

Intervención psicológica breve para prevenir la depresión posparto: un estudio piloto

Brief Psychological Intervention to Prevent Post-Partum Depression: a Pilot Study

Natalia Valverde¹, Mar Gómez-Gutiérrez¹, Leire Legarra¹, Encarnación Mollejo²

¹Facultad de Psicología, Universidad Complutense, Madrid

²Hospital Universitario Sureste, Madrid

Resumen: La depresión posparto es una de las complicaciones más frecuentes y puede tener efectos adversos para la madre y el niño. Las intervenciones psicológicas más estudiadas para su tratamiento son la terapia Cognitivo-Conductual y la Terapia Interpersonal. Asimismo, investigaciones recientes han informado acerca de la posible eficacia de la Psicoterapia Psicodinámica para disminuir los síntomas depresivos en el posparto. El propósito del estudio fue aplicar un protocolo de prevención elaborado a partir de la Psicoterapia Centrada en la Parentalidad, una intervención que ha mostrado resultados prometedores en el tratamiento de la depresión perinatal y que trabaja sobre las representaciones maternas. Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos, el grupo de tratamiento presentó menor sintomatología depresiva y mejor relación madre-hijo respecto al grupo de control. Las intervenciones psicológicas breves que trabajan sobre las representaciones maternas pueden ser una vía prometedora como tratamientos preventivos en el periodo perinatal. *Palabras clave:* depresión posparto, salud mental perinatal, desarrollo infantil, prevención, psicoterapia

Abstract: Postpartum depression is one of the most common complications of childbirth and can have adverse effects for both the mother and the child. The most studied psycho-

Natalia Valverde  [0000-0001-6852-4810](https://orcid.org/0000-0001-6852-4810) es Psicóloga Sanitaria, Investigadora Predoctoral en la Universidad Complutense de Madrid.. Trabaja como Psicóloga Perinatal en el centro de psicología GPV de Madrid.

Mar Gómez-Gutiérrez  [0000-0002-4862-8222](https://orcid.org/0000-0002-4862-8222) es doctora en Psicología. Profesora Titular de Psicología Clínica, Universidad Complutense de Madrid.

Leire Legarra es Psicóloga Sanitaria. Investigadora Predoctoral, Universidad Complutense de Madrid.

Encarnación Mollejo  [0000-0001-6019-9873](https://orcid.org/0000-0001-6019-9873) es doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Ex-Jefe de Sección de Salud Mental del Hospital Universitario del Sureste.

Para citar este artículo: Valverde Mendizábal, N., Gómez-Gutiérrez, M., Iriarte, L. y Mollejo, E. (2024). Intervención psicológica breve para prevenir la depresión posparto: un estudio piloto. *Clínica Contemporánea*, 15(3), Artículo e20. <https://doi.org/10.5093/cc2024a16>

La correspondencia de este artículo debe ser enviada a Natalia Valverde Mendizábal al email: nvalverd@ucm.es



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

logical interventions for its treatment are Cognitive Behavioral Therapy and Interpersonal Therapy. Recent research has also reported on the possible efficacy of Psychodynamic Psychotherapy in alleviating postpartum depressive symptoms. The purpose of the study was to apply a prevention protocol based on Parent-Centered Psychotherapy, an intervention that has shown promising results in the treatment of perinatal depression and that works on maternal representations. Although no statistically significant differences were found between groups, the treated group showed less depressive symptomatology and a better mother-child relationship than the control group. Brief psychological interventions that work on maternal representations may be a promising avenue for preventive treatment in the perinatal period.

Keywords: postpartum depression, perinatal mental health, infant development, prevention, psychotherapy

La depresión posparto (DPP) puede definirse como un trastorno depresivo mayor que se presenta en los primeros 12 meses después del parto (Martín-Gómez et al., 2022). Esto significa que la mujer padece estado de ánimo depresivo o anhedonia (criterio principal) y otros síntomas como problemas de sueño o del apetito, problemas de concentración, pérdida de energía, agitación o retraso psicomotor, sentimientos de inutilidad, culpabilidad o ideación suicida, que deben estar presentes en al menos dos semanas de forma intensiva de acuerdo a la última edición del Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013). La prevalencia de la DPP se estima que se encuentra en torno al 5-26% (Liu et al., 2022) y puede causar efectos perjudiciales tanto para la madre como para el niño y la relación entre ambos (Slomian et al., 2019).

A pesar de la elevada prevalencia y las consecuencias de los trastornos mentales perinatales, el embarazo y el posparto han sido tradicionalmente concebidos como etapas de gran alegría y felicidad. No fue hasta los años 60 del siglo pasado cuando se iniciaron las investigaciones relativas a la salud mental materna. En la actualidad, instituciones de todo el mundo, como la American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2015) o el National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014) recomiendan evaluar los síntomas ansiosos y depresivos en el periodo perinatal. A pesar de ello, el cribado sigue ausente en la mayoría de los sistemas sanitarios (Marcos-Nájera et al., 2017).

La evaluación de las intervenciones psicológicas para la DPP señala que se han mostrado eficaces, coste-efectivas y se consideran opciones de primera línea (Cujipers et al., 2021; Gurung et al., 2018). Las técnicas más estudiadas han sido la Terapia Cognitivo-Conductual y la Terapia Interpersonal (Branquinho et al., 2021; Howard y Khalifeh, 2020; Nillni, et al., 2018). La investigación en Psicoterapia Psicodinámica, aunque no tan abundante, ha reportado recientemente la posible eficacia de las intervenciones psicodinámicas para la DPP (Valverde et al., 2023).

A pesar de esta evidencia científica, la DPP se trata escasamente. De hecho, menos del 10% de estas mujeres reciben la ayuda adecuada (Cox et al., 2016). Los obstáculos para la aceptación del tratamiento pueden ser la falta de tiempo en el posparto, el estigma o la vergüenza. Por estas razones, y teniendo en cuenta que las mujeres embarazadas están motivadas para el autocuidado y en contacto frecuente con los proveedores de salud, la prevención de la DPP se ha convertido en el objetivo principal. Las investigaciones sobre técnicas psicológicas de prevención han puesto de manifiesto que la magnitud de los efectos es modesta. Los estudios son heterogéneos, y las características de los ensayos varían mucho en cuanto al modo de prevención (universal, selectiva o indicada), la población diana (mujeres embarazadas, primíparas o púerperas), el momento de la intervención (durante el embarazo, en el puerperio o ambos), el tipo de intervención (tipo de psicoterapia, en línea o presencial), el formato de administración (individual, grupal o mixto), el entorno (a domicilio o en un centro médico), el número de sesiones o el tipo de profesional

sanitario que proporciona el tratamiento. Sin embargo, parece que existe un acuerdo en afirmar que los resultados parecen mejorar cuando se dirigen a mujeres en situación de riesgo, primíparas, se administra la intervención de forma individual y se incluye el periodo postnatal (Martín-Gómez et al., 2022; Sockol et al., 2013; Werner et al., 2015).

Es importante señalar que estos estudios se han centrado generalmente en la disminución de la sintomatología depresiva en la mujer, pero descuidan la especificidad perinatal de la madre y el bebé como una díada (Werner et al., 2015) y la complejidad de esta relación. En esta línea, una intervención denominada Psicoterapia Centrada en la Paternidad (PCP) que trabaja sobre cómo evolucionan las representaciones maternas, tanto durante el embarazo como en el posparto, ha obtenido resultados prometedores a la hora de disminuir los síntomas depresivos y mejorar tanto el funcionamiento global como la relación madre-bebé en el periodo perinatal (Nanzer et al., 2012; Moayedoddin et al., 2013). Se trata de una intervención desarrollada a partir de las terapias madre-bebé de la escuela de Ginebra que trabaja sobre las representaciones que tiene la mujer de sí misma como madre, así como de su bebé, con el objetivo de modificar los síntomas ansioso-depresivos y de preparar a la mujer para la maternidad (Nanzer, 2012).

Tomando como punto de partida la PCP en su modalidad de 4 sesiones (Nanzer et al., 2012) y teniendo en cuenta los datos de la literatura sobre prevención, el objetivo de este estudio es diseñar y aplicar un protocolo de intervención dirigida a mujeres embarazadas en riesgo para abordar la sintomatología depresiva, ansiosa y cuidado del vínculo madre-bebé en el posparto. Para ello, se diseñó el protocolo y se aplicó la intervención a una muestra de mujeres españolas, realizando un cribado de factores de riesgo durante el tercer trimestre de embarazo y se comparó con un grupo de control (tratamiento habitual). El estudio se ofreció en cuatro grupos de preparación al parto (N=40) entre abril de 2019 y enero de 2020. Algunos de los seguimientos que se realizaron coincidieron con el estado de alarma y posteriores restricciones por la crisis de la COVID-19.

Método

Diseño

El diseño de la investigación fue un estudio experimental aleatorizado, de medidas repetidas, desarrollado para examinar la eficacia de una intervención psicológica breve inspirada en la PCP (Nanzer et al., 2012) para la prevención de la DPP en una muestra de mujeres embarazadas españolas. Las participantes valoraron sus niveles de estado de ánimo y ansiedad como medida principal en cuatro momentos: evaluación inicial (tercer trimestre de embarazo) y 3, 6 y 9 meses posparto.

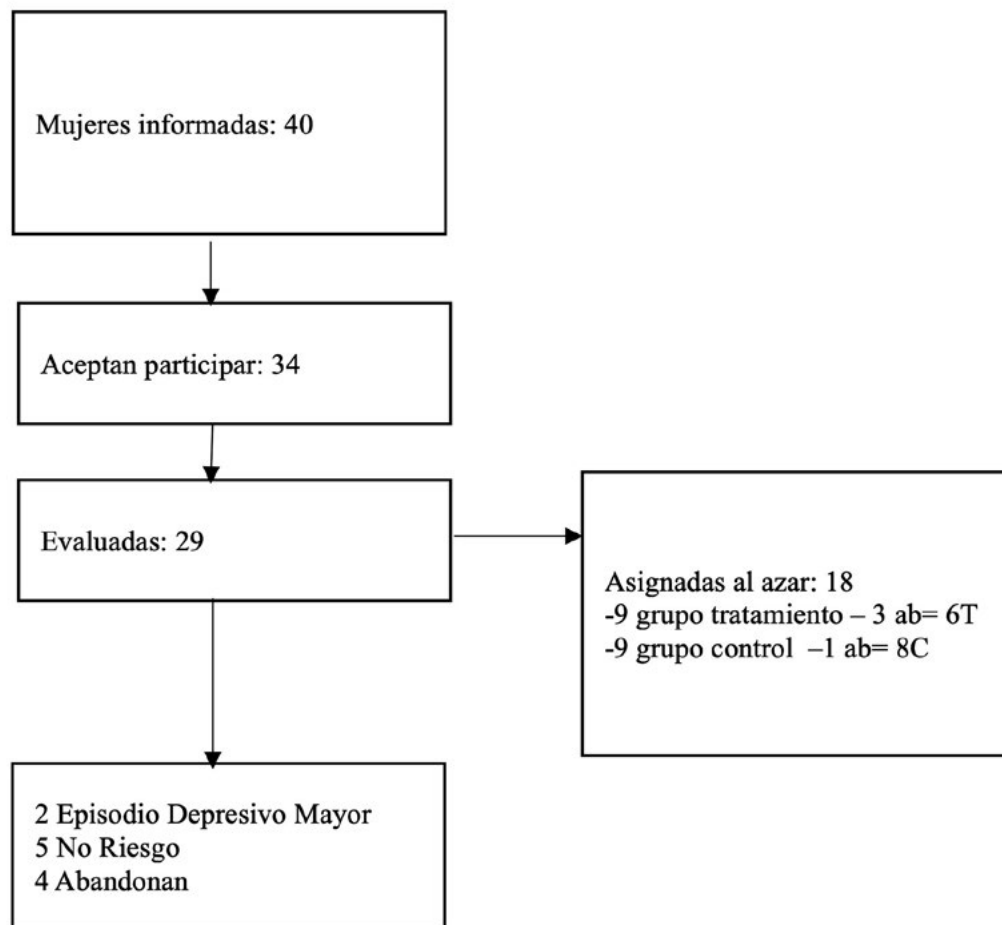
Los criterios de inclusión fueron: a) ser ≥ 18 años; b) estar embarazada de 24 a 30 semanas; c) estar en seguimiento por matronas de atención primaria y d) hablar español con fluidez. Los criterios de exclusión fueron: a) estar en tratamiento psiquiátrico o psicológico en el momento actual; b) presentar trastorno mental agudo o c) discapacidad intelectual. Las mujeres que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado y fueron identificadas con un código (ID) para mantener su anonimato.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación inicial, se seleccionó a las mujeres en riesgo de desarrollar DPP para participar en el estudio. Para ser consideradas en riesgo, las mujeres debían presentar al menos uno de los siguientes factores de riesgo: a) historia pasada de depresión; b) haber vivido un acontecimiento vital estresante en el último año, c) puntuación > 9 en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, EPDS (Cox, et al., 1987), d) puntuación $>$ percentil 40 en ansiedad estado según el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI (Spielberger et al., 1983) o e) puntuación < 57 en el índice global de apoyo percibido según el *Medical Outcomes Study*, MOS (Sherbourne y Stewart, 1991). Las mujeres consideradas en riesgo fueron evaluadas mediante la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV-Axis-I (SCID; First et al., 1999) con el fin de descartar un Trastorno Depresivo Mayor en ese momento. Si se sospechaba que la mujer padecía un cuadro depresivo, era derivada de manera preferente a los servicios de Salud Mental quedando excluida del estudio.

Participantes

Como se muestra en la Figura 1, de las 34 mujeres que aceptaron participar, 29 de ellas respondieron a la batería de evaluación inicial: 5 fueron consideradas de no riesgo, 2 fueron derivadas a los servicios de Salud Mental por sospecha de Trastorno Depresivo Mayor y 4 abandonaron antes de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV-Axis-I (SCID; First et al., 1999); resultando 18 mujeres asignadas aleatoriamente al grupo de tratamiento o al de control. Catorce mujeres completaron todo el proceso y fueron evaluadas con las tres baterías posparto, seis en el grupo tratamiento y ocho en el grupo control.

Figura 1. Participantes.



Instrumentos

Para el estudio se desarrollaron baterías de evaluación autoadministradas en línea, mediante un formulario de Google Forms. La batería de evaluación inicial se aplicó antes de la asignación a cada grupo y las baterías de seguimiento se aplicaron a los 3, 6 y 9 meses posparto. Las baterías estaban compuestas por los siguientes cuestionarios:

Cuestionario ad hoc sobre variables sociodemográficas y factores de riesgo. Incluía preguntas relativas a datos sociodemográficos, como la fecha de nacimiento, la edad gestacional, el país de origen, el estado civil, el nivel educativo y la situación laboral. Las baterías de evaluación postratamiento incluían preguntas relativas a la fecha de nacimiento del recién nacido, el tipo de parto y el estilo de lactancia.

Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS; García-Esteve et al., 2003, traducido de Cox, et al., 1987), es una escala de 10 ítems utilizada para evaluar la sintomatología depresiva en el periparto. La puntuación total oscila entre 0 y 30 siendo considerado el punto de corte de 9 adecuado para detectar sintomatología depresiva en el embarazo (Tendais et al., 2014). Ha mostrado una sensibilidad del 79%, una especificidad del 95% y un valor predictivo positivo del 63.2%, y negativo del 97.7% en población española. En este estudio ha mostrado una consistencia interna de 0.76.

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, Buela-Casal et al., 2015, traducido de Spielberger et al., 1983), es un cuestionario de 40 ítems utilizado para la evaluación de la ansiedad tanto estado (se produce ante una situación particular) como rasgo (tendencia estable en el tiempo) en población adulta clínica y general. La puntuación puede oscilar entre 0 y 60, y su interpretación se realiza en percentiles tomando como punto de corte para la presencia de la sintomatología ansiosa el percentil de 40 (Tendais et al., 2014). Tiene una d de 0.93. El alfa de Cronbach de la subescala de ansiedad estado en esta muestra fue de 0.92.

Medical Outcomes Study (MOS; de la Revilla et al., 2005, adaptado de Sherbourne y Stewart, 1991), un cuestionario que se utiliza habitualmente en entornos médicos de atención primaria para evaluar el apoyo social percibido. Permite recoger información sobre el apoyo afectivo, instrumental y emocional, así como sobre las interacciones sociales positivas. Se toma como puntuación de riesgo obtener menos de 57 en el resultado global (de la Revilla et al., 2005). El cuestionario original presenta una consistencia interna que oscila entre 0,85 y 0,94, y en este estudio su alfa de Cronbach fue de 0.95.

Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ; García-Esteve et al., 2015, adaptado de Brockington et al., 2001), es un instrumento que se utiliza para evaluar el vínculo madre-hijo, con un total de 25 ítems que son valorados por la madre en una escala de 0 a 5. Una puntuación mayor de 26 sería sospechosa de algún trastorno en el vínculo (García-Esteve et al., 2015). Presenta una fiabilidad de 0.90 en el factor general, oscilando entre 0.56 y 0.85 para los factores primarios. En este estudio, la fiabilidad osciló entre 0.92.

Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8, Echeburúa y De Corral, 2003; adaptado de Larsen, Attkisson et al., 1979) es un instrumento de evaluación que proporciona una medida de la satisfacción del paciente con el servicio recibido tomando la puntuación total valores entre 8 y 32 puntos. Mostró un alfa de Cronbach de 0,86.

Procedimiento

La intervención a aplicar en el grupo experimental consistía en 4 sesiones, dos en el último trimestre de embarazo y dos en los 3 primeros meses posparto y se elaboró tomando como punto de partida el Manual de Psicoterapia Centrada en la Parentalidad (Nanzer, 2012). La versión final del protocolo puede obtenerse contactando con el autor de correspondencia de este trabajo. Para cada sesión de tratamiento se protocolizaron los objetivos, componentes y tareas a desarrollar. Una vez detallado el diseño, toda la información se plasmó en un cuaderno de intervención que fue revisado por 3 psicólogas como evaluadoras externas, expertas en psicología clínica, que valoraron, mediante una escala tipo Likert 1) la redacción de cada sesión de tratamiento, 2) la especificación de los elementos, 3) la actitud a adquirir por el terapeuta, 4) la calidad de los ejemplos incluidos, 5) el grado de detalle para su posterior replicación y 6) la correspondencia entre objetivos y sesión. Las principales modificaciones propuestas tras la revisión se centraron en aspectos de formato como la incorporación de un índice, la mejora de la redacción, la concreción de algunos objetivos y la incorporación de un documento con las posibles dificultades que pueden surgir en la sesión con las alternativas para resolverlas.

Una vez diseñado el tratamiento, elaborado el protocolo, los materiales e instrumentos de evaluación, se contactó con el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario del Sureste de la Comunidad de Madrid donde se realizó este estudio, para presentarles el trabajo que se iba a desarrollar (ver resumen de la intervención en la Tabla 1) e informarles sobre el procedimiento de captación de las participantes. Tanto el reclutamiento como las sesiones de intervención fueron realizadas por una de las autoras de este estudio, psicóloga sanitaria con formación especializada tanto en el ámbito perinatal como en la técnica PCP, que acudió a los diferentes grupos de preparación al parto organizados en el hospital para presentar el estudio y solicitar la participación de las mujeres. La información ofrecida en los grupos fue previamente especificada por el grupo

de investigación para que fuera siempre la misma. Todos los procedimientos del estudio fueron aprobados por el Comité de Ética del Hospital (CEIM COD: psico22/2018) y las participantes dieron su consentimiento por escrito para participar en el estudio.

Tabla 1. *Estructura de la intervención y resumen de los contenidos.*

Sesión	Resumen del contenido de la sesión
Entrevista diagnóstica	Exploración de los factores de riesgo evaluados. Exploración del trastorno del estado de ánimo según los criterios del DSM-5. Asignación de grupo (aleatoria): seguimiento habitual o psicoterapia.
1ª Sesión. 30-34 semanas de gestación.	Entrevista abierta. Preguntas sobre la historia familiar/infancia de la mujer. Tipo de estilo de apego. Pérdidas importantes. Establecer el foco de los conflictos.
2ª Sesión. 34-38 semanas de gestación.	Preguntas sobre el otro progenitor del bebé. Cuando decidieron formar una familia. Exploración de las representaciones maternas: cómo se proyecta como madre, cómo imagina a su bebé. Principales miedos.
3ª Sesión. 4-8 semanas posparto.	Acogida de la madre y del recién nacido. Preguntas sobre la experiencia del parto. Interacción entre la madre y el recién nacido y comprensión de las cuestiones de la historia pasada que afectan al presente. Recordar que la próxima sesión es la última.
4ª Sesión. 10-12 semanas posparto.	Interacción madre-hijo y comprensión de los problemas de la historia pasada que afectan al presente. Refuerzo del rol materno. Trabajar el proceso de separación.

Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo a través del software IBM SPSS (v.23). Se comenzó realizando los análisis descriptivos (media, desviación típica y porcentajes) de los datos sociodemográficos, historial de depresión previa, eventos vitales estresantes en el último año y apoyo social de ambos grupos, así como de las variables depresión, ansiedad-estado y vínculo, así como sus propiedades psicométricas, para lo cual se calculó el α de Cronbach de cada uno de estos. También se analizaron la adherencia y satisfacción con el tratamiento.

A continuación, se analizaron las diferencias entre grupos para las variables sociodemográficas. Al ser cate-góricas, se empleó la prueba de Chi cuadrado. Para el resto de variables se examinó el supuesto de normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, para comprobar el tipo de distribución que seguían estas variables. Se comprobó que ninguna de ellas seguía una distribución normal, al presentar todas una $p < 0.05$. Por tanto, se procedió a llevar a cabo una comparación de medidas independientes entre el Grupo 1 y el Grupo 2 de las variables resultado a través de la prueba U de Mann-Whitney en la evaluación inicial, el post y los seguimientos a los 3, 6 y 9 meses.

Además, se llevó a cabo un análisis de varianza (ANOVA) para comparar la evolución temporal de las evaluaciones realizadas en el estudio (inicial y los seguimientos a los 3, 6 y 9 meses posparto para las variables ansiedad y depresión, y los tres seguimientos para la variable vínculo). El ANOVA se utilizó para determinar si existían diferencias significativas entre las evaluaciones y para identificar posibles patrones o tendencias en los datos recopilados.

Resultados

Se reclutó a un total de 14 mujeres, 6 en el grupo de tratamiento y 8 en el grupo de control. La edad media en el primer grupo fue de 35 (*DE* = 2.44) y de 34.63 (*DE* = 3.7) en el segundo, y todas ellas eran de origen español. La semana media de gestación fue de 28.7 (*DE* = 2.14) para el grupo de tratamiento, y de 29 (*DE* = 2.9) para el grupo de control. Todas las mujeres estaban casadas o convivían con sus parejas en ambos grupos. Las mujeres del grupo de control habían obtenido al menos un título universitario y tenían un trabajo a tiempo completo, mientras que en el grupo de tratamiento sólo el 57.1% había obtenido un título universitario y el 71.4% tenía un trabajo a tiempo completo, mientras que el 14.5% tenía un trabajo a tiempo parcial y el otro 14.5% estaba desempleado.

La prueba de Chi cuadrado mostró que los grupos únicamente diferían en nivel de estudios (*p* = 0.024), no mostrando significación en el resto de variables como la edad, edad gestacional, estado de convivencia y situación laboral. Tras comprobar con la prueba Kolmogorov-Smirnov que tanto la variable edad como edad gestacional seguían una distribución normal, se compararon ambos grupos con la prueba T de Student, no hallándose diferencias entre los grupos. Por tanto, se asumió que se trataron de grupos de características similares y, por tanto, comparables entre sí.

En relación con la variable de apoyo social tampoco se encontraron diferencias significativas, siendo la puntuación media fue de 85 para el grupo de tratamiento y de 84 para el grupo de control. Ninguna mujer puntuó por debajo de 57 en el cuestionario, por lo que se concluye que todas tenían un buen nivel de apoyo social.

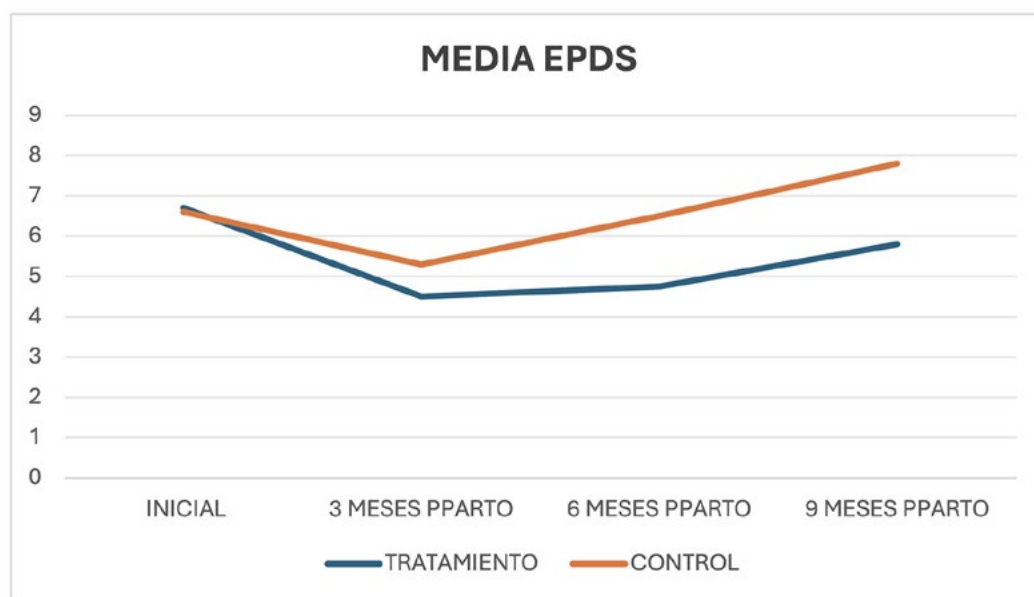
En cuanto a la sintomatología depresiva (ver Tabla 2), aunque los resultados no muestran diferencias significativas entre los grupos en ninguno de los puntos temporales (inicial, 3, 6 y 9 meses posparto), las puntuaciones medias del grupo de control fueron superiores a las del grupo de tratamiento en todos los seguimientos.

Tabla 2. Puntuaciones medias, desviaciones estándar (*DE*) y comparaciones de medias para la depresión.

	EPDS			EPDS1			EPDS2			EPDS3		
	TG	CG	. <i>p</i>	TG	CG	. <i>p</i>	TG	CG	. <i>p</i>	TG	CG	. <i>p</i>
Media (<i>DE</i>)	6.67 (1.9)	6.63 (4.2)	.92	4.5 (4.3)	5.29 (3.4)	.72	4.75 (2.1)	6.5 (3.6)	.39	5.83 (3.6)	7.83 (3.5)	.35

Nota. EPDS = puntuaciones de depresión en la evaluación inicial; EPDS1 = puntuaciones de depresión tras la administración del tratamiento; EPDS2 = puntuaciones de depresión en el seguimiento de 3 meses; EPDS3 = puntuaciones de depresión en el seguimiento de 6 meses. Significativo al nivel *p*<0,05.

El análisis de varianza arrojó un resultado no significativo, lo que sugiere que no existen diferencias significativas en los niveles de depresión intragrupo entre los distintos momentos de evaluación (ver Gráfica 2). Sin embargo, se observa cómo el grupo de tratamiento mejora las puntuaciones en sintomatología depresiva en el primer seguimiento (3 meses posparto) y en el segundo seguimiento obtiene prácticamente los mismos resultados (6 meses posparto) de manera que parece que los efectos del tratamiento se mantienen a medio plazo. En el último seguimiento, a los 9 meses posparto, la media sube ligeramente, sin llegar a los valores iniciales. En el grupo de control se aprecia que las puntuaciones mejoran, aunque en menor medida que las de tratamiento, en el primer seguimiento; vuelven a la medida inicial en el segundo seguimiento (6 meses) y superan los valores iniciales en el último seguimiento (9 meses).

Figura 2. Gráfico de las puntuaciones EPDS.

Si se toma la puntuación de 7 como punto de corte para un posible diagnóstico de DPP (Tendais et al., 2014), se encuentra que 2 mujeres del grupo de tratamiento (33.33%) obtienen puntuaciones de riesgo en alguno de los seguimientos frente a 6 (75%) mujeres del grupo de control.

Los resultados obtenidos en sintomatología ansiosa ponen de manifiesto que el grupo de control muestra puntuaciones superiores a las del grupo de tratamiento en todas las evaluaciones, excepto en el segundo seguimiento, si bien es cierto que parte de un nivel superior al del grupo de tratamiento.

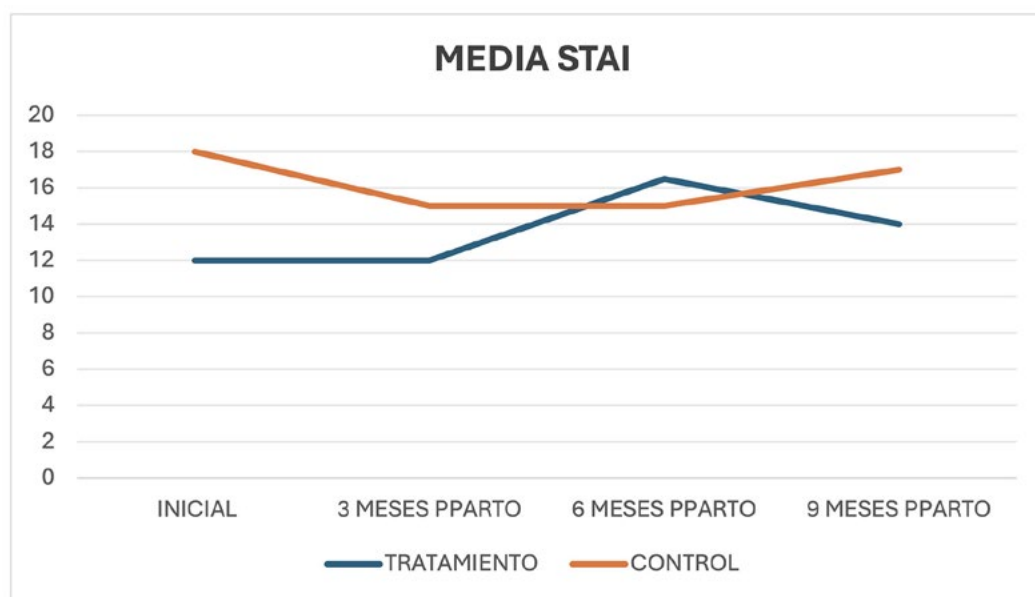
Tabla 3. Puntuaciones medias, desviaciones estándar (DE) y comparaciones de medias para la ansiedad de estado.

	STAIE			STAIE1			STAIE2			STAIE3		
	TG	CG	.p	TG	CG	.p	TG	CG	.p	TG	CG	.p
Media (DE)	12 (4.5)	18 (10.1)	.20	11.83 (10.2)	15.29 (5.4)	.45	16.5 (14.9)	15 (5.9)	.80	13.83 (13.6)	17.17 (12.3)	.66

Nota. STAIE = puntuaciones de ansiedad-estado en la evaluación inicial; STAIE1 = puntuaciones de ansiedad-estado tras la administración del tratamiento; STAIE2 = ansiedad-estado en el seguimiento de 3 meses; STAIE3 = ansiedad-estado en el seguimiento de 6 meses.

Significativo al nivel $p < 0,05$.

Como puede verse en la gráfica 3, el grupo de tratamiento mantiene sus puntuaciones en el primer seguimiento y obtiene los peores resultados en el segundo. El grupo de control mejora en los dos primeros seguimientos y vuelve a valores iniciales en el último. Tampoco se encontraron diferencias significativas en las medias de los diferentes momentos de evaluación en ninguno de los dos grupos.

Figura 3. Gráfico de las puntuaciones STAI.

En cuanto a los resultados en el cuestionario del vínculo (ver Tabla 4) se ha encontrado que, en el primer seguimiento, a los 3 meses posparto, no hay diferencias entre los grupos.

Tabla 4. Puntuaciones medias, desviaciones estándar (DE) y comparaciones de medias para el vínculo madre-hijo.

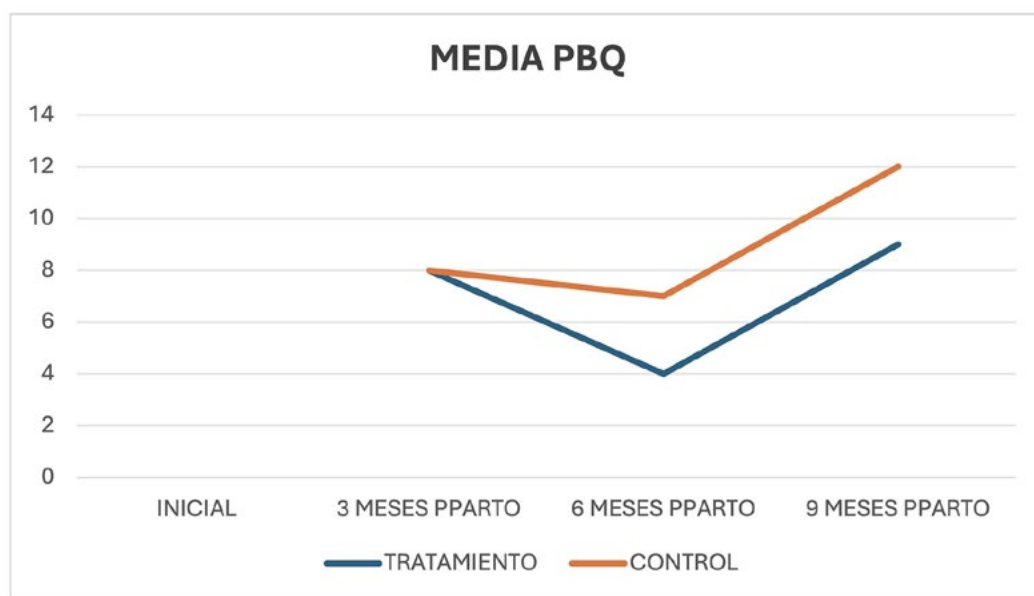
	PBQ1			PBQ2			PBQ3		
	TG	CG	.p	TG	CG	.p	TG	CG	.p
Media	8.33	8.29	.93	3.7	6.75	.36	8.83	12	.66
(DE)	(8.8)	(10)		(2.1)	(5.9)		(8.9)	(14.61)	

Nota. PBQ1 = vínculo madre-hijo después del tratamiento; PBQ2 = vínculo madre-hijo a los 3 meses de seguimiento; PBQ3 = vínculo madre-hijo a los 6 meses de seguimiento.

Significativo al nivel $p < 0.05$.

No hay diferencias estadísticamente significativas en la evolución de la evaluación inicial a los 3, 6 y 9 meses dentro de los grupos. Sin embargo, sí aparece una mejoría en ambos grupos en el segundo seguimiento, mayor para el de tratamiento. En el tercer seguimiento suben las puntuaciones en ambos grupos, especialmente en el grupo de control.

La tasa de adherencia fue elevada, ya que el 100% de las mujeres del grupo tratamiento completaron todas las sesiones. La puntuación media del cuestionario de satisfacción fue de 25,09 ($DE = 6.66$) para el total de la muestra. Sin embargo, se hallaron diferencias significativas en la satisfacción con el tratamiento ($p = 0.17$), con una media de 31 ($SD = 1.73$) para el grupo de tratamiento y 22,88 ($SD = 6.49$) para el grupo de control.

Figura 4. *Gráfico de las puntuaciones PBQ.*

Discusión

En base a los resultados obtenidos se podría concluir que, aunque no se encontraron diferencias significativas entre los grupos, hubo una tendencia en el grupo de tratamiento a mejorar la sintomatología depresiva en mayor medida que el grupo control y a mantener los resultados en el segundo seguimiento. Si bien en la última evaluación aumentan ligeramente las puntuaciones, no llegan a alcanzar los niveles de la evaluación inicial, mientras que el grupo control sí las supera. Tomando el dato de que un 33,33% de las mujeres que han realizado el tratamiento obtienen puntuaciones de riesgo en alguno de los seguimientos frente a un 75% de las mujeres del grupo control, podría decirse que es una intervención prometedora para la disminución de la sintomatología depresiva en el posparto en aquellas mujeres que han sido consideradas de riesgo durante el embarazo.

Los resultados en sintomatología ansiosa podrían interpretarse en línea con algunos estudios realizados durante la pandemia COVID-19, que sostienen la importancia del apoyo social como variable protectora frente a la sintomatología ansiosa y depresiva (Legarra et al., 2024). Se ha encontrado que una situación de confinamiento y restricciones puede resultar en menores niveles de ansiedad y depresión en el posparto en determinadas condiciones ya que las mujeres podrían sentirse más apoyadas por parte de sus parejas al estar éstas en casa, así como más tranquilas por no tener que hacer frente a las dificultades de la vida diaria (Pariente et al., 2020). De esta manera se explicaría la estabilidad y ausencia de significación en los resultados, sobre todo en el grupo de control, ya que la buena condición socioeconómica de las participantes hace presuponer que presentarían menos preocupaciones económicas y laborales y por tanto, menos ansiedad.

En relación con las medidas del vínculo madre-bebé se puede decir que, a pesar de no mostrar diferencias entre los grupos en el primer seguimiento, las puntuaciones obtenidas son indicativas de ausencia de dificultades. Posteriormente mejoran, sobre todo en el grupo tratamiento pudiendo explicarse esta evolución teniendo en cuenta el tipo de intervención y trabajo sobre las representaciones maternas, que puede mostrar sus beneficios en mayor medida pasado un tiempo tras el tratamiento (Shedler, 2010). De hecho, es el grupo de tratamiento el que obtiene mejores puntuaciones en el último seguimiento.

En relación con el cumplimiento de la intervención y la satisfacción reportada por las participantes, cabe destacar la buena aceptabilidad de este tipo de enfoque, en contraste con otros hallazgos que señalan las altas tasas de abandono (Dennis y Chung-Lee, 2006). Todas las mujeres que empezaron el tratamiento en este estudio lo terminaron, algo que pudo verse facilitado por la brevedad de la intervención (4 sesiones).

Como ya se ha señalado, un dato interesante es que el 100% de las mujeres del grupo control trabajaban a tiempo completo, frente a un 71% del grupo de tratamiento. Teniendo en cuenta que muchas de las evaluaciones de seguimiento coincidieron con el estado de alarma por la crisis de la COVID-19, se podría pensar que esta diferencia en la situación laboral entre ambos grupos hubiera afectado a los resultados obtenidos, enmascarando resultados potencialmente más significativos.

La puntuación media del cuestionario de satisfacción, cuyas puntuaciones oscilan entre 8 y 32, fue de 31 en el grupo de tratamiento. En el grupo de control sólo una mujer no contestó a los cuestionarios posparto, y la puntuación media del cuestionario de satisfacción fue de 22,88. De estos resultados se puede concluir que la intervención fue percibida muy positivamente por las mujeres.

Este estudio piloto sugiere que esta intervención para la prevención de la DPP parece encaminarse a obtener mejoras en la sintomatología depresiva y tendría que valorarse en futuros estudios con muestras más amplias.

Sin embargo, cabe señalar que el estudio llevado a cabo presenta algunas limitaciones metodológicas. En primer lugar, el tamaño de la muestra hace que la interpretación de los resultados se haga de manera prudente y pueda servir para diseñar futuros estudios. Otra limitación del estudio es que la diferencia en la situación laboral de las mujeres durante los periodos de seguimiento pudieron interferir en las puntuaciones obtenidas. No obstante, esta información no ha podido ser analizada, dado que no se evaluó el estatus económico para poder sacar conclusiones. Por último, algunos de los seguimientos se llevaron a cabo durante el periodo de confinamiento y pospandemia por la crisis de la COVID-19, algo que probablemente afectó a los resultados de las variables.

Conclusiones

A pesar de su alta prevalencia y de sus consecuencias, la DPP continúa siendo una condición clínica poco detectada y tratada si bien es cierto que en los últimos años ha aumentado la literatura científica en cuanto al diagnóstico, prevención y tratamiento. Los esfuerzos en la actualidad apuntan a una recogida sistemática de la evidencia de cara a proponer recomendaciones internacionales para su abordaje (Fonseca et al., 2020; Rodríguez et al., 2023).

Este estudio piloto apunta a que las intervenciones psicológicas breves que preparan para la maternidad trabajando sobre las representaciones maternas desde el embarazo hasta el posparto, pueden ser una vía prometedora para futuros estudios de prevención de los trastornos depresivos posparto en mujeres en riesgo.

Agradecimientos

Queremos agradecer al Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario del Sureste de la Comunidad de Madrid, especialmente a las matronas que participaron directamente en el estudio por facilitar el acceso a los grupos de preparación al parto y el reclutamiento de la muestra.

Referencias

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2015). Screening for perinatal depression: Committee opinion number 630. *Obstetrician Gynecology*, 125(5), 1268-1271. <http://doi.org/10.1097/01.ACOG.0000465192.34779.dc>

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed., DSM-5).
- Branquinho, M., Rodríguez-Muñoz, M.F., Rodrigues Maia, B., Marques, M., Matos, M., Osma, J., Moreno-Peral, P., Conejo-Cerón, S., Fonseca, A. y Voursour, E. (2021). Efectividad de las intervenciones psicológicas en el tratamiento de la depresión perinatal: A systematic review of systematic reviews and meta-analyses, *Journal of Affective Disorders*, 291, 294-306. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.010>
- Brockington, I. F., Fraser, C. y Wilson, D. (2006). The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. *Archives of Women's Mental Health* 9(5), 233-242. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0132-1>
- Brockington, I. F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., Loh, C. C. y Murdoch, C. (2001). A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 3, 133-140. <https://doi.org/10.1007/s007370170010>
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A. y Seisdedos Cubero, N. (2015). *STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. TEA Ediciones.
- Cox, E. Q., Sowa, N. A., Meltzer-Brody, S. E. y Gaynes, B. N. (2016). La cascada de tratamiento de la depresión perinatal: Pasos de bebé hacia la mejora de los resultados. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(9), 1189-1200. <https://doi.org/10.4088/JCP.15r10174>
- Cox, J. M., Holden, R. y Sagovsky, R. (1987). Detección de la depresión postnatal. Desarrollo de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo de 10 ítems. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786. <http://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Cuijpers, P., Franco, P., Ciharova, M., Miguel, C., Segre, L., Quero, S., y Karyotaki, E. (2023). Psychological treatment of perinatal depression: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53(6), 2596-2608. <https://doi.org/10.1017/S0033291721004529>
- De la Revilla, L., Luna, C., Bailón, E. y Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*, 6(1), 10-18.
- Dennis, C.-L. y Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth*, 33(4), 323-331. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x>
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2003). *Manual de violencia familiar*. Siglo XXI de España.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams J. B. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV- SCID-I*. Masson.
- Fonseca, A., Ganho-Ávila, A., Lambregtse-van den Berg, M., Lupattelli, A., de la Fé Rodríguez-Muñoz, M., Ferreira, P. y Bina, R. (2020). Emerging issues and questions on peripartum depression prevention, diagnosis and treatment: a consensus report from the cost action riseup-PPD. *Journal of Affective Disorders*, 274, 167-173. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.112>
- García- Esteve, L., Torres, A., Lasheras, G., Palacios- Hernández, B., Farré- Sender, B., Subirá, S., Valdés, M. y Brockington, I. F. (2015). Evaluación de las propiedades psicométricas del Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) en madres españolas. *Archivos de Salud Mental de la Mujer*, 19, 385-394. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0589-x>
- García-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J. y Navarro, P. (2003). Validación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) en madres españolas. *Journal of Affective Disorders*, 75(1), 71-76. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00020-4](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00020-4)
- Gurung, B., Jackson, L.J., Monahan, M., Butterworth, R. y Roberts, T.E. (2018). Identifying and assessing the benefits of interventions for postnatal depression: a systematic review of economic evaluations. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18, Artículo 179. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1738-9>
- Howard, L. M. y Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(3), 313-327. <https://doi.org/10.1002/wps.20769>
- Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Salud mental prenatal y postnatal: gestión clínica y guía de servicios*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>

- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A. y Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2(3), 197-207. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(79\)percepción con 90094-6](https://doi.org/10.1016/0149-7189(79)percepción con 90094-6)
- Legarra, L., Gómez-Gutiérrez, M., Valverde, N. y Mollejo, E. (2024). Salud Mental en Mujeres Embarazadas y COVID-19: Un Estudio Comparativo. *Psykhē*, 33(1). <https://doi.org/10.7764/psykhe.2021.39387>
- Liu, X., Wang, S., y Wang, G. (2022). Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 31(19-20), 2665-2677. <https://doi.org/10.1111/jocn.16121>
- Marcos-Nájera, R., Rodríguez, M. F., Izquierdo, N., Olivares, M. E. y Soto, C. (2017). Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. *Clínica y Salud*, 28(2), 49-52. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.001>
- Martín-Gómez, C., Moreno-Peral, P., Bellón, J. A., Conejo-Cerón, S., Campos-Paino, H., Gómez-Gómez, I., Rigabert, A., Benítez, I. y Motrico, E. (2022). Efectividad de las intervenciones psicológicas en la prevención de la depresión posparto en mujeres no deprimidas: revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados. *Medicina Psicológica*, 52(6)1-13. <https://doi.org/10.1017/S0033291722000071>
- Moayedoddin, A., Moser, D. y Nanzer, N. (2013). The impact of brief psychotherapy centred on parenthood on the anxio-depressive symptoms of mothers during the perinatal period. *Swiss Medical Weekly*, 143, Artículo w13769. <https://doi.org/10.4414/smww.2013.13769>
- Nanzer, N. (2012). *Manuel de psychothérapie centrée sur la parentalité*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.nanze.2012.01>
- Nanzer, N., Sancho Rossignol, A., Righetti-Veltima, M., Knauer, D., Manzano, J. y Palacio Espasa, F. (2012). Effects of a brief psychoanalytic intervention for perinatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 15(4), 259-268. Institute for Health and Care Excellence.. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0285-z>
- Nilni, Y. I., Mehralizade, A., Mayer, L. y Milanovic, S. (2018). Tratamiento de la depresión, la ansiedad y los trastornos relacionados con el trauma durante el período perinatal: Una revisión sistemática. *Revisión de Psicología Clínica*, 66, 136-148. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.004>
- Pariente, G., Wissotzky Broder, O., Sheiner, E., Lanxner Battat, T., Mazor, E., Yaniv Salem, S., Kosef, T. y Wainstock, T. (2020). Risk for probable post-partum depression among women during the COVID-19 pandemic. *Archives of Women's Mental Health*, 23, 767 - 773.
- Rodríguez-Muñoz, M. F., Motrico, E., Miguez, C., Chaves, C., Suso-Ribera, C., Duque, A., Salinas, M. G., Caparrós-González, R. A., Martín-Agudiez, N., Kovacheva, K., García-López, H. S., Vazquez-Batan, P., Peñacoba, C. y Osma, J. (2023). Perinatal depression in the spanish context: consensus report from the General Council of Psychology of Spain. *Clínica y Salud*, 34(2), 51-63. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a15>
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Sherbourne, C., D. y Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science y Medicine*, 32, 705-714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y. y Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15, Artículo 1745506519844044. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Sokol, L. E., Epperson, C. N. y Barber, J. P. (2013). La prevención de la depresión posparto: una revisión meta-analítica. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1205-1217. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.10.004>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R., Lushene, R. E., Vagg, P. R. y Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychology Press.
- Tendais, I., Costa, R., Conde, A. y Figueiredo, B. (2014). Screening for depression and anxiety disorders from pregnancy to postpartum with the EPDS and STAI. *The Spanish Journal of Psychology*, 17, Artículo E7. <https://doi.org/10.1017/sjp.2014.7>
- Valverde, N., Mollejo, E., Legarra, L. y Gómez-Gutiérrez, M. (2023). Psicoterapia psicodinámica para la depresión posparto: A Systematic Review. *Maternal and Child Health Journal*, 27(7), 1156-1164. <https://doi.org/10.1007/s10995-023-03655-y>

Werner, E., Miller, M., Osborne, L. M., Kuzava, S. y Monk, C. (2015). Prevención de la depresión posparto: revisión y recomendaciones. *Archives of Women's Mental Health*, 18(1), 41-60. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0475-y>

Artículo recibido: 19/02/2024

Artículo aceptado: 03/11/2024