y Kumar (2001) aborda madres que presentan puntajes por sobre el punto de corte en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPE) a través de masaje infantil y la participación semanal en grupos de apoyo por 5 sesiones, para el desarrollo de estrategias para lidiar con sus dificultades cotidianas. El programa de masaje infantil es monitoreado por un instructor entrenado y certificado, quien guía a las madres en la aplicación de masajes a sus bebés, destacando la lectura de las señales infantiles durante el procedimiento. Esta intervención en particular, mostró una disminución en los puntajes en sintomatología depresiva materna y mejoras en el vínculo madre-bebé con diferencias significativas entre los grupos experimental y control. Una limitación importante de este estudio fue el alto porcentaje de deserción a lo largo de la intervención en masaje, lo cual impidió revisar analizar adecuadamente los efectos específicos de este módulo del programa.

La intervención desarrollada por Gelfand, Teti, Seiner y Jameson (1996), se focaliza en mejorar los niveles de aceptación del bebé y sus características por parte de la madre, así como aumentar la eficacia en el rol materno a

Tabla 3. Descripción de la muestra, de las intervenciones, instrumentos y resultados de los estudios dirigidos a favorecer un vínculo positivo madre-infante.

Estudio	Descripción muestra	Descripción de la intervención	Instrumentos	Resultados
Kalinauskiene et al. (2009)	Madres con baja sensibilidad con el bebé.	Visita domiciliaria, 5 sesiones (4 sólo con madre e hijo, 1 padre y madre), VIPP.	Escala de sensibilidad (Ainsworth), Q sort de Apego, BDI, Escala de Problemas Cotidianos, Cuestionario de eficacia parental.	DS entre GE y GC en sensibilidad materna.
Toth et al. (2006)	Madres con historia de EDM.	Psicoterapia conjunta madre-infante. 45 sesiones promedio, focalizadas en las representaciones maternas y su influencia en la interacción. Busca una experiencia emocional correctiva en la madre.	DIS-III-R; BDI-II; Situación extraña.	DS en frecuencias de apego seguro en GE vs GC.
Santelices et al. (2010)	Embarazadas de NSE medio y bajo atendidas en centros de salud público.	Intervención en dos etapas: 4 sesiones grupales en el E y 4 individuales durante el primer año del bebé. Aborda: sensibilidad materna, representaciones, apego madre-infante.	Situación extraña, CAMIR, OQ-45.2.	GE no muestra diferencias significativas con GC, pero infantes de GE muestran una mayor frecuencia de apegos seguros que GC.
Svanberg et al. (2010)	Diadas madre-bebe clasificadas por nivel de riesgo.	Programa clínico que considera 3 niveles de intervención según riesgo vincular. Utiliza visitas, video feedback y sesiones de psicoterapia dirigidas a incrementar la sensibilidad y la capacidad de mentalización materna.	CARE-Index, EDPE, Situación extraña.	En GE infantes muestran una mayor frecuencia de apegos seguros y las madres mejoran su sensibilidad. No se observan diferencias en SD entre GE y GC.

Nota. GE = Grupo experimental, GC = Grupo control, CI: Criterio de inclusión, CE: Criterio de exclusión, PP = Postparto, E = Embarazo, DS = Diferencias significativas, DPP = Depresión postparto, DM = Depresión mayor, SD = Sintomatología depresiva, EDM: Episodio Depresivo Mayor, DIS = Diagnostic interview Schedule, EDPE = Escala de depresión postnatal de Edimburgo, BDI = Cuestionario de depresión de Beck, NSE = Nivel socioeconómico.

partir de visitas domiciliarias. Junto con estos dos objetivos, también buscaban fomentar interacciones positivas con el bebé a través de intervenciones individuales para abordar las necesidades de cada madre y técnicas de crianza. Los síntomas depresivos disminuyeron después de la intervención, pero no mejoró la sensación de eficacia en el rol de las madres. En cuanto a la calidad del vínculo madre - infante, el apego inseguro fue prevalente en los dos grupos, intervención y control.

Murray, Cooper, Wilson y Romaniuk, (2003), considera en su intervención 4 grupos de mujeres con depresión postparto, 3 que reciben una modalidad de intervención psicoterapéutica y un grupo que recibe los cuidados habituales. La primera modalidad de intervención definida como consejería, se centra en el relato espontáneo de las madres sobre sus dificultades habituales y considera apoyo

del terapeuta para resolverlas, la segunda modalidad es una intervención desde el enfoque cognitivo conductual y la tercera considera una psicoterapia psicodinámica breve. Se evalúan los resultados en relación a la depresión materna, la relación madre-infante y el desarrollo infantil. Los resultados muestran que en todas las modalidades de intervención se observa disminución de la sintomatología depresiva, pero sólo con la intervención psicodinámica se reduce la depresión clínica. En relación al vínculo madre-infante los 3 grupos de intervención muestran diferencias significativas en relación a las dificultades tempranas con el bebé en comparación con el grupo que recibe los cuidados habituales. En el largo plazo, la consejería muestra un mayor incremento de la sensibilidad materna y mejores indicadores emocionales y conductuales en el niño/a a los 18 meses, que la intervención cognitivo conductual y la psicodinámica.

El estudio desarrollado por Clark, Tluczek y Wenzel (2003), focalizado en la reducción de la depresión materna y el vínculo madre-infante considera dos modalidades de intervención comparadas con madres en lista de espera para atención, psicoterapia interpersonal y terapia grupal madre-infante, la que incluye 3 componentes. El primero, una intervención terapéutica grupal para las madres, el segundo, terapia grupal dirigida a potenciar un desarrollo saludable en el infante y el tercero dirigido a incrementar la respuesta sensible materna frente a las señales del niño/a. Los resultados muestran una disminución significativa en los síntomas depresivos maternos así como un aumento de las verbalizaciones y afecto positivo de las madres hacia sus bebés en los dos grupos de intervención.

Mulcahy, Reay, Wilkinson y Owen (2009), consideran una modalidad grupal de intervención basada en la psicoterapia interpersonal, la que se dirige principalmente las relaciones interpersonales del paciente, realizan dos sesiones individuales y ocho semanales. Los resultados muestran mejoras significativas en el grupo intervención en sintomatología depresiva y el vínculo madre-infante.

Los antecedentes de los seis estudios que consideran simultáneamente reducir la depresión materna y favorecer un vínculo positivo entre la madre y su bebé se presentan en la tabla 4.

Análisis y discusión de los resultados

Las investigaciones asocian de manera consistente depresión materna y dificultades en la interacción madre - infante, lo que se refleja en fallas en el ejercicio de una adecuada parentalidad, en baja sensibilidad materna, en mayor hostilidad e intrusividad en el encuentro con el bebé entre otras (Cornish et al., 2006). Las consecuencias de la depresión materna en el niño/a se observan en múltiples ámbitos, a nivel biológico y psicológico (Ashman et al., 2002; Downey y Coyne, 1990; Meijer et al., 2011; Puckering, 2005; Urizar y Muñoz, 2010). Estos antecedentes, han alertado a clínicos e investigadores sobre la necesidad de crear, implementar y evaluar intervenciones psicológicas dirigidas a diadas con antecedentes de depresión materna perinatal, para aliviar los

Tabla 4. Descripción de la muestra, de las intervenciones, instrumentos y resultados de los estudios dirigidos a reducir la depresión materna y a favorecer un vínculo positivo madre-bebé.

Estudio	Descripción muestra	Descripción Intervención	Instrumentos	Resultados
Clark et al. (2003)	Díadas M-I con DPP.	Terapia grupal M-I de 3 componentes. Psicoterapia Interpersonal.	BDI, CES-D, PSI, BSID (Bayley), PCERA.	Terapia grupal madre-infante y Psicoterapia interpersonal muestran cambios significativos en SD y el la frecuencia de afecto y verbalizaciones positivas madre-infante.
Gelfand et al. (1996)	Madres con D.	Visita domiciliaria.	BDI, PSI, Caldwell HOME scale, ISSIQ, Escala de eficacia maternal, MDI.	GE muestra mejor ajuste maternal y menor D. Niños de GE mostraron menor apego evitativo y más apego resistente que GC.
Mulcahy et al. (2009)	Díadas madre-infante.	8 sesiones Intervención grupal, basado IPT-G.	Hamilton-D, BDI-II, EDPE, ISEL, MAI.	DS en SD y calidad vínculo madre-infante entre GE y GC, disminución SD a los 3 meses post tratamiento continúa sólo en GE.
Murray et al. (2003)	Madres con DPP.	3GE psicoterapéuticos: consejería(C), cog-conductual (CC), psicodinámica breve(PB).	EDPE, DSM-III, videos, Situación extraña, Bayley, Lista de problemas conductuales.	C, terapia CC y PB, muestran menos dificultades tempranas con el bebé que GC. C muestra mayor sensibilidad materna e indicadores emocionales y conductuales a los 18m. niño.
Onozawa et al. (2000)	Madres primíparas deprimidas (9 semanas PP).	Masaje de infante y grupo de apoyo (5 sesiones semanales).	EDPE, Interacción videada (Fiori-Cowley y Murray).	Puntajes en SD bajan significativamente en GE y GC, interacción madre/bebe mejora sólo en GE.

Nota. GE = Grupo experimental, GC = Grupo control, CI = Criterio de inclusión, CE = Criterio de exclusión, D = Depresión, DPP = Depresión postparto, SD = Sintomatología depresiva, DS = Diferencias significativas, EDPE: Escala de depresión postnatal de Edimburgo, ISEL: Evaluación de apoyo interpersonal, MAI: Inventario de apego materno, IPT-G: Psicoterapia interpersonal breve grupalVD: Visita Domiciliaria, VIPP: video-feedback intervention to promote positive parenting, PCERA: parent-child early relational interaction., SCID: Entrevista clínica estructurada para diagnóstico, BDI-II = Cuestionario de depresión de Beck, Caldwell HOME scale, ISSIQ = Interview schedule for social interaction, MDI = Mental development index.

síntomas depresivos en algunos casos, mejorar la calidad del vínculo madre-bebé en otros, e intervenir en ambas variables en los programas más ambiciosos.

A través de la literatura en depresión materna, pareciera existir consenso en que hay una asociación entre depresión materna y dificultades en el apego entre la madre y su bebé. Sin embargo, la mayoría de los estudios que muestran intervenciones psicológicas vinculadas a esta problemática, se enfocan en reducir la depresión materna, mientras que un escaso número busca favorecer un vínculo madre-infante seguro y muy pocos desarrollan intervenciones dirigidas a modificar simultáneamente ambas variables (Milgrom, Schembri, Ericksen, Ross, y Gemmill, 2011). Por otro lado, las intervenciones que se han enfocado solamente en tratar la depresión de la madre no han demostrado generar cambios en el apego entre la madre y su bebé (Murray, Cooper, Wilson, y Romaniuk, 2003; Puckering, 2005), lo cual releva la necesidad de trabajar directamente en el apego para generar cambios en esta dimensión.

Los estudios muestran que el tratamiento de la depresión materna no implica necesariamente mejoras en la relación entre la madre y su bebé (Cooper y Murray, 1995), sin embargo, intervenir en el vínculo madre-infante, si se asocia a mejoras significativas en ánimo (Clark, Tluczek y Wenzel, 2003, Gelfand et al., 1996, Mulcahy et al., 2009 y Onozawa, Glover, Adams, Modi, y Kumar, 2001). En este sentido, resulta importante destacar que la mayoría de los estudios revisados que buscan intervenir en el vínculo madre-infante, evalúan depresión y la describen como una variable relevante al momento de comprender los resultados, pero pocos estudios se dirigen específicamente a mejorar la calidad vincular entre madre deprimidas o con antecedentes de depresión y sus bebés.

Por otro lado, los instrumentos utilizados para evaluar depresión materna no son homogéneos entre los distintos estudios, se incluyen escalas de auto reporte en algunos y en otros diagnósticos clínicos, lo que genera dificultades al momento de evaluar los resultados, ya que es sabido que el porcentaje de depresión encontrada con medidas de auto reporte es mayor que el obtenido a partir de evaluaciones clínicas en profundidad (Rojas et al., 2007). Por ejemplo en la intervención desarrollada por Murray et al., (2003), se observan mejoras significativas en depresión en comparación con el grupo control a partir de intervenciones psicoterapéuticas individuales que consideran consejería, modalidad cognitivo conductual y psicodinámica breve, pero sólo con evaluaciones de auto reporte, al aplicarse criterios clínicos para el diagnóstico de depresión, sólo la modalidad psicodinámica muestra cambios favorables significativos.

Los estudios también difieren en el momento elegido para intervenir, dirigiéndose algunos a embarazadas, otros al primer año luego del post parto y en menor número a ambos períodos. Específicamente, las intervenciones que apuntan a reducir la depresión materna se implementan en el pre y en el post parto, no así las intervenciones que se focalizan en el vínculo madre-infante, que sólo consideran diadas con hijos/as nacidos. Este aspecto llama la atención, especialmente considerando que la construcción del vínculo entre la madre y su bebé se inicia en la gestación y no al momento del nacimiento (Stern, 1985). En este sentido, se hace relevante crear intervenciones que consideren la formación temprana del vínculo y se implementen durante el embarazo.

Otra diferencia importante entre los estudios revisados se refiere al tipo de participantes que incluyen, dirigiéndose la mayoría de ellos a las diadas madre-infante en los programas destinados a mejorar el vínculo y a las mujeres y sus parejas en los programas dirigidos a reducir la depresión. Resulta interesante destacar los efectos positivos en la relación de pareja reportados en el estudio de Field et al. (2007), a partir de un programa de masaje en embarazadas, ya que generan beneficios en una variable que muestra ser sensible a la depresión materna, pudiendo las dificultades de pareja empeorarla y, las relaciones de pareja satisfactorias reducirla. Estudios chilenos respaldan esta idea, mostrando que una mala relación de pareja durante el embarazo con el padre del bebé, actuaría como un factor de riesgo para el desarrollo de depresión postparto en la madre (Póo, Espejo, Godoy, Gualda, Hernández y Pérez, 2008).

En términos generales, las intervenciones en depresión materna revisadas que reportan resultados positivos, utilizan modelos cognitivos conductuales, centrados en el rol parental, la autoestima materna, el sentido de competencia, la resolución de problemas y los cuidados del bebé (Matthey et al., 2004; Milgrom et al., 2011). A diferencia de estos dos estudios, Field et al. (2007, 2009, 2011) implementan una intervención en la embarazada a partir de masajes realizados por la pareja, lo que incrementa el bienestar corporal, reduce dolores musculares frecuentes en los trastornos depresivos al mismo tiempo que mejora el ánimo de la madre. Estas intervenciones incorporan una modalidad de trabajo menos estudiada, pero que por sus resultados favorables resulta importante tener en cuenta para el diseño de intervenciones futuras.

Otro aspecto a destacar es el uso de monitoreo y apoyo telefónico utilizado en la intervención de Milgrom et al., (2011), dirigida a reducir la depresión. Constituye un recurso para trabajar con mujeres con problemas de desplazamiento,

para intervenciones con recursos limitados y para asegurar el contacto, considerando además las dificultades en la adherencia a los tratamientos y grupos de apoyo psicológico, reportadas en las intervenciones dirigidas a mujeres depresivas (Henshaw, 2004; Ugarriza, 2004; Whitton, Warner y Appleby, 1996).

Las intervenciones focalizadas en el vínculo madre – infante con resultados favorables, consideran principalmente intervenciones desde un modelo psicodinámico y buscan ligar las experiencias pasadas de la madre y su historia, con el tipo de relación que establece en el presente con su bebé. Otras agregan a la modalidad psicoterapéutica madre - infante visitas domiciliarias y el uso de video feedback, así como estrategias para incrementar la función reflexiva materna (Svanberg et al., 2010).

En los estudios que consideran simultáneamente depresión materna y vínculo madre-bebé se observa una mayor diversidad en el tipo de intervenciones, incluyendo técnicas cognitivo conductuales, psicodinámicas y corporales. Las intervenciones psicodinámicas contribuyen en mayor medida a la mejoría clínica de la depresión materna y la consejería centrada en las dificultades cotidianas de las madres con sus bebés aparece como la mejor metodología de intervención para mejorar la respuesta sensible materna a largo plazo (Murray y Cooper, 1997). Las modalidades de intervención centradas en la eficacia en el rol de la madre, la aceptación del bebé y el manejo de técnicas de crianza sólo disminuyen la sintomatología materna pero no mejoran el vínculo entre la madre y el bebé (Gelfand, Teti, Seiner y Jameson, 1996), alertando sobre la importancia de incluir la historia materna y sus repercusiones en la relación actual con el bebé para intervenir en el vínculo y lograr resultados positivos. Las intervenciones corporales que utilizan masajes, también se asocian a resultados positivos en el vínculo y en la sintomatología depresiva (Onozawa et al., 2001), constituyendo una modalidad importante de incluir al momento de diseñar intervenciones dirigidas a estas dos variables.

Conclusiones

Numerosas intervenciones han sido implementadas para reducir la depresión materna y favorecer un vínculo madre - infante positivo, dando cuenta de la importancia y el creciente interés clínico en estas dimensiones. Los modelos cognitivos conductuales aparecen como alternativas adecuadas para la reducción de la sintomatología depresiva materna pero no necesariamente para mejorar el vínculo madre - infante. En este sentido, las intervenciones

grupales que consideran modalidades corporales que favorecen la conexión con el bebé, las visitas domiciliarias y las intervenciones psicoterapéuticas individuales muestran resultados positivos en la modificación de ambas variables, depresión y vínculo. La consejería, la psicoterapia cognitivo conductual y psicodinámica breve se asocian a menores dificultades en la entrega de cuidados al bebé, pero sólo la consejería a la madre se asocia a mejoras en sus niveles de sensibilidad y a indicadores emocionales y conductuales positivos en el niño/a a los 18 meses de edad, siendo necesario desarrollar estudios longitudinales con mediciones a largo plazo en el niño.

Para investigaciones futuras focalizadas en reducir la depresión materna y favorecer un vínculo madre - infante de calidad, sería importante considerar algunas variables que muestran relevancia en los estudios revisados. Una de ellas corresponde a la evaluación sintomatológica de la depresión en las madres, frecuentemente evaluada en los estudios revisados y otra a la existencia de episodios previos, considerada en menor medida. Tener en cuenta estos aspectos permitiría comprender los resultados de las intervenciones considerando la cronicidad de la depresión en las madres, asociada a un peor pronóstico y mayores dificultades para generar cambios. En este sentido, la disminución o el incremento de la sintomatología depresiva materna post intervención sin considerar la cronicidad, pudiera reflejar de manera incompleta los resultados.

Otro aspecto a considerar es el momento en que las intervenciones se realizan, mostrando los estudios que aquellas que se implementan durante el embarazo, especialmente en mujeres con episodios depresivos previos, pueden cumplir una función preventiva en relación al riesgo de desarrollar una depresión postparto. En esta misma línea, resulta importante que los programas de intervención dirigidos a favorecer un vínculo positivo madre – infante, sean realizados en distintos momentos del período perinatal, embarazo, postparto, y etapas posteriores, ya que permitiría monitorear la evolución de las diadas y brindar apoyo diferencial en etapas con características y necesidades diferentes. Por último, considerar que las modalidades grupales e individuales pudieran complementarse, para brindar apoyo psicoeducativo en el contexto grupal y psicoterapéutico a aquellas mujeres con trastornos depresivos de larga data.

Referencias

- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Acuña, J., y Lewis, J. (2001). Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178, 228-233.

- Ashman, S., Dawson G., Panagiotides, H., Yamada, E., y Wilkins, C. (2002). Stress hormone levels of children of depressed mothers. *Developmental Psychopathology*, 14, 333-349.
- Austin, M., Frilingos, M., Lumley, J., Hadzi-Pavlovic, D., Roncolato, W., Acland, S., Saint, K., Segal, N., y Parker, G. (2008). Brief antenatal cognitive behavior therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 105, 35-44.
- Barlow, J., McMillan, A., Kirkpatrick, S., Ghate, D., Barnes, J., y Smith, M. (2010). Health-let interventions in the early years to enhance infant and maternal mental health: A review of reviews. *Child and Adolescent Mental Health*, 15, 178-185.
- Bowlby, J. (1988). *Una base segura*. Buenos Aires: Paidós.
- Boyd, R., Zayas, L., y Mc Kee, M. (2006). Mother-infant interaction, life events, and prenatal and postpartum depressive symptoms among minority women in primary care. *Maternal and Child Health Journal*, 10, 139-148.
- Clark, R., Tluczek, A., y Wenzel, A. (2003). Psychotherapy for postpartum depression: A preliminary report. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 441-454.
- Clatworthy, J. (2011). The effectiveness of antenatal interventions to prevent postnatal depression in high-risk women. *Journal of Affective Disorders*, 137, 25-34.
- Cooper, P. J., y Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *The British Journal of Psychiatry*, 166, 191-195.
- Cornish, A., McMahon, C., Ungerer, J., Barnett, B., Kowalenko, N., y Tennet, C. (2006). Maternal depression, the experience of parenting in the second postnatal year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24, 121-132.
- Crockett, K., Zlotnick, C., Davis, M., Payne, N., y Washington, R. (2008). A depression preventive intervention for rural low-income African-american pregnant women at risk for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 11, 319-325.
- Downey, G., y Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative view. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.
- Field, T., Figueiredo, B., Hernandez-Reif, M., Diego, M., Deeds, O., y Ascencio, A. (2007). Massage therapy reduces pain in pregnant women, alleviates prenatal depression in both parents, and improves their relationships. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 12, 146-150.
- Field, T., Diego, M., Hernández-Reif, M., Deeds, O., y Figueiredo, B. (2009). Pregnancy massage reduces prematurity, low birthweight and postpartum depression. *Infant Behavior y Development*, 32, 454-460.
- Field, T., Diego, M., Hernández-Reif, M., Medina, L., Delgado, J., y Hernández, A. (2011). Yoga and massage therapy reduce prenatal depression and prematurity. *Journal of Bodywork y Movement Therapy*, 16, 204-209.
- Fortner, R., Pekow, P., Dole, N., Markenson, G., y Chasen-Taber L. (2011). Risk factors for prenatal depressive symptoms among hispanic women. *Maternal and Child Health Journal*, 15, 1287-1295.
- Gelfand, D., Teti, D., Seiner, S., y Jameson, P. (1996). Helping mothers fight depression: Evaluation of a home-based intervention program for depressed mothers and their infants. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 406-422.
- Greenspan, S., y Benderley, B. (1998). *El crecimiento de la mente*. Barcelona, Paidós.
- Halbreich, U., y Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 91, 97-111.
- Henshaw, C. (2004). What do women think about treatments for postnatal depressions. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 8, 170-175.
- Ho, S., Heh, S., Jevitt, C., Huang, L., Fu, Y., y Wang, L. (2009). Effectiveness of a discharge education program in reducing the severity of postpartum depression: A randomized controlled evaluation study. *Patient Education and Counselling*, 77, 68-71.
- Honey, K., Bennett, P., y Morgan, M. (2002). A brief psycho-educational group intervention for postnatal depression. *The British Journal of Clinical Psychology*, 41, 405-409.
- Kalinauskienė, L., Cekuoliene, D., Van Ijzendoorn, M., Bakermans-Kranenburg, M., Juffer, F., y Kusakovskaja, I. (2009). Supporting insensitive mothers: The Vilnius randomized control trial of video-feedback intervention to promote maternal sensitivity and infant attachment security. *Child: Care, Health and Development*, 35, 613-623.
- Lara, M., Navarro, C., y Navarrete, L. (2010). Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: A randomized control trial. *Journal of Affective Disorders*, 122, 109-117.
- Martins, C., y Gaffan, E. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 737-746.
- Matthey, S., Kavanagh, D., Howie, P., Barnett, B., y Charles, M. (2004). Prevention of postnatal distress or depression: An evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. *Journal of Affective Disorders*, 79, 113-126.
- McMahon, C.A., Barnett, B., Kowalenko, N.M. y Tennant, C.C. (2006). Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Discipline*, 47, 660-669.
- Meager, I., y Milgrom, J. (1996). Group treatment for postpartum depression: A pilot study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 852-860.
- Meijer, J., Bockting, C., Beijers, C., Verbeek, T., Stant, D., Ormel, J., Stolk, R., De Jonge, P., Van Pampus, M., y Burger, H. (2011). Pregnancy Outcomes after a Maternity Intervention for Stressful EmotionS (PROMISES): Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 12, 1-8.
- Milgrom, J., Schembri, C., Ericksen, J., Ross, J., y Gemmill, A. (2011). Towards parenthood: An antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *Journal of Affective Disorders*, 130, 385-394.
- Mulcahy, R., Reay, R., Wilkinson, R., y Owen, C. (2009). A randomized control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 13, 125-139.
- Muñoz, R., Le, H., Ippen, C., Díaz, M., Urizar, G., Soto, J., Mendelson, T., Delucchi, K., y Lieberman, A. (2007). Prevention of postpartum depression in low-income women: Development of the Mamás y Bebés/Mothers and Babies Course. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 70-83.
- Murray, L., y Cooper, P. (1997). The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and development. In: Cooper, P. & Murray, L. (Eds.), *Postpartum Depression and Child Development* (pp. 201-220). London: The Guilford Press.
- Murray, L., Cooper, P., Wilson, A., y Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *British Journal of Psychiatry*, 182, 420-427.
- O'Hara, M., Stuart, S., Gorman, L., y Wenzel, A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1039-1045.
- Onozawa, K., Glover, V., Adams, D., Modi, N., y Kumar, R. (2001). Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 63, 201-207.
- Póo, A., Espejo, C., Godoy, C., Gualda, M., Hernández, T., y Pérez, C. (2008). Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puerperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Revista Médica de Chile*, 136, 44-52.
- Puckering, C. (2005). Main the gap! Helping the children of mothers with postnatal depression. *Child: Care, Health and Development*, 31, 7-9.
- Rahman, A., Malik, A., Sikander, S., Roberts, C., y Creed, F. (2008). Cognitive behavior therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: A cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 372, 902-909.
- Rojas, G., Fristsch, R., Solis, J., Jadresic, E., Castillo, C., Gonzalez, M., Guajardo, V., Lewis, G., Peters, T., y Araya, R. (2007). Treatment of postnatal depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: A randomized controlled trial. *The Lancet*, 370, 1629-1637.

- Santelices, M., Guzmán, M., Aracena, M., Farkas, C., Armijo, I., Pérez-Salas, C., y Borghini, A. (2010). Promoting secure attachment: Evaluation of the effectiveness of an early intervention pilot programme with mother-infant dyads in Santiago, Chile. *Child: Care, Health and Development*, 37, 203-2010.
- Stern, D. (1985). *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Svanberg, P., Mennet, L., y Spieker, S. (2010). Promoting a secure attachment: A primary prevention practice model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15, 363-378.
- Tandon, S., Perry, D., Mendelson, T., Kemp, K., y Leis, J. (2011). Preventing perinatal depression in low-income home visiting clients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 707-712.
- Toth, S., Rogosch, F., Manly, J., y Cicchetti, D. (2006). Efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring o mother with major depressive disorder: A randomized preventive trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1006-1016.
- Ugarriza, D. (2004). Group therapy and its barriers for women suffering from postpartum depression. *Archives of Psychiatry Nursing*, 18, 39-48.
- Urizar, G., y Muñoz, R. (2010). Impact of a prenatal cognitive-behavioral stress management intervention on salivary cortisol levels in low-income mothers and their infants. *Psychoendocrinology*, 36, 1480-1494.
- Webster, J., Linnane, J., Roberts, J., Starrenburg, S., Hinson, J., y Dibley, L. (2003). Identify, educate, Alert (IDEA) trial: An intervention to reduce postnatal depression. *BJOG-An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110, 842-846.
- Whitton, A., Warner, R., y Appleby, L. (1996). The pathway to care in post-natal depression: Women's attitudes to post-natal depression and its treatment. *British journal of General Practice*, 46, 427-428.
- Zlotnick, C., Miller, I., Pearlstein, T., Howard, M. y Sweeney, P. (2006). A preventive intervention for pregnant women on public assistance at risk for postpartum depression. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 1443-1445.

