



**Universidad
Europea CANARIAS**

Efectividad de las intervenciones psicológicas en el tratamiento de la depresión postparto: una revisión sistemática paraguas

Máster de Psicología General Sanitaria

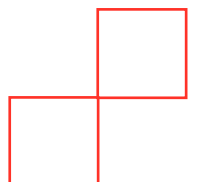
Autora: Noelia Jerez González

Tutora: Tasmania del Pino Sedeño

Fecha de realización del trabajo:

11 de febrero de 2024

Campus de la Orotava Instalaciones de Santa Cruz
Calle Inocencia García, 1C/Valentín Sanz, 27
38300 la Orotava 38002 Santa Cruz de Tenerife
universidadeuropea.com



Resumen: La depresión posparto es el trastorno psicológico más frecuente en el período posparto. Se considera un problema de salud pública que cuenta con una prevalencia mundial elevada y conlleva importantes consecuencias para las mujeres que la experimentan, repercutiendo negativamente en todo el contexto biopsicosocial. Por tanto, el objetivo de esta revisión sistemática paraguas (RSP) consiste en examinar la evidencia disponible sobre la eficacia de intervenciones psicológicas para el tratamiento de la depresión posparto, específicamente que contribuyan en la recuperación, así como en la remisión o reducción de la sintomatología depresiva durante los primeros 12 meses posparto. Para llevarla a cabo, se realizó un proceso de búsqueda y selección sistemático de la literatura científica por parte de dos revisoras en las bases de datos electrónicas MEDLINE Complete, APA PsycINFO, CINAHL y *Cochrane Database of Systematic Reviews* mediante la combinación de términos clave. La evaluación de la calidad metodológica de las revisiones sistemáticas incluidas se realizó mediante la herramienta AMSTAR-2 por parte de una revisora. Los hallazgos encontrados en los 10 artículos incluidos evidencian la eficacia de distintas intervenciones psicológicas administradas en diferentes formatos para disminuir los síntomas depresivos posparto, entre ellas la Psicoterapia Materno-Infantil, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) (+ cointervenciones), siendo la TCC única y la Terapia Interpersonal las más estudiadas y como mayor evidencia de su eficacia. Otras intervenciones como el Asesoramiento no Directivo, la Terapia Psicodinámica, las basadas en psicoeducación y Mindfulness, así como con componentes de la Terapia de Aceptación y Compromiso mostraron una falta de consistencia.

Palabras clave: depresión posparto; depresión postnatal; sintomatología depresiva; intervenciones psicológicas; tratamientos; revisión sistemática paraguas.

INTRODUCCIÓN

La depresión postparto o postnatal (DPP) es el trastorno psicológico más común durante la etapa del puerperio (Villegas et al., 2019). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), esta etapa comienza inmediatamente después del nacimiento del bebé y se puede prolongar hasta las seis semanas. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición, texto revisado (DSM-5-TR) incluye a la DPP dentro de los Trastornos depresivos con la denominación de “trastorno depresivo con inicio en el periparto” como especificador, por lo que comparte los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor, junto con el criterio temporal de inicio de la sintomatología durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas después del parto, durante casi todos los días, la mayor parte del día y al menos durante dos semanas (APA, 2022). Sin embargo, dentro de la literatura científica hay autores que consideran que el período para desarrollarla puede abarcar hasta los primeros 12 meses postparto (Viquez y Valverde, 2022).

Dentro de las manifestaciones clínicas de la DPP acorde a los criterios diagnósticos del DSM-5-TR se puede encontrar la presencia de un estado de ánimo deprimido que conlleva un sentimiento de tristeza y desesperanza, dificultad para concentrarse, alteraciones del sueño como insomnio o hipersomnia, sentimiento de culpabilidad e inutilidad, pérdida de interés o placer por las actividades cotidianas, pérdida o exceso de apetito, pérdida o falta de energía, agitación o enlentecimiento al momento de hablar o moverse e ideas suicidas (APA, 2022). En los casos más graves, puede llegar a convertirse en un trastorno depresivo crónico y, en el peor de los casos, asociarse al suicidio y filicidio (Malpartida, 2020). Actualmente, se desconoce la causa concreta de su desarrollo, presentando una etiología multifactorial que combina factores de carácter biológico y psicosocial (Malpartida, 2020).

Por otra parte, la depresión postparto es considerada como un problema de salud pública, con una incidencia mundial entre el 10 y el 20% (Wang et al., 2021). Asimismo, se estima que una de cada cinco mujeres la desarrolla (Wang et al., 2021) y, según datos de la OMS (2012), en torno al 20 y 40% de mujeres desarrollan depresión durante el embarazo o en el postparto en países en vías de desarrollo.

Durante este período tienen lugar multitud de cambios anatómicos, fisiológicos, neuroendocrinos y psicosociales (Solís et al., 2019). Por tanto, se trata de una etapa de vulnerabilidad y situación vital de estrés para estas mujeres (Acuña et al., 2021).

Existe evidencia de que la depresión posparto puede llegar a persistir incluso años después del parto sin tratamiento. Concretamente, en un estudio encontraron que una de cada cinco mujeres experimentaron niveles elevados de sintomatología depresiva en los tres años posteriores al parto (Putnick et al., 2020).

Dentro del tratamiento de la DPP, considerando la guía actualizada de práctica clínica del Instituto Nacional de la Excelencia para la Salud y la Atención del Reino Unido (NICE, 2020) que aborda la gestión clínica de la salud mental en el embarazo y el posparto, se recomiendan las intervenciones psicológicas de alta intensidad, como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), como primera línea de tratamiento en mujeres con niveles de depresión entre moderados y graves en período posparto. Ante síntomas graves de depresión también recomienda únicamente la implementación de medicación por encima de estas intervenciones si las mujeres las solicitan preferentemente y tienen en cuenta los riesgos asociados a las mismas, así como cuando no ha existido una respuesta adecuada. No obstante, hay mujeres que no desean la administración de medicamentos por miedo a posibles complicaciones como afectación de la lactancia, teniendo esta función materna beneficios ampliamente reconocidos y demostrados para la madre y el hijo (Krauskopf & Valenzuela, 2020).

Otras modalidades psicológicas también han proporcionado beneficios como la Terapia Interpersonal (TIP), el Asesoramiento No Directivo y la Terapia Psicodinámica (Viquez y Valverde, 2022). Sin embargo, se estima que más de la mitad de las mujeres que presentan DPP necesitan un año de tratamiento para su recuperación completa y hasta un 10% presenta cronificación de algunos síntomas (Jiménez et al., 2021).

Dado el gran impacto que conlleva la DPP en el bienestar físico, psicológico y emocional, así como en el contexto biopsicosocial de las madres incluyendo la relación que mantienen con sus hijos, resulta necesario conocer los distintos programas o intervenciones psicológicas existentes que puedan contribuir al tratamiento eficaz de la depresión posparto.

Existen revisiones sistemáticas (RS) previas que han mostrado mayor interés por investigar sobre la eficacia de intervenciones psicológicas en el tratamiento de la depresión perinatal, la cual incluye a la depresión durante el embarazo. Sin embargo, hay menos evidencia de una síntesis integral de resultados específicamente para el tratamiento de la depresión posparto.

Por tanto, el objetivo principal de esta RS paraguas (RSP) consiste en identificar, evaluar críticamente, sintetizar y ampliar la evidencia disponible sobre la efectividad de programas o intervenciones psicológicas en la recuperación o la reducción de síntomas depresivos experimentados por mujeres durante el período posparto.

Considerando lo expuesto arriba, se espera que la TCC y TIP sean los tratamientos con mayor eficacia para la recuperación (completa o parcial) y la remisión o reducción de la sintomatología depresiva en mujeres con depresión posparto.

METODOLOGÍA

La elaboración de esta RSP se llevó a cabo siguiendo las directrices del Manual de la Cochrane de RS de intervenciones (Higgins et al., 2023) y el Manual para síntesis de la evidencia de *Joana Briggs Institute* (Aromataris y Munn, 2020). El presente trabajo se informa considerando las directrices de la declaración PRISMA (Page et al., 2021). Se elaboró previamente un protocolo para guiar los diferentes pasos o etapas que conforman esta RP.

Búsqueda bibliográfica

Para la identificación de RS relacionadas con la temática planteada, se realizó una búsqueda sin límite de fecha en las siguientes bases de datos (02 de noviembre de 2023): MEDLINE Complete, APA PsycINFO, CINAHL y *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR). Se elaboró una estrategia de búsqueda, desarrollada en MEDLINE y adaptada al resto de bases de datos, en torno a los términos *Depression, Postpartum Cognitive Behavioral Therapy, Psychotherapy, Mindfulness yRelaxation*. Se aplicó un filtro de búsqueda específico para RS.

Las estrategias de búsqueda completas de las distintas bases de datos se pueden encontrar en el Anexo 1.

Criterios de elegibilidad

Se seleccionaron aquellas RS que evaluaban la efectividad de intervenciones psicológicas en la recuperación o la disminución de la sintomatología depresiva en mujeres durante el período postparto y que, además, cumplieran con los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión.

Diseño de estudios: RS con y sin metanálisis (MA).

Tipo de participantes: mujeres con diagnóstico de depresión o sintomatología depresiva experimentada durante los primeros 12 meses del periodo postparto.

Intervención: programas o intervenciones psicológicas implementadas en el período postparto que contribuyen en la recuperación o la reducción de la sintomatología depresiva.

Comparación: atención/cuidado habitual postparto, lista de espera, no intervención o tratamientos alternativos.

Resultados: medidas psicológicas estandarizadas de sintomatología depresiva evaluadas a través de entrevistas de diagnóstico (p.ej., *Structured Clinical Interview for DSM-IV* [SCID, First et al., 1997] o *Structured Clinical Interview for DSM-5 Clinicial Version* [SCID-5-CV, First et al., 2016]) o mediante autoinforme (p.ej *Beck Depression Inventory* [BDI, Beck et al., 1961], *Beck Depression Inventory-II* [BDI-II, Beck et al., 1996; Sanz y Vázquez, 2011], *Edinburgh Postnatal Depression Scale* [EPDS, Cox et al., 1987], *Postpartum Depression Screening Scale* [PDS, Beck & Gable, 2000]).

Idioma de la publicación: artículos publicados tanto en español como en inglés.

Año de publicación: sin límite de fecha.

Criterios de exclusión.

Intervención: programas o intervenciones no psicológicas (p.ej., farmacológicas) o que combinen tratamientos psicológicos con farmacológicos o sean implementadas durante el embarazo.

Proceso de selección de estudios

Las referencias identificadas en las diferentes bases de datos se exportaron a Refworks, donde se llevó a cabo la eliminación automática de los artículos duplicados tras fusionar las búsquedas. Las referencias únicas fueron exportadas a un documento Excel, donde se realizó el proceso de selección. Las referencias se seleccionaron de forma independiente por parte de dos revisoras para su elegibilidad, a partir de la lectura de los títulos y los resúmenes en primer lugar. Los desacuerdos fueron resueltos mediante discusión. A continuación, las dos revisoras analizaron exhaustivamente de forma independiente los textos completos de aquellas referencias incluidas consideradas potencialmente elegibles, para su posterior clasificación como incluidas o excluidas teniendo en cuenta los criterios de selección especificados previamente. Los desacuerdos también fueron resueltos mediante discusión.

Evaluación de la calidad metodológica

La calidad metodológica de las RS incluidas fue evaluada por parte de una revisora y se realizó mediante el empleo de la herramienta AMSTAR-2 (Shea et al., 2017). Dicha herramienta consta de 16 ítems y permite evaluar críticamente la calidad de las RS de estudios de intervenciones sanitarias, tanto aleatorizados como no aleatorizados. A cada estudio se le asignó una calificación final de su calidad de “alta”, “moderada”, “baja” y “críticamente baja”, teniendo en cuenta determinados criterios específicos como los dominios críticos con carencias que afectan a la validez de las revisiones. Se utilizó una guía elaborada por Shea y col. (2017), cuya utilidad fue de orientación durante la evaluación. Los ítems y los dominios críticos de este instrumento junto con la valoración global de la calidad se pueden encontrar en los Anexos 2 y 3, respectivamente.

Proceso de extracción de datos

Dos revisoras seleccionaron una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (>80%), siendo el resto seleccionado por una revisora y verificando la segunda los datos extraídos. Para ello, se elaboró un formulario de recopilación de datos mediante el programa Excel.

Lista de los datos

Los datos extraídos fueron los siguientes:

- 1) Identificación de la RS: primer autor, año de publicación y título.
- 2) Objetivo de la RS.
- 3) Características de la población: número total de participantes (mujeres en período posparto con sintomatología depresiva o diagnóstico de depresión), edad mínima y media, rango y región.
- 4) Características de la/s intervención/es: tipo de tratamiento (p.ej., TCC, TIP...), modalidad (individual o grupal), formato (p.ej., presencial, telefónico, online), número de sesiones, duración, frecuencia (p.ej., semanal, mensual y rango de semanas) y plazo de seguimiento.
- 5) Proveedores de la/s intervención/es.
- 6) Grupo de comparación.
- 7) Medidas psicológicas estandarizadas de sintomatología depresiva (p.ej., SCID, BDI, EPDS...).
- 8) Número total y diseño de los estudios incluidos.
- 9) Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda.
- 10) Tipo de síntesis de resultados (cualitativa y/o MA).
- 11) Número total de estudios incluidos en el MA.
- 12) Resultados del MA.

13) Riesgo de sesgo: instrumento utilizado para la valoración de los estudios incluidos y valoración general del riesgo.

14) Aplicación GRADE para evaluar la evidencia.

15) Fuentes de financiación.

16) Resultados principales (depresión).

Medidas del efecto

La medida del efecto se evaluada fue la recuperación (completa o parcial) y la reducción de síntomas depresivos, se recopilaron los datos de todos los instrumentos psicológicos estandarizados de evaluación de sintomatología depresiva utilizados en los estudios incluidos, abarcando desde entrevistas de diagnóstico hasta medidas de autoinforme. Se consideraron los resultados a corto y largo plazo de aquellas revisiones que proporcionaban esta información.

Con respecto a las medidas del efecto extraídas de los MA, se consideró el riesgo relativo (RR) para los resultados en recuperación y para los síntomas depresivos se extrajo la diferencia de medias estandarizada (DME) o diferencia de medias (DM).

Métodos de síntesis

Finalmente, se realizó una síntesis narrativa complementada con tablas resumen para sintetizar de forma estructurada la información extraída, con el objetivo de proporcionar una visión más completa y comprensible de la evidencia disponible.

Evaluación de la certeza de la evidencia

Para la evaluación de la certeza de la evidencia, se indicó si se utilizó o no la aplicación GRADE y se recogió el nivel de certeza de los estudios proporcionado por las RS.

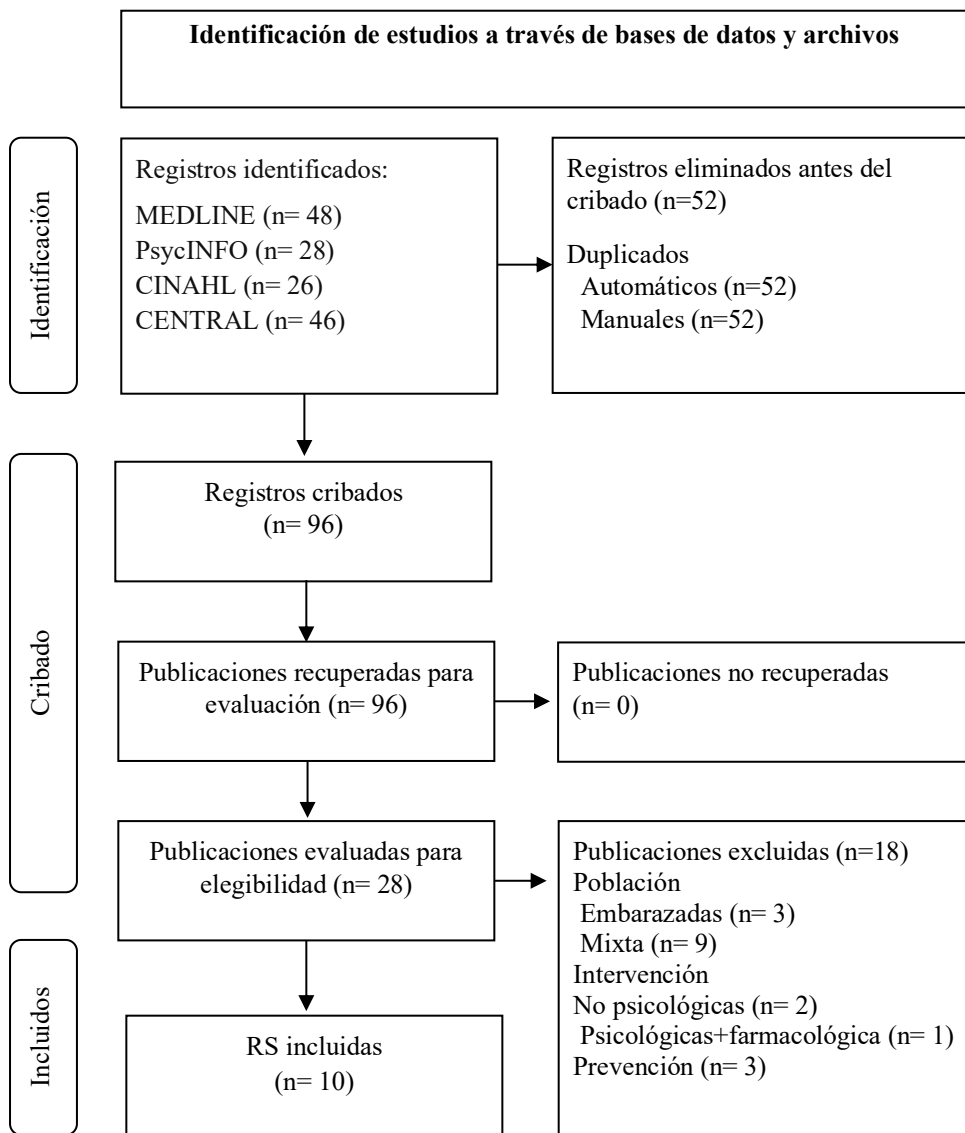
RESULTADOS

Proceso de selección de las revisiones incluidas

Tras la búsqueda bibliográfica en las distintas bases de datos electrónicas, se recuperaron inicialmente un total de 148 artículos. Después de eliminar los 52 artículos duplicados, un total de 96 registros fueron examinados según el título y el resumen y se excluyeron un total de 68 estudios. Tras finalizar el cribado, los 28 artículos restantes se revisaron a texto completo para la evaluación de la elegibilidad a través de una lectura exhaustiva. Una vez realizado este proceso, se excluyeron 18 artículos y se incluyeron un total de 10 RS publicadas en inglés entre 2006 y 2023 en esta RSP (Bledsoe & Grote., 2006; Huang et al., 2020; Li et al., 2022; Miniati et al., 2014; Nillni et al., 2018; Reuveni et al., 2021; Saad et al., 2021; Shi & MacBeth., 2017; Stentzel et al., 2023; Valverde et al., 2023). Los resultados de la búsqueda y los motivos de exclusión de los artículos se presentan en el diagrama de flujo de PRISMA (Figura 1), así como los 18 artículos excluidos junto con las razones de exclusión se encuentran en el Anexo 4.

Figura 1.

Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de los artículos, basado en el protocolo PRISMA.



Características de las revisiones sistemáticas

Las características de las RS incluidas se resumen a continuación y se presentan en detalle en la Tabla 1.

Características de los diseños incluidos en las revisiones.

Las 10 RS muestran resultados de estudios que han evaluado la eficacia de intervenciones psicológicas en el tratamiento de sintomatología depresiva en período posparto.

En cuanto al diseño de los estudios incluidos en las RS, predominan 65 ensayos controlados aleatorios (ECA). Concretamente, cinco RS incluyeron solo ECA (Huang et al., 2020; Reuveni et al., 2021; Shi & MacBeth., 2017; Stentzel et al., 2023; Valverde et al., 2023;), una RS incluyó ECA y un ensayo abierto (EA) (Bledsoe & Grote., 2006), una revisión incluyó un ECA, un ensayo controlado no aleatorizado (ECNA) y un ensayo controlado cuasialeatorizado (ECC) (Saad et al., 2021), una revisión incluyó ECA, ECA por conglomerados y EA (Nillni et al., 2018), una revisión incluyó ECA, EA y un ECC (Miniati et al., 2014) y la última RS incluyó ECA, un ECA por conglomerados y tres ECA piloto (Li et al., 2022).

Características de las participantes incluidas en las revisiones.

El número total de participantes incluidas en las RS fue de 4.737 mujeres, tanto adultas a partir de los 18 años como adolescentes a partir de los 16 años, que presentan un diagnóstico de depresión en su mayor parte evaluada a través de entrevistas clínicas estructuradas y en menor medida sintomatología depresiva autoinformada en el período posparto. La mayor parte de RS proporcionaron información sobre la región a la que pertenecían, siendo estas: Estados Unidos (Bledsoe & Grote., 2006; Huang et al., 2020; Li et al., 2022; Reuveni et al., 2021; Saad et al., 2021; Valverde et al., 2023), Canadá (Huang et al., 2020; Li et al., 2022), Inglaterra y Suiza (Huang et al., 2020), Suecia (Huang et al., 2020; Li

et al., 2022), Reino Unido (Bledsoe & Grote.,2006; Huang et al., 2020; Li et al., 2022), Australia (Bledsoe & Grote., 2006; Huang et al., 2020; Li et al., 2022), España (Shi & MacBeth., 2017), Irán (Li et al., 2022; Saad et al., 2021), Francia (Bledsoe & Grote., 2006) y China y Portugal (Li et al., 2022).

Características de las intervenciones psicológicas incluidas en las revisiones.

Las RS incluyeron diferentes intervenciones para la disminución de la sintomatología depresiva en período posparto. Siete revisiones incluyeron la TCC (Bledsoe & Grote., 2006; Li et al., 2022; Nillni et al., 2018; Reuveni et al., 2021; Saad et al., 2021; Stentzel et al., 2023; Valverde et al., 2023). En una revisión se combinó la TCC con otros tratamientos como las terapias de tercera generación, educación más técnicas de relajación, terapia familiar y terapia centrada en la persona (Li et al., 2022) y en una se comparó con terapia grupal con componentes cognitivo-conductuales, educación y análisis transaccional (Bledsoe & Grote., 2006). Una revisión incluyó además apoyo social, componentes de la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Dialéctico-Conductual (Saad et al., 2021). Tres RS incluyeron TIP (Bledsoe & Grote., 2006; Miniati et al., 2014; Nillni et al., 2018).

Las revisiones también mostraron resultados sobre la efectividad de intervenciones como el Mindfulness (Saad et al., 2021; Shi & MacBeth., 2017), la Psicoterapia Materno-Infantil (Huang et al., 2020; Miniati et al., 2014), el Asesoramiento no Directivo (Bledsoe & Grote., 2006; Valverde et al., 2023), Terapia Psicodinámica (Valverde et al., 2023), terapia de apoyo como terapia de conversación (Nillni et al., 2018) e intervenciones basadas en psicoeducación (Nillni et al., 2018; Reuveni et al., 2021; Saad et al., 2021).

Con respecto al formato de administración, se examinó la efectividad de intervenciones de manera presencial en la mayor parte de las RS (Bledsoe & Grote., 2006; Huang et al., 2020; Li et al., 2022; Miniati et al., 2014; Nillni et al., 2018; Reuveni et al., 2021; Shi & MacBeth., 2017; Valverde et al., 2023), basadas en Internet en cuatro RS (Li et

al., 2022; Nillni et al., 2018; Saad et al., 2021; Stentzel et al., 2023) y cuatro RS incluyeron llamadas telefónicas (Li et al., 2022; Nillni et al., 2018; Reuveni et al., 2021; Stentzel et al., 2023).

En cuanto a la modalidad de las intervenciones, predominan las sesiones individuales en la mayoría de los estudios (Bledsoe & Grote., 2006; Li et al., 2022; Miniati et al., 2014; Nillni et al., 2018; Reuveni et al., 2021; Saad et al., 2021; Stentzel et al., 2023; Valverde et al., 2023), cinco revisiones incluyeron intervenciones grupales (Bledsoe & Grote, 2006; Huang et al., 2020; Li et al., 2022; Miniati et al., 2014; Nillni et al., 2018) y una RS no proporcionó información sobre este aspecto (Shi & MacBeth., 2017).

Por otra parte, siete RS informaron sobre el número de sesiones (Bledsoe & Grote., 2006; Huang et al., 2020; Li et al., 2022; Miniati et al., 2014; Nillni et al., 2018; Reuveni et al., 2021; Shi & MacBeth., 2017). Las intervenciones psicológicas tuvieron un promedio de 8,23 a 17,76 sesiones, con un rango de 1 a 45 sesiones. Cuatro RS proporcionaron información sobre la duración de las intervenciones, mostrando un promedio de 1,15 a 1,5 horas y un rango de 30 minutos a dos horas (Huang et al., 2020; Li et al., 2022; Nillni et al., 2018; Shi & MacBeth., 2017) y una duración entre cinco y 18 semanas en dos revisiones (Bledsoe & Grote., 2006; Valverde et al., 2023) y en una de dos a nueve semanas (Li et al., 2022). En relación a la frecuencia de las sesiones, la mayor parte de estudios incluidos de ocho RS mostraron una frecuencia semanal (Bledsoe & Grote., 2006; Huang et al., 2020; Li et al., 2022; Miniati et al., 2014; Nillni et al., 2018; Reuveni et al., 2021; Shi & MacBeth., 2017; Valverde et al., 2023).

Asimismo, ocho RS proporcionaron información sobre el plazo de seguimiento de las intervenciones, mostrando seguimientos a corto plazo (entre 1 semana y 3 meses) y a largo plazo (entre 4 meses y 5 años) (Bledsoe & Grote., 2006; Huang et al., 2020; Li et al., 2022; Miniati et al., 2014; Nillni et al., 2018; Reuveni et al., 2021; Saad et al., 2021; Valverde et al.,

2023).

Finalmente, las intervenciones en su mayor parte fueron implementadas por distintos profesionales, entre ellos del ámbito de la salud como psicólogos, terapeutas, enfermeras, enfermeras parteras certificadas, postnatales, de primera infancia y de salud mental, parteras, estudiantes de máster y doctorado en psicología de la salud/clínica, visitantes sanitarios y otros profesionales del ámbito social como trabajadores sociales con nivel de máster (Huang et al., 2020; Li et al., 2022; Miniati et al., 2014; Nillni et al., 2018; Reuveni et al., 2021; Valverde et al., 2023).

Características de la evaluación de la sintomatología depresiva incluida en las revisiones.

Con respecto a la evaluación de la sintomatología depresiva, las medidas que se utilizaron con mayor frecuencia en las revisiones fueron la EPDS (Bledsoe & Grote., 2006;Huang et al., 2020;Li et al., 2022; Miniati et al., 2014; Nillni et al., 2018; Reuveni et al., 2021; Saad et al., 2021; Stentzel et al., 2023; Valverde et al., 2023), el BDI (Bledsoe & Grote., 2006; Huang et al., 2020; Miniati et al., 2014; Nillni et al., 2018), el BDI-II (Li et al., 2022; Miniati et al., 2014; Reuveni et al., 2021), la HDRS (Bledsoe & Grote., 2006; Miniati et al., 2014; Nillni et al., 2018), la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995) (Huang et al., 2020; Nillni et al., 2018; Shi & MacBeth., 2017) y la SCID (Bledsoe & Grote., 2006; Miniati et al., 2014; Nillni et al., 2018; Reuveni et al., 2021; Stentzel et al., 2023; Valverde et al., 2023).

Tabla 1.
Características de las revisiones sistemáticas incluidas.

Autores, año	Objetivo	Población	Intervención/es	Proveedores	Comparación	Medidas	N.º total y diseño de los estudios	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Fuentes de financiación
Bledsoe & Grote, 2006	Evaluar y sintetizar la evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones dirigidas al tratamiento de la depresión mayor no psicótica durante el embarazo y el parto, comparando las intervenciones según tipo y momento.	N=495 mujeres con diagnóstico de DPP Edad mínima, media y rango NI Región: Reino Unido, Francia, Australia y Estados Unidos	TCC (K=3) Terapia grupal con componentes cognitivo-conductual, educativo y de análisis transaccional (K=1) TIP (K=1) Asesoramiento no directivo (K=2) TP (K=1) Modalidad: - Individual (K=3) - Grupal (K=1) - NI en varios estudios N.º de sesiones: - 6 y 12 sesiones - NI en varios	NI	- Atención primaria de rutina (K=1) - NI en otros estudios	Entre-consulta Clínica revisada (no especificada) SCID, EPDS, HDRS, BDI	K=11 Tratamiento psicológico en período posparto (K=6) 5 ECA 1 EA	Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados, Medline, Psychlit y Resúmenes de Trabajo Social. No se especifica fecha de búsqueda.	Subvenciones 5T32MH014623 -24 del Instituto Nacional de Salud Mental Grant (S.E. Bledsoe) y K23 MH67595 del Instituto Nacional de Salud Mental Grant (N.K. Grote).

Autores, año	Objetivo	Población	Intervención/es	Proveedores	Comparación	Medidas	N.º total y diseño de los estudios	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Fuentes de financiación
			estudios Duración: NI Frecuencia: semanal (entre 5-18 semanas) Plazo de seguimiento: 1-12 semanas (K=3) - 4, 5 y 9 meses (K=1) - 1,5 y 5 años (K=1) - NI en varios estudios						
Huang et al., 2020	Evaluar y revisar la evidencia disponible acerca de la eficacia a corto y largo plazo de la Psicoterapia Materno-Infantil (PMI) sobre la depresión postparto (DPP).	N= 1.141 díadas madre-hijo Rango edad: 17-42 Edad mínima y media (NI) Región: EE.UU., Canadá, Inglaterra, Suiza, Suecia, Reino Unido, Australia	PMI (Participación conjunta de madre, bebé y terapeuta) Modalidad: - Grupal (K=7) - Individual (K=3) - NI (K= 3) N.º de sesiones: 8-45 (media=17,76) Duración: 1-2 h (media= 1,5 h)	Terapeutas	- Psicoterapia entre padres e hijos (K=1) - Tratamiento habitual (K=5) - Orientación de Interacción (K=1) - Atención en - Centros de Salud Infantil (K=2) - Lista de espera (K=2) - NI (resto)	BDI, DSM-III-R, EPDS, CES-D, DASS, K-10	K=13 ECA	MEDLINE PsycINFO CINAHL EMBASE CENTRAL BIOSIS Citation Index (Web of Science) y SSCI (Web of Science) 24 de abril de 2019	Fundación Nacional de Ciencias Naturales de China [81874267] y el Programa de Desarrollo de Investigación Principal Provincial de Hunan de China [2018SK2068]

Autores, año	Objetivo	Población	Intervención/es	Proveedores	Comparación	Medidas	N.º total y diseño de los estudios	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Fuentes de financiación
			<p>Frecuencia: semanal en la mayor parte, a excepción de 1 estudio. Plazo de seguimiento: - 9 meses, 1,5 y 5 años (K=1) - 3 meses (K=1) - 3,5 y 4,5 años (K=1) - 4 y 5 años (K=1) - NI (varios estudios)</p>						
Li et al., 2022	Revisar la evidencia disponible sobre la eficacia de la TCC según tipos específicos y modalidades para el tratamiento de la depresión, la ansiedad y el estrés perinatales a corto y largo plazo.	Tamaño muestral (NI) Edad: ≥ 18 Sintomatología depresiva autoinformada en mayoría. Edad media y rango NI Región: Canadá, EE.UU., China, Irán, Australia, Suecia,	-TCC sola (K=17) -TCC + terapia de tercera generación (K=2) -TCC +educación +relajación (K=1) -TCC+ TF (K=1) -TCC + TCP(K=1) Formato: - Presencial (K=14) -Internet (K=7) - Telefónica	Trabajadores sociales con nivel de máster, estudiantes de doctorado en psicología clínica, visitantes sanitarios, psicólogos, terapeutas, enfermeras posnatales y	- Lista de espera (K=6) - Visitas domiciliarias (K=1) - Tratamiento habitual (K=11) - Atención por médico general (K=2) - Atención habitual mejorada (K=1)	EPDS BDI-II	N=79 Tratamiento psicológico en período posparto (K=22) 18 ECA, 1 ECAC 3 ECA piloto	PubMed, Embase, CINAHL, PsycINFO y Cochrane Library Hasta el 20 de abril de 2020 y búsqueda actualizada el 15 de noviembre de 2021	Consejo de Becas de China e Institutos Canadienses de Investigación en Salud.



Autores, año	Objetivo	Población	Intervención/es	Proveedores	Comparación	Medidas	N.º total y diseño de los estudios	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Fuentes de financiación
		Reino Unido, Portugal	(K=1) Modalidad: - Individual (K=18) - Grupal (K=4) N.º de sesiones: 3-15 (media=7,56) NI en varios estudios Duración: 30min- 2 h (media=1,15 h) NI en varios estudios Frecuencia: semanal (2-9 semanas) Plazo de seguimiento: - 1 mes (K=2) - 3 meses (K=1) - 4 meses (K=2) - 6 meses (K=5) - 12 meses (K=1) - NI en varios estudios	de 1º infancia, partera, matrona NI en varios estudios	- Educación UCIN (K=1)				

Autores, año	Objetivo	Población	Intervención/es	Proveedores	Comparación	Medidas	N.º total y diseño de los estudios	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Fuentes de financiación
Miniati et al., 2014	Revisar la evidencia disponible sobre la eficacia de la TIP para el tratamiento de la depresión posparto.	N=403 mujeres con diagnóstico de trastorno depresivo mayor en período posparto. Edad mínima, media, rango y región NI.	TIP (K=7) PMI (K=1) Modalidad: - Individual (K=5) - Grupal (K=4) N.º de sesiones: 1-12 (media=8,77) Duración: NI Frecuencia: semanal Plazo de seguimiento: - 3 meses (K=2) - 6 meses (K=2) - 12 y 18 meses (K=1) - 2 años (K=1) - NI (varios estudios)	Terapeutas NI en varios estudios	Lista de espera (K=3) - Tratamiento habitual (K=1) - Sin grupo de control (resto)	EPDS, HDRS, HDRS-17, BDI, BDI-II, CES-D, SCID, IDD	K=11 Tratamiento psicológico en período posparto (K=7) 3 EA 3 EC 1 ECC	PubMed y PsycINFO No se especifica fecha	No
Nilni et al., 2018	Revisar la literatura existente sobre intervenciones dirigidas al tratamiento de la depresión, la ansiedad y los trastornos relacionados con el trauma durante	N= 1.584 Edad: ≥18 Diagnóstico de depresión o niveles clínicamente elevados de síntomas depresivos. Edad media, rango y	TCC (K= 9) Formato: Presencial (K=4) Online (K=4) Telefónica (K=1) TIP (K=6) Formato: Presencial (K=5) Telefónica (K= 1) Otras terapias de conversación	Terapeutas, enfermeras parteras certificadas, parteras, enfermera de salud mental, enfermera postnatal, psicólogo.	Atención primaria de rutina (K=2) Tratamiento habitual (K=5) Lista de espera (K=4) Tratamiento implementado por un médico general (K=1)	EPDS, IDA, BDI, HDRS, SCID, PHQ-9, DASS-21, MINI	K=78 Tratamiento psicológico en período posparto (K=17) 11 ECA 5 EA 1 ECAC	PubMed y PsycINFO 6 de abril de 2017	NICHD Grant 1K23HD087428 -01A1 Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Boston

Autores, año	Objetivo	Población	Intervención/es	Proveedores	Comparación	Medidas	N.º total y diseño de los estudios	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Fuentes de financiación
	el período perinatal y, específicamente, para mujeres perinatales de bajos ingresos y/o pertenecientes a minorías.	región: NI	(K=2) - Psicoeducación grupal (K=1) - Terapia de apoyo individual (K=1) Modalidad: - Grupal (K=8) - Individual (K=9) N.º de sesiones: 4-12 (media=8,23) Frecuencia: semanal (NI en varios estudios) Duración: 40 min-2h (media=83,33 min.) (NI en varios estudios) Plazo de seguimiento: - 6 meses (K=1)	NI en varios estudios	NI (K=5)				
Saad et al., 2021	Examinar y sintetizar la evidencia disponible sobre la efectividad y el impacto en la equidad de las intervenciones	N= 157 madres primíparas/ primíparas con diagnóstico de DPP. Edad mínima, media y rango	7 <i>Cups</i> : Psicoterapia en forma de ejercicios de gratitud, contacto con compañeros o "supervivientes", mindfulness,	NI	Atención posparto estándar (K=3)	EPDS	K=18 Tratamiento psicológico en período posparto (K=3) 1 ECA 1 ECNA	MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, Cochrane CENTRAL, CINAHL, PTSDPubs, Web of	Beca para estudiantes de postgrado del Instituto de Investigación Bruyère



Autores, año	Objetivo	Población	Intervención/es	Proveedores	Comparación	Medidas	N.º total y diseño de los estudios	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Fuentes de financiación
	móviles dirigidas a los trastornos mentales comunes en mujeres embarazadas y en período posparto.	NI Región: Estados Unidos e Irán.	psicoeducación, ejercicios basados en principios de la ACT. <i>Happy Mom</i> : TCC en forma de 8 lecciones para leer. <i>Veeda Mom</i> : ejercicios de mindfulness y meditación, psicoeducación basada en la ACT y la TDC mediante vídeos, apoyo social diario y seguimiento del estado de ánimo. Formato: Aplicación móvil (K=3). N.º de sesiones, frecuencia y duración NI Plazo de seguimiento: a corto plazo (2 meses) (K=3)				1 ECC	Science hasta enero de 2021 (no se especifica fecha exacta)	



Autores, año	Objetivo	Población	Intervención/es	Proveedores	Comparación	Medidas	N.º total y diseño de los estudios	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Fuentes de financiación
Shi & MacBeth, 2017	Revisar la literatura existente sobre la eficacia de las intervenciones basadas en la atención plena/mindfulness (IBM) sobre las dificultades comunes de salud mental (ansiedad, depresión y estrés) durante el período perinatal.	N=43 Edad media: 34,33. Edad mínima y rango: NI Región: España	Programa de IBM compuesto por REBAP, TCAP y autocompasión consciente. N.º de sesiones: 8 Frecuencia: Semanal Duración: 2h Sin plazo de seguimiento	NI	Lista de espera	DASS-21	K= 18 ECA Tratamiento psicológico en período posparto (K=1)	PubMed, Cochrane Library, Ended y PsycINFO. Realizaron búsquedas hasta el 28 de septiembre de 2016	No
Stentzel et al., 2023	Examinar la eficacia de las intervenciones de telemedicina para reducir los problemas de salud mental en mujeres embarazadas y/o madres primerizas, evaluando el impacto del tipo de intervenciones, su frecuencia y sus objetivos.	Tamaño muestral y edad mínima, media y rango NI. Región: Europa, Oceanía, América del Norte, Asia	TCC (K=6) Formato: - Internet/páginas web (K=5) - Telefónico (K=1) N.º de sesiones, duración y frecuencia NI Sin plazo de seguimiento	NI	- Tratamiento habitual (K=5) - Lista de espera (K=1)	SCID, EPDS, PNTQ, PDPI-R	K=44 Tratamiento psicológico en período posparto (K=6)	PubMed, Cochrane Library, Web of Science y PsycINFO. 16 de noviembre de 2020	Fondo Social Europeo



Autores, año	Objetivo	Población	Intervención/es	Proveedores	Comparación	Medidas	N.º total y diseño de los estudios	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Fuentes de financiación
Reuveni et al., 2021	Determinar la eficacia de las intervenciones psicológicas basadas en evidencia para el tratamiento de la depresión durante el embarazo y el parto en mujeres con antecedentes de trauma infantil y evaluar el impacto de estos sobre los resultados de las intervenciones.	N=721 mujeres con diagnóstico de depresión Edad: ≥ 16 Edad media y rango NI. Región: Estados Unidos	-TCC (K=1) - Gestión de la atención de la depresión por teléfono (Psicoeducación) (K=1) Formato: - Presencial K=1) - Telefónico (K=1) N.º de sesiones: - 15 - NI (K=1) Duración: NI Frecuencia: - Semanal - NI (K=1) Plazo de seguimiento: - 3 meses (K=2) - 6 y 12 meses (K=1)	Trabajadores sociales con nivel de máster con supervisión de dos clínicos doctorados y experimentados con nivel de máster	- Visitas domiciliarias (K=1) - Atención habitual mejorada (K=1)	SCID, MINI, EPDS, BDI-II, SIGH-ADS	K=6 Tratamiento psicológico en período posparto: (K=2 ECA)	PubMed, PsycINFO y la Biblioteca Cochrane. Hasta mayo de 2020 (no se especifica fecha exacta)	Fondo Robin Hood: RHF CU16-3587 y Prevención de la depresión posparto: un enfoque diádico complementario a la atención obstétrica: R01-R01HD092062
Valverde et al., 2023	Evaluar y revisar la evidencia disponible sobre la eficacia de la terapia psicodinámica y compararlo con otras intervenciones	N=193 mujeres con diagnóstico de trastorno depresivo mayor Edad mínima, media y rango: NI	TP, TCC y Asesoramiento no directivo Modalidad: Individual N.º de sesiones: NI Duración: NI Frecuencia: 8-18	Psico-terapeutas	Tratamiento habitual	SCID, EPDS	K=7 Tratamiento psicológico en período posparto (K=1 ECA)	PsycINFO, Psycarticles y PubMed enero de 2023 (no se especifica fecha exacta)	Convenio CRUE-CSIC con Springer Nature.



Autores, año	Objetivo	Población	Intervención/es	Proveedores	Comparación	Medidas	N.º total y diseño de los estudios	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Fuentes de financiación
	psicológicas para el tratamiento de la depresión posparto.	Región: Estados Unidos	semanas Plazo de seguimiento: 9 y 18 meses y 5 años						

ACT: Terapia de Aceptación y Compromiso; BDI: Inventario de Depresión de Beck (Beck et al., 1961); BDI-II: Inventario de Depresión de Beck-II (Beck et al., 1996); CES-D: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Radloff, 1977); DASS: Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (Lovibond & Lovibond, 1995); DASS-21: Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés versión 21 ítems (Lovibond & Lovibond, 1995); DPP: Depresión Postparto; DSM-III-R: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-Tercera Edición-Revisada (APA,1987); EA: Ensayo abierto; ECA: Ensayo Controlado Aleatorio; ECAC: Ensayo Controlado Aleatorizado por Conglomerados; ECC: Ensayo Controlado Cuasialeatorizado; ECNA: Ensayo Controlado No Aleatorizado; EPDS: Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (Cox et al., 1987); HDRS: Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (Hamilton, 1960); HDRS-17: Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton versión 17 ítems (Hamilton, 1967); IBM: Intervenciones basadas en Mindfulness; IDA: Escala de Irritabilidad, Depresión y Ansiedad (Snaith et al. 1978); IDD: Inventario para Diagnosticar la Depresión; K:estudios; K-10: Kessler-10 (Kessler et al., 2002); MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Sheehan et al., 1998); N: tamaño muestral; NI: No Informado; PDPI-R: Inventario Revisado de Predictores de la Depresión Posparto (Beck, 2002); PHQ-9: Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9 (Kroenke et al., 2001); PMI: Psicoterapia Materno-Infantil; PNTQ: Cuestionario de Pensamientos Negativos Posparto; REBAP: Reducción del Estrés basada en la Atención Plena; SCID: Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (First et al., 1997); SIGH-ADS: Guía de Entrevista Estructurada para la Escala de calificación de la depresión de Hamilton con suplemento de depresión atípica (Williams & Terman, 2003).TCAP: Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena; TCC: Terapia Cognitivo Conductual; TCP: Terapia Centrada en la Persona; TDC: Terapia Dialéctico-Conductual; TF: Terapia Familiar; TIP: Terapia Interpersonal; TP: Terapia Psicodinámica; UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Efecto de las intervenciones psicológicas

El resumen de los resultados se presenta en la Tabla 2. En la mayor parte de las RS se utilizó una metodología cualitativa para realizar la síntesis de los resultados encontrados. Dos revisiones incluyeron además MA (Li et al., 2022; Saad et al., 2021), mientras que otras dos revisiones realizaron únicamente una síntesis cuantitativa (Bledsoe & Grote.,2006; Huang et al., 2020).

En general, se ha encontrado evidencia de que la TCC y la TIP son eficaces para el tratamiento de la sintomatología depresiva o la depresión durante el período posparto (Bledsoe & Grote, 2006; Li et al., 2022; Miniati et al., 2014; Nillni et al., 2018;Reuveni et al., 2021; Saad et al., 2021;Stentzel et al., 2023; Valverde et al., 2023), mostrando la TCC beneficios a corto plazo (Li et al., 2022; Saad et al., 2021; Reuveni et al., 2021) y a largo plazo junto con TCC más cointervenciones en una revisión incluida (Li et al., 2022) y la TIP a largo plazo (Miniati et al., 2014; Nillni et al., 2018). Además, la TIP generó una remisión y recuperación significativas de los episodios depresivos postratamiento en una proporción importante de mujeres (Miniati et al., 2014).

Se respalda la eficacia en una RS de la TCC combinada con otras intervenciones psicológicas para reducir la sintomatología depresiva como las Terapias Centrada en el Cliente, Familiar y de Tercera Generación, así como proporcionar educación junto con técnicas conductuales como la relajación (Li et al., 2022).

Por otra parte, las RS que han evaluado la eficacia de la Psicoterapia Materno-Infantil mostraron una reducción significativa de la sintomatología depresiva postratamiento en comparación a los grupos de control (Huang et al., 2020; Miniati et al., 2014), donde en una RS se encontró beneficios a corto plazo (3 meses), aunque en el seguimiento a largo plazo no hubo diferencias significativas entre el grupo de tratamiento y el grupo control (Huang et al., 2020).

En relación a las intervenciones basadas en Mindfulness, no se ha encontrado evidencia de beneficios adicionales en comparación a las condiciones de control en las RS incluidas (Saad et al., 2021; Shi & MacBeth., 2017).

La Terapia Psicodinámica, por su parte, ha mostrado resultados inconsistentes, encontrándose en un estudio proporcionado por la RS de Valverde et al. (2023) beneficios significativos para el tratamiento de la depresión posparto en comparación al tratamiento habitual, mientras que en otros estudios no se observaron efectos positivos (Bledsoe & Grote, 2006).

El Asesoramiento no Directivo también ha mostrado variabilidad entre diferentes estudios en cuanto a su eficacia, encontrándose en una RS que no mostró beneficios significativos (Bledsoe & Grote, 2006), mientras que en otra revisión sí se observó una mejora significativa de la sintomatología depresiva durante el postratamiento en comparación al tratamiento habitual (Valverde et al., 2023).

Los hallazgos encontrados acerca de las intervenciones basadas en psicoeducación muestran discrepancias al momento de proporcionar beneficios en mujeres con sintomatología depresiva en período posparto, evidenciando eficacia en un estudio proporcionado por una revisión (Nillni et al., 2018), mientras que en otra revisión no se observaron estos resultados en mujeres sin antecedentes de abusos sexuales (Reuveni et al., 2021).

Finalizando con las intervenciones, la terapia de apoyo individual implementada a través de visitas al hogar no mostró beneficios en comparación al tratamiento habitual (Nillni et al., 2018).

Con respecto a la forma de administración, varias RS informaron que las intervenciones basadas en Internet y/o llamadas telefónicas mostraron beneficios significativos para disminuir los síntomas depresivos en comparación a las condiciones de

control (Li et al., 2022; Nillni et al., 2018; Stentzel et al., 2023). Sin embargo, en el contexto de las intervenciones móviles, se encontró que únicamente una aplicación móvil basada en TCC proporcionó un impacto positivo significativo sobre el nivel de gravedad de la depresión posparto a los dos meses de seguimiento, mientras que el resto de intervenciones con componentes en común de la Terapia de Aceptación y Compromiso, psicoeducación y Mindfulness no mostraron diferencias significativas en comparación al grupo de control (Saad et al., 2021).

En cuanto a la modalidad de las intervenciones, tres revisiones han encontrado que las intervenciones resultaron eficaces independientemente de si las sesiones han sido individuales o grupales (Li et al., 2022; Miniati et al., 2014; Nillni et al., 2018).

Tabla 3.

Resumen de resultados de las revisiones sistemáticas

Autores, año	Tipo de síntesis	Principales resultados	N.º total de estudios incluidos en el MA (si fue realizado)	Resultados del MA (si fue realizado)	Riesgo de sesgo		Aplicación GRADE para evaluar la evidencia
					Instrumento utilizado para la valoración de los estudios incluidos	Valoración general del riesgo	
Bledsoe & Grote, 2006	MA	La terapia grupal con componentes de TCC, educativo y de análisis transaccional, así como la TIP y la TCC produjeron los mayores tamaños de efecto, por lo que resultaron eficaces en el tratamiento de la depresión en las mujeres posparto. El asesoramiento no directivo y la TP no mostraron beneficios significativos en esta población. Los datos de seguimiento no se incluyeron en el MA.	K=11 Período posparto (K=6)	TCC, análisis educativo y transaccional (2.046, $p < 0,001$) TIP (1,193, $p < 0,001$) TCC (0,642, $p < 0,001$) TP (0,526, $p=0.014$) Asesoramiento no directivo (0,418, $p=0,014$) Tamaño del efecto posparto (0,703, $p>0,001$)	Según criterios de los autores	Alta calidad (K=4) Calidad media (K=2)	NA
Huang et al. (2020)	MA	Los resultados del MA indican que la PMI produjo una reducción significativa de la sintomatología depresiva postratamiento a corto plazo en comparación a la condición de control. Sin embargo, a largo plazo no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de tratamiento con PMI y el grupo control, por lo que no hubo una mejoría del estado de ánimo materno durante el seguimiento en este período. Se observó una heterogeneidad moderada en el MA sobre el resultado continuo. Se encontró en los análisis de sensibilidad que se produjeron pocos cambios en el resultado, indicando que el efecto a corto plazo de la PMI sobre la depresión era estable.	K=10	CP: Datos continuos K=10 N=643 [DME -0,25; IC del 95 % (-0,40, -0,09) $P=0,002$, $I^2=44\%$] Datos dicotómicos K=4 N=359 participantes [RR 0,70, IC del 95% (0,54- a 0,90), $P=0,005$, $I^2=0\%$] Análisis de sensibilidad (RR 0,71, IC del 95% (0,55	Herramienta de la Colaboración Cochrane de riesgo de sesgo (Higgins et al., 2011)	Alto riesgo de sesgo (K=7) Riesgo poco claro (K=1) Bajo riesgo de sesgo (K=5)	NA

Autores, año	Tipo de síntesis	Principales resultados	N.º total de estudios incluidos en el MA (si fue realizado)	Resultados del MA (si fue realizado)	Riesgo de sesgo		Aplicación GRADE para evaluar la evidencia
					Instrumento utilizado para la valoración de los estudios incluidos	Valoración general del riesgo	
				a 0,91), P =0,007, I ² =0% LP: K=4 p>0,05			
Li et al. (2022)	MA y cualitativa	Tanto la TCC única como en complemento con las otras intervenciones psicológicas mostraron eficacia para reducir la sintomatología depresiva a corto y largo plazo, reflejando una mayor mejoría en comparación a las condiciones de control. Entre las terapias combinadas, la TCC +TCP y la TCC+TF mostraron mayores beneficios significativos para el tratamiento de la depresión. La TCC basada en Internet mostró una mejora significativa superior en los síntomas depresivos con respecto a los grupos de control. La intervención telefónica de TCC sola también mostró beneficios para disminuir la sintomatología depresiva. Tanto la modalidad grupal como individual presenciales resultaron eficaces para mejorar la depresión en comparación a los controles.	K=66 Período posparto (K=22)	TCC sola: CP: [DME -0,87; IC del 95% [-1,14,-0,61]; P<0,00001, I ² =83% LP: [DME -0,85; IC del 95% [-1,16, -0,53]; P<0,00001, I ² =72% TCC-CI-> CP: TCC+TF [DME -0,67; IC del 95% [-0,95, -0,40]; P<0,00001, I ² (NA) TCC+educación+ relajación [DME -0,67; IC del 95% [-1,27, -0,06] P=0,03, I ² (no aplicable) TCC+3ªgeneración [DME -0,24; IC del 95% [-0,47, -0,02]; P=0,03, I ² =40% TCC+CI->LP TCC+educación+ relajación [DME -0,81; IC del 95% [-1,42, -0,20]; P=0,010, I ² (NA) TCC +TCP [DME-0,44; IC del 95% [-0,64, -0,23]; P<0,0001, I ² (no aplicable)	RevMan 5.3 según la herramienta de riesgo de sesgo de la Colaboración Cochrane 5.1.0 (Higgins y otros, 2011).	Riesgo alto (K=14) Riesgo poco claro (K=5) Riesgo bajo (K=3)	NA

Autores, año	Tipo de síntesis	Principales resultados	N.º total de estudios incluidos en el MA (si fue realizado)	Resultados del MA (si fue realizado)	Riesgo de sesgo		Aplicación GRADE para evaluar la evidencia
					Instrumento utilizado para la valoración de los estudios incluidos	Valoración general del riesgo	
Miniati et al., 2014	Cualitativa	<p>La TIP demostró ser efectiva para el tratamiento de la DPP independientemente de la modalidad de la intervención (individual y grupal), con beneficios a largo plazo en algunos estudios. En la mayor parte de estudios se encontró una proporción importante de mujeres que habían experimentado una remisión y recuperación significativas de sus episodios depresivos después del tratamiento, manteniéndose inclusive durante el seguimiento a mediano y largo plazo. Dos estudios mostraron que la gravedad de la depresión postratamiento, los antecedentes personales de depresión y las semanas de tratamiento actuaban como predictores significativos de recuperación a mediano plazo.</p> <p>En un estudio se encontró evidencia de que tanto la PMI como la TIP fueron igualmente efectivas para reducir los síntomas depresivos en comparación a la condición de control, aunque las mujeres del grupo de la PMI experimentaron una mayor mejoría. Dos estudios mostraron un pequeño número de mujeres que continuaron experimentando síntomas depresivos después del tratamiento.</p>	No se realizó MA	No se realizó MA	No se utilizó	No se realizó	NA
Nillni et al., 2018	Cualitativa	<p>La TCC fue el tratamiento más estudiado, seguido de la TIP en mujeres posparto. Ambos demostraron beneficios en la reducción de la sintomatología depresiva, independientemente de la duración y el formato de administración.</p> <p>11 ECA con intervenciones de TCC y TIP encontraron una disminución significativa de los síntomas depresivos después del tratamiento en comparación al grupo de control. En un EA que empleó la TIP se encontró que en el seguimiento de 6 meses se mantuvo la disminución de la sintomatología depresiva.</p> <p>Las intervenciones tanto con formato online como telefónico lograron una reducción significativa de los síntomas depresivos sobre las condiciones de control (lista de espera y tratamiento habitual).</p>	No se realizó MA	No se realizó MA	Herramienta de la Colaboración Cochrane de riesgo de sesgo (Higgins et al., 2011)	Alto riesgo de sesgo (K=16) Poco claro (K=1)	NA

Autores, año	Tipo de síntesis	Principales resultados	N.º total de estudios incluidos en el MA (si fue realizado)	Resultados del MA (si fue realizado)	Riesgo de sesgo		Aplicación GRADE para evaluar la evidencia
					Instrumento utilizado para la valoración de los estudios incluidos	Valoración general del riesgo	
		<p>Asimismo, no se observan diferencias significativas entre las modalidades grupal e individual.</p> <p>En cuanto a las terapias de conversación, sólo 1 ECA donde emplearon la terapia de grupo psicoeducativa mostró una disminución significativamente mayor de la sintomatología depresiva sobre la condición de control (atención primaria rutinaria) en el post-tratamiento. La terapia de apoyo individual a través de visitas domiciliarias no mostró beneficios en un ECA en comparación con el tratamiento habitual.</p> <p>Algunos estudios evidencian que la administración de la TCC y la TIP por parte de profesionales no especializados en salud mental (p.ej., enfermeras parteras y parteras) puede ser eficaz.</p>					
Reuveni et al., 2021	Cualitativa	<p>La TCC en el Hogar demostró tener efectos positivos significativos en las madres deprimidas, encontrándose una mejora considerable a lo largo del tiempo en las puntuaciones de depresión. En el seguimiento a corto plazo (3 meses) se mantuvo esta mejoría.</p> <p>La intervención basada en psicoeducación (Gestión de la atención de la depresión por teléfono) solo mostró beneficios significativos en las mujeres con antecedentes de abusos sexuales.</p>	No se realizó MA	No se realizó MA	Herramienta de la Colaboración Cochrane de riesgo de sesgo (Higgins et al., 2011)	Bajo riesgo de sesgo (K=2)	NA
Saad et al., 2021	MA y cualitativa	<p>De las tres intervenciones móviles, sólo la aplicación Happy Mom basada en TCC mostró un beneficio clínicamente importante sobre el nivel de gravedad de la DPP a los 2 meses de seguimiento. Las otras intervenciones que tenían en común componentes de psicoeducación, principios de la ACT y Mindfulness no mostraron mejoras significativas adicionales sobre la gravedad de los síntomas depresivos en comparación con la atención posparto estándar a corto plazo.</p>	K=4 Período posparto (K=2)	Nota: se ha decidido extraer resultados cualitativos ya que en el MA se incluye un estudio que incluye una intervención no psicológica.	Herramienta Cochrane Risk of Bias 2.0 revisada (ROB 2.0) para ECA y Herramienta de la Colaboración Cochrane de riesgo de sesgo (ROBINS-I) para	1 ECA y 1 ECC riesgo alto 1 ECNA riesgo medio	1 ECA y 1 ECC certeza muy baja y 1 ECNA certeza baja

Autores, año	Tipo de síntesis	Principales resultados	N.º total de estudios incluidos en el MA (si fue realizado)	Resultados del MA (si fue realizado)	Riesgo de sesgo		Aplicación GRADE para evaluar la evidencia
					Instrumento utilizado para la valoración de los estudios incluidos	Valoración general del riesgo	
Shi & MacBeth, 2017	Cualitativa	Los resultados indicaron que dentro del grupo de tratamiento con intervenciones basadas en Mindfulness (REBAP, TCAP y autocompasión consciente) hubo una reducción significativa en las puntuaciones de depresión ($d=0,83$), pero no se observaron diferencias significativas entre el grupo de tratamiento y el grupo de control en lista de espera.	No se realizó MA	No se realizó MA	Herramienta de la Colaboración Cochrane revisada de riesgo de sesgo (Higgins et al., 2011)	Riesgo alto de sesgo	NA
Stentzel et al., 2023	Cualitativa	La TCC basada en Internet fue el tratamiento más estudiado. Todas las intervenciones (TCC basada en Internet y telefónica) produjeron una reducción significativa de los síntomas depresivos en comparación a la condición de control, independientemente de la forma de administración.	No se realizó MA	No se realizó MA	Herramienta Cochrane Risk of Bias 2.0 revisada (ROB 2.0) para ECA	Bajo riesgo de sesgo (K=4) Alto riesgo de sesgo (K=2)	NA
Valverde et al., 2023	Cualitativa	El ECA mostró que los tres tratamientos psicológicos breves administrados (TCC, asesoramiento no directivo y TP) en diferentes grupos experimentales proporcionaron beneficios significativos en el estado de ánimo materno durante el postratamiento (4,5 meses) en comparación a la condición de control (tratamiento habitual). Sin embargo, el efecto positivo de estas intervenciones no se evidenció a los 9 y 18 meses de seguimiento, llegando a no ser eficaces para evitar el riesgo de experimentar futuros episodios de DPP a los 5 años. Solamente la TP fue capaz de generar una tasa de reducción de la depresión medida mediante el SCID.	No se realizó MA	No se realizó MA	Escala JADAD (Jadad y cols.,1996)	ECA de alta calidad metodológica	NA

ACT: Terapia de Aceptación y Compromiso; CP: corto plazo; DPP: Depresión Postparto; ECA: Ensayo Controlado Aleatorio; ECC: Ensayo Controlado Cuasialeatorizado; ECNA: Ensayo Controlado No Aleatorizado; K: estudios; LP: largo plazo; MA: Metanálisis; NA: No se aplica; PMI: Psicoterapia Materno-Infantil; REBAP: Reducción del Estrés basada en la atención plena; SCID: Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (First et al.,1997); TCAP: Terapia Cognitiva basada en la atención plena; TCC: Terapia Cognitivo-Conductual; TCC-CI: Terapia Cognitivo Conductual con Cointervenciones; TCP: Terapia Centrada en la Persona; TF: Terapia Familiar; TIP: Terapia Interpersonal; TP: Terapia Psicodinámica.

Riesgo de sesgo

La calidad metodológica de las revisiones incluidas evaluada mediante la herramienta AMSTAR-2 se presenta en la Tabla 3. Cinco revisiones se consideraron de calidad críticamente baja, dos revisiones como de baja calidad y tres revisiones se clasificaron con calidad moderada.

Tabla 3.

Calidad metodológica de las revisiones sistemáticas

Autores, año	Dominios del AMSTAR-2																Valoración global
	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	I14	I15	I16	
Nilni et al., 2018	Sí	No	Sí	SP	No	No	No	Sí	Sí	No	NM	NM	No	NM	NM	Sí	Críticamente baja calidad
Huang et al., 2020	Sí	No	Sí	SP	No	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Baja calidad
Shi & MacBeth., 2017	No	Sí	No	Sí	SP	No	No	No	Sí	No	NM	NM	Sí	NM	NM	Sí	Críticamente baja calidad
Valverde et al., 2023	Sí	No	Sí	SP	No	No	No	SP	No	No	NM	NM	No	NM	NM	Sí	Críticamente baja calidad
Saad et al., 2021	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Moderada calidad
Stentzel et al., 2023	Sí	Sí	Sí	SP	Sí	Sí	No	SP	Sí	No	NM	NM	Sí	NM	NM	Sí	Moderada calidad
Miniati et al., 2014	Sí	No	Sí	SP	No	No	No	SP	No	No	NM	NM	No	NM	NM	Sí	Críticamente baja calidad
Li et al., 2022	Sí	No	Sí	SP	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Baja calidad
Bledsoe & Grote, 2006	Sí	No	Sí	SP	No	No	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No	SP	NE	Críticamente baja calidad
Reuveni et al., 2021	Sí	Sí	Sí	SP	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	NM	NM	Sí	NM	NM	Sí	Moderada calidad

I Ítem; NE: No Especificado; NM: No Metaanálisis; SP: Sí Parcial

DISCUSIÓN

La presente RSP presenta los hallazgos encontrados de las RS incluidas y MA sobre la eficacia de intervenciones psicológicas en la depresión posparto.

Tras los resultados obtenidos, las RS incluidas muestran una amplia variedad de intervenciones psicológicas implementadas en diversos formatos (presencial, basadas en Internet/online y por vía telefónica), entre ellas la TCC única, en complemento con otros tratamientos como la Terapias Centrada en la Persona, Familiar y de tercera generación, junto con educación y técnicas de relajación; la TIP; la Psicoterapia Materno-Infantil; intervenciones basadas en Mindfulness y psicoeducación; la Terapia Psicodinámica; el Asesoramiento no Directivo; terapia de apoyo individual; intervenciones con componentes educativo y de análisis transaccional, de la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Dialéctico-Conductual.

Tanto la TCC como la TIP fueron los tratamientos más estudiados en las RS incluidas, encontrándose una evidencia sólida sobre la eficacia de ambas, donde las mujeres que recibieron estas modalidades experimentaron una reducción significativa en la sintomatología depresiva durante el período posparto (Bledsoe & Grote, 2006; Li et al., 2022; Miniati et al., 2014; Nillni et al., 2018; Reuveni et al., 2021; Saad et al., 2021; Stentzel et al., 2023; Valverde et al., 2023). Estos hallazgos son consistentes con la amplia literatura científica existente de estudios previos que han mostrado la eficacia de estas intervenciones psicológicas en esta población (Milgrom et al., 2016; Muresan-Madar & Baban., 2015; Reay et al., 2012; Stuart, 2012).

Asimismo, la TCC complementada con otros tratamientos como las Terapias Centrada en la Persona, Familiar y de tercera generación, junto con educación y relajación han mostrado eficacia en la reducción de los síntomas depresivos en mujeres en etapa posparto (Li et al., 2022). Esta evidencia resulta relevante para la práctica clínica, ya que la implementación de distintos enfoques terapéuticos que han mostrado evidencia puede llegar a conseguir mejores resultados en esta población, permitiendo adaptar el tratamiento según sus preferencias y necesidades específicas.

Cabe destacar que TCC basada en Internet también ha mostrado beneficios importantes en la disminución de sintomatología depresiva (Li et al., 2022; Nillni et al., 2018; Saad et al., 2021; Stentzel et al., 2023). Además, tanto esta terapia como la TIP lograron reducir los síntomas de depresión mediante llamadas telefónicas (Li et al., 2022; Nillni et

al.,2018; Stentzel et al., 2023). Considerando la evidencia existente, hay estudios que también han encontrado resultados positivos de las intervenciones de telemedicina con TCC (Milgrom et al., 2016, Milgrom et al.,2021; Pugh et al., 2016). Esto sugiere que implementar este tipo de tratamientos a través de estos formatos puede resultar tan eficaz como las intervenciones presenciales para reducir la sintomatología depresiva. Por tanto, estos hallazgos resultan de gran relevancia para esta población, ya que las mujeres que enfrentan barreras geográficas podrán beneficiarse de estas modalidades de intervenciones, contribuyendo a una mayor accesibilidad, flexibilidad y comodidad y, especialmente, para las mujeres que experimentan una sobrecarga ante la atención y cuidados que proporcionan a sus hijos durante la etapa posparto. Además, en estas modalidades de intervenciones podrán acceder a variedad de recursos en línea y herramientas, como plataformas para comunicarse con otras mujeres y compartir experiencias, proporcionándoles vídeos, técnicas y ejercicios, etc., y promoviendo el apoyo social entre las mismas.

Otro hallazgo relevante encontrado para esta RSP ha sido que algunas intervenciones, tales como TCC única y complementada con otros tratamientos y la TIP, han resultado eficaces tanto en modalidad grupal como individual en determinadas RS incluidas (Li et al., 2022; Miniati et al., 2014; Nillni et al., 2018). Estos resultados son positivos al momento de realizar futuras intervenciones, adaptándose a las preferencias de cada paciente en función de la modalidad, considerando sus características y necesidades individuales.

Finalizando con las intervenciones, es importante destacar que la Psicoterapia Materno-Infantil ha tenido efectos positivos a corto plazo sobre la mejora de la sintomatología depresiva (Huang et al., 2020; Miniati et al., 2014). Esto supone importantes beneficios para la relación que mantienen las madres con sus hijos durante esta etapa, donde la depresión posparto limita sus funciones maternas, por lo que se promueve no sólo la mejora en el estado de ánimo depresivo sino también el desarrollo de un vínculo saludable y seguro.

Por otro lado, se ha encontrado en varias RS que las intervenciones psicológicas han sido implementadas por distintos profesionales, abarcando desde al ámbito de la salud (p.ej., psicólogos, terapeutas, enfermeras postnatales, parteras, visitantes sanitarios...) hasta el ámbito social (trabajadores sociales con nivel de máster). Según Nillni et al. (2018), tras los hallazgos que encontraron sugieren que determinados tratamientos psicológicos (TCC y TIP) pueden ser administrados de forma efectiva por parte de profesionales no especializados en

salud mental. Sin embargo, es imprescindible que las intervenciones psicológicas sean implementadas por profesionales acreditados y con formación específica.

Limitaciones y líneas futuras de investigación

Como limitaciones encontradas en esta RSP, se encuentran las asociadas a la posibilidad de que existan RS que cumplan los criterios de selección, pero se encuentren en otras bases de datos o idiomas diferentes a los consultados.

Además, no se pudo recoger información sobre las fuentes de heterogeneidad observada en los MA incluidos. Esto supone que no se puedan identificar si existen moderadores que han estado influyendo en la variabilidad de los resultados como las características de la población o componentes específicos de las intervenciones, como el contenido, el número y la duración de las sesiones, el formato o los proveedores, entre otros. Por tanto, conocer las causas va a permitir comprender qué subgrupos poblacionales se han beneficiado en mayor medida con determinadas intervenciones y, de esta manera, poder realizar tratamientos personalizados, mejorando la eficacia de las intervenciones y la adaptabilidad a las necesidades individuales de la población de mujeres con depresión posparto.

Otra limitación ha sido el número casi inexistente de RS que han proporcionado información sobre la eficacia de intervenciones psicológicas sobre la recuperación (completa o parcial) y remisión de la sintomatología depresiva en mujeres en período posparto, a excepción de la TIP en una revisión incluida (Miniati et al., 2014).

Por otra parte, es importante señalar que entre algunas de las RS y MA incluidos se ha encontrado una duplicidad de estudios, considerándolos en más de una ocasión dentro de la síntesis. Aunque esto podría haber sesgado algunos resultados, la cantidad de ensayos repetidos fue relativamente baja después de realizar un análisis global.

En cuanto a la calidad metodológica de las RS incluidas, el proceso de evaluación ha sido realizado por parte de una revisora, clasificándose cinco de ellas con una valoración global de la calidad críticamente baja y dos como de baja calidad. Por tanto, durante este proceso no se ha realizado una revisión de pares, implicando posibles sesgos y subjetividad al momento de valorar los artículos, por lo que estos resultados deben interpretarse cuidadosamente al momento de tomar decisiones clínicas sobre el tratamiento de la depresión postparto.

Como propuestas para futuras investigaciones, teniendo en cuenta lo anterior, se precisa realizar más RS y MA de mayor calidad para aumentar la solidez de la evidencia científica sobre las intervenciones psicológicas para el tratamiento de la depresión posparto.

Por otra parte, resulta necesario seguir realizando más estudios sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas en el tratamiento de la depresión posparto con seguimientos a largo plazo para determinados tipos de intervenciones (Asesoramiento no Directivo, TCC en el Hogar y basada en Internet), dado el número limitado de RS que proporcionaban información al respecto, con el objetivo de determinar si los efectos positivos de estas intervenciones se mantienen a lo largo del tiempo.

Además, considerando esta propuesta y los resultados encontrados, resulta esencial realizar intervenciones psicológicas con mayor duración en el tiempo que contribuyan a una recuperación (completa o parcial) y remisión de los síntomas depresivos, identificando posibles factores que contribuyen a una posible recaída.

Teniendo en cuenta la evidencia encontrada, conviene que las intervenciones basadas en psicoeducación se complementen con otros componentes de TCC u otros tratamientos que han demostrado eficacia en la reducción de síntomas depresivos, puesto que proporcionar información a esta población sobre su situación y condición, entre otros aspectos, resulta fundamental pero se ha observado que implementarla únicamente como componente central en las intervenciones no ha sido suficiente en algunos estudios como en la RS de Reuveni et al. (2021).

Finalmente, es importante realizar más investigaciones para determinar la eficacia de otras terapias que han mostrado falta de consistencia en los resultados, como el Asesoramiento no Directivo, la Terapia Psicodinámica y las intervenciones basadas en psicoeducación, así como de intervenciones que no han sido suficientemente investigadas en las revisiones incluidas como la Terapia de Aceptación y Compromiso y el Mindfulness, con el objetivo de poder brindar otros tipos de enfoques terapéuticos a las mujeres que podrían no responder adecuadamente a las intervenciones habitualmente administradas y, de esta manera, proporcionar una atención personalizada y eficaz.

Conclusiones

Existe una amplia evidencia que respalda la eficacia de la TCC y la TIP para el tratamiento de la depresión posparto, logrando una disminución significativa de la sintomatología depresiva, independientemente de la modalidad (individual y grupal). La TIP

ha demostrado que puede llegar también a proporcionar una recuperación (completa o parcial) y la remisión de estos síntomas. Asimismo, estas terapias pueden proporcionar efectos positivos a través de distintos formatos, en el caso de la TCC mediante la telemedicina y la TIP por medio de llamadas telefónicas.

Por otra parte, la implementación de TCC simultáneamente con otras intervenciones, como la Terapia Centrada en la Persona, Familiar y enfoques de tercera generación, así como educación y técnicas de relajación ha mostrado beneficios importantes para la reducción de los síntomas depresivos en esta población.

La Psicoterapia Materno-Infantil, por su parte, ha sido una modalidad terapéutica con efectos favorecedores para la población de mujeres en etapa posparto, logrando una mejora de la sintomatología depresiva con beneficios a corto plazo.

Sin embargo, no existe una clara evidencia sobre la eficacia de intervenciones como el Asesoramiento no Directivo, la Terapia Psicodinámica, las basadas en psicoeducación y Mindfulness, así como con componentes de la Terapia de Aceptación y Compromiso, encontrándose resultados inconsistentes, por lo que se hace necesario seguir investigando sobre sus efectos en mujeres con depresión posparto.

Por tanto, estos hallazgos proporcionan la evidencia actual de aquellas intervenciones que han resultado eficaces para el tratamiento de la depresión posparto, contribuyendo a la toma de decisiones clínicas y políticas y sobre la práctica clínica con esta población.

REFERENCIAS

- Acuña, A., Ramírez, E. & Azofeifa, M.F. (2021). Depresión postparto. *Revista Médica Sinergia*, 6(09).
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) (5th edition revised)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Aromataris, E., Munn, Z. (Editors). (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. *JBI*.
<https://synthesismanual.jbi.global>.
- Bledsoe, S. E., & Grote, N. K. (2006). Treating depression during pregnancy and the postpartum: a preliminary meta-analysis. *Research on social work practice*, 16(2), 109-120.
- Higgins, J. P. T., Tomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V.A. (2023). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 6.4*. [online]. The Cochrane Collaboration. <https://training.cochrane.org/handbook/current>
- Huang, R., Yang, D., Lei, B., Yan, C., Tian, Y., Huang, X., & Lei, J. (2020). The short-and long-term effectiveness of mother–infant psychotherapy on postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 260, 670-679.
- Jiménez, I., Navarro, R., Navarro, M., Lorenzo, M.D., Caballero, Y. y Ballarín, A. (2021). Depresión Postparto. *Revista Sanitaria de Investigación*, (2)5.
- Krauskopf, V., & Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 139-149.
- Li, X., Laplante, D. P., Paquin, V., Lafortune, S., Elgbeili, G., & King, S. (2022). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for perinatal maternal depression, anxiety and stress: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical psychology review*, 92, 102129.
- Malpartida, M.K. (2020). Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5 (2). doi: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i2.355>
- Milgrom, J., Danaher, B. G., Seeley, J. R., Holt, C. J., Holt, C., Ericksen, J., ... & Gemmill, A. W. (2021). Internet and face-to-face cognitive behavioral therapy for postnatal depression compared with treatment as usual: randomized controlled trial of MumMoodBooster. *Journal of medical Internet research*, 23(12), e17185.
- Milgrom, J., Danaher, B.G., Gemmill, A.W., Holt, C., Holt, C.J., Seeley, J.R., ... Ericksen, J. (2016). Internet cognitive behavioral therapy for women with postnatal depression: A

- randomized controlled trial of MumMoodBooster. *Journal of Medical Internet Research*, 18(3), e4993.
- Miniati, M., Callari, A., Calugi, S., Rucci, P., Savino, M., Mauri, M., & Dell'Osso, L. (2014). Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: a systematic review. *Archives of women's mental health*, 17, 257-268.
- Muresan-Madar A. & Baban, A. (2015). The development and piloting of a CBT group program for postpartum depression. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 15(1), 51–64.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020). Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance (CG192).
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
- Nilni, Y. I., Mehralizade, A., Mayer, L., & Milanovic, S. (2018). Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal period: A systematic review. *Clinical psychology review*, 66, 136-148.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. <https://www.paho.org/es/noticias/9-10-2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-es-trastorno-mental-mas-frecuente>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia postnatal positiva.
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240045989>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 372 (71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.
- Pugh, N. E., Hadjistavropoulos, H. D., & Dirkse, D. (2016). A randomised controlled trial of therapist-assisted, internet-delivered cognitive behavior therapy for women with maternal depression. *PloS one*, 11(3), e0149186.
- Putnick, D. L., Sundaram, R., Bell, E. M., Ghassabian, A., Goldstein, R. B., Robinson, S. L., ... & Yeung, E. (2020). Trajectories of maternal postpartum depressive symptoms. *Pediatrics*, 146(5).

- Reay, R. E., Mulcahy, R., Wilkinson, R. B., Owen, C., Shadbolt, B., & Raphael, B. (2012). The development and content of an interpersonal psychotherapy group for postnatal depression. *International journal of group psychotherapy*, *62*(2), 221-251.
- Reuveni, I., Lauria, M., Monk, C., & Werner, E. (2021). The impact of childhood trauma on psychological interventions for depression during pregnancy and postpartum: a systematic review. *Archives of women's mental health*, *24*, 367-380.
- Saad, A., Magwood, O., Aubry, T., Alkhateeb, Q., Hashmi, S. S., Hakim, J., ... & Pottie, K. (2021). Mobile interventions targeting common mental disorders among pregnant and postpartum women: An equity-focused systematic review. *PloS one*, *16*(10), e0259474.
- Shea, B.J., Reeves, B.C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E. & Henry, D.A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *British Medical Journal*, *358*. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
- Shi, Z., & MacBeth, A. (2017). The effectiveness of mindfulness-based interventions on maternal perinatal mental health outcomes: a systematic review. *Mindfulness*, *8*(4), 823-847.
- Solís, M., Pineda A. L. & Chacón, J. (2019). Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*, *4* (6): 1-10. DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.248>
- Stentzel, U., Grabe, H. J., Schmidt, S., Tomczyk, S., van den Berg, N., & Beyer, A. (2023). Mental health-related telemedicine interventions for pregnant women and new mothers: a systematic literature review. *BMC psychiatry*, *23*(1), 1-21.
- Stuart, S. (2012). Interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *19*(2), 134-140.
- Valverde, N., Mollejo, E., Legarra, L., & Gómez-Gutiérrez, M. (2023). Psychodynamic Psychotherapy for Postpartum Depression: A Systematic Review. *Maternal and Child Health Journal*, 1-9.
- Villegas, N., Paniagua, A. y Vargas, J. A. (2019). Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*, *4*(7). <https://doi.org/10.31434/rms.v4i7.261>

Viquez, M. y Valverde, K. (2022). Detección temprana de la depresión posparto. *Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos*, 6(5), 37–44.<https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i5.74>

Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., ... & Yang, B. X. (2021). Correction: Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational Psychiatry*, 11.<https://doi.org/10.1038/s41398-021-01692-1>

Anexo 1. Estrategias de búsquedas

MEDLINE Complete, APA PsycINFO y CINAHL

- S1 (MM "Depression, Postpartum")
S2 (MM "Women")
S3 (MM "Cognitive Behavioral Therapy")
S4 (MM "Psychotherapy")
S5 TI "postpartum depression" OR "post-partum depression" OR "postnatal depression"
OR "post-natal depression" OR "perinatal depression" OR "depressive symptomatology"
OR "depressive symptoms" OR "depress*" OR baby-blue*
S6 AB "postpartum depression" OR "post-partum depression" OR "postnatal
depression" OR "post-natal depression" OR "perinatal depression" OR "depressive
symptomatology" OR "depressive symptoms" OR "depress*" OR baby-blue*
S7 TI "puerper*" OR pregnan*
S8 AB "puerper*" OR pregnan*
S9 TI "Psycholog*", "Cognitive" OR "Behavioral" OR "Behavioural" OR
"Mindfulness" OR "Relaxation"
S10 AB "Psycholog*", "Cognitive" OR "Behavioral" OR "Behavioural" OR
"Mindfulness" OR "Relaxation"
S11 TI "Intervention" OR "Therapy" OR "Treatment" OR "Psychotherapy" OR
"Training"
S12 AB "Intervention" OR "Therapy" OR "Treatment" OR "Psychotherapy" OR
"Training"
S13 S9 OR S10
S14 S11 OR S12
S15 S13 AND S14
S16 S1 OR S5 OR S6
S17 S2 OR S7 OR S8
S18 S3 OR S4 OR S15
S19 S16 AND S17 AND S18
S20 (MH "Systematic Reviews as Topic")
S21 (MH "Meta-Analysis as Topic+")
S22 TI "systematic review" OR "systematic literature review" OR "meta-analysis" OR
"meta-analyses" OR "meta analysis" OR "meta analyses"
S23 AB "systematic review" OR "systematic literature review" OR "meta-analysis" OR
"meta-analyses" OR "meta analysis" OR "meta analyses"
S24 S20 OR S21 OR S22 OR S23
S25 S19 AND S2
-

Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)

- #1 MeSH descriptor: [Depression, Postpartum] explode all trees
 - #2 MeSH descriptor: [Women] explode all trees
 - #3 MeSH descriptor: [Cognitive Behavioral Therapy] explode all trees
 - #4 MeSH descriptor: [Psychotherapy] explode all trees
 - #5 (“postpartum depression” OR “post-partum depression” OR “postnatal depression” OR “post-natal depression” OR “perinatal depression” OR “depressive symptomatology” OR “depressive symptoms” OR “depressive” OR “baby-blue”):ti,ab,kw
 - #6 (“Puerperal” OR “puerperium” OR “Pregnancy” OR “Pregnant”):ti,ab,kw
 - #7 (“Psychological” OR “Cognitive” OR “Behavioral” OR “Behavioural” OR “Mindfulness” OR “Relaxation”):ti,ab,kw
 - #8 (“Intervention” OR “Therapy” OR “Treatment” OR “Psychotherapy” OR “Training”):ti,ab,kw
 - #9 #7 AND #8
 - #10 #1 OR #5
 - #11 #2 OR #6
 - #12 #3 OR #4 OR #9
 - #13 #10 AND #11 AND #12
 - #14 Cochrane Reviews matching “#13 - #10 AND #11 AND #12”
-

Anexo 2. Herramienta de evaluación crítica para revisiones sistemáticas AMSTAR-2

1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?

Sí	Opcional	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Población	<input type="checkbox"/> Ventana temporal de seguimiento	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Intervención		
<input type="checkbox"/> Comparación		
<input type="checkbox"/> Resultado (Outcome)		

2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?

Sí parcial	Sí	<input type="checkbox"/> Sí
Los autores afirman que tuvieron un protocolo o guía escrita que incluía TODO lo siguiente:	Además de lo anterior, el protocolo debe estar registrado y también debería haber especificado:	<input type="checkbox"/> Sí parcial
<input type="checkbox"/> Pregunta(s) de la revisión	<input type="checkbox"/> Un meta-análisis / plan de síntesis, si aplicara, y	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Una estrategia de búsqueda	<input type="checkbox"/> Un plan para investigar causas de heterogeneidad	
<input type="checkbox"/> Criterios de inclusión / exclusión	<input type="checkbox"/> Justificación para cualquier desviación del protocolo	
<input type="checkbox"/> Evaluación del riesgo de sesgo		

3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?

Para sí, la revisión debe satisfacer UNA de las siguientes opciones:	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Explicación para incluir sólo Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA), o	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Explicación para incluir sólo Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA), o	
<input type="checkbox"/> Explicación para incluir ambos: ECA y EINA	

4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?

Para sí parcial (TODO lo siguiente):	Para sí, también debería tener (TODO lo siguiente):	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Buscaron por lo menos en 2 bases de datos (relevantes a la pregunta de investigación)	<input type="checkbox"/> Haber buscado en listas de referencias / bibliografía de los estudios incluidos	<input type="checkbox"/> Sí parcial
<input type="checkbox"/> Proporcionaron palabras clave y/o estrategia de búsqueda	<input type="checkbox"/> Haber buscado en registros de ensayos/estudios	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Explicitan si hubo restricciones de publicación y está justificada (por ejemplo, idioma)	<input type="checkbox"/> Haber incluido o consultado expertos en el campo de estudio	
	<input type="checkbox"/> Haber buscado literatura gris, si correspondiese	
	<input type="checkbox"/> Haber realizado la búsqueda dentro de los 24 meses de analizada la revisión protocolo	

5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:	<input type="checkbox"/> Sí

Al menos dos revisores estuvieron de acuerdo de forma independiente en la selección de los estudios elegibles y consensuaron qué estudios incluir, o No

Dos revisores seleccionaron una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto seleccionado por un solo revisor

6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes: Sí

Al menos dos revisores alcanzaron consenso sobre los datos a extraer, o No
 dos revisores extrajeron los datos de una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto extraído por un solo revisor

7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?

Para sí parcial (TODO lo siguiente):	Para sí, también describe (TODO lo siguiente):	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Se proporciona una lista de todos los estudios potencialmente relevantes, evaluados por texto completo, pero excluidos de la revisión	<input type="checkbox"/> Fue justificada la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante	<input type="checkbox"/> Sí parcial
		<input type="checkbox"/> No

8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?

Para sí parcial (TODO lo siguiente):	Para sí, también describe (TODO lo siguiente):	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Poblaciones	<input type="checkbox"/> Población en detalle	<input type="checkbox"/> Sí parcial
<input type="checkbox"/> Intervenciones	<input type="checkbox"/> Ámbito del estudio	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Comparadores	<input type="checkbox"/> Marco temporal para el seguimiento	
<input type="checkbox"/> Resultados	<input type="checkbox"/> Intervención y comparador en detalle (incluidas dosis si fuese pertinente)	
<input type="checkbox"/> Diseños de investigación		

9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?

Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)	<input type="checkbox"/> Sí
Para sí parcial debe haber valorado:	<input type="checkbox"/> Sí Parcial
<input type="checkbox"/> Enmascaramiento de la asignación, y	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> cegamiento de pacientes y evaluadores de resultados (innecesario para resultados objetivos como mortalidad por todas las causas)	<input type="checkbox"/> Sólo incluye EINA
Para sí, también debe haber valorado:	
<input type="checkbox"/> Generación de la secuencia aleatoria, y	
<input type="checkbox"/> reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos	

Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA)	<input type="checkbox"/> Sí
Para sí parcial debe haber valorado:	<input type="checkbox"/> Sí Parcial
<input type="checkbox"/> Sesgo de confusión, y	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> sesgo de selección	<input type="checkbox"/> Sólo incluye ECA
Para sí, también debe haber valorado:	
<input type="checkbox"/> Métodos utilizados para determinar exposiciones y resultados, y	
<input type="checkbox"/> reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos	

10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?

- Para sí:** Sí
- Debe haber informado sobre las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión No

Nota: informar que los revisores buscaron esta información pero que no fue informado por los autores del estudio, también califica

11. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?

- Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)** Sí
- Para sí:** No
- Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y No Meta-
 utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados **Análisis**
de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente, e
 investigaron las causas de la heterogeneidad
-

- Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA)** Sí
- Para sí:** No
- Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y No Meta-
 utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados **Análisis**
de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente, y
 combinaron estadísticamente las estimaciones de efecto de EINA que fueron
ajustados por confusión, en lugar de combinar
datos crudos, o justificaron combinar datos crudos las estimaciones de efecto
ajustado cuando no hubieran estado disponibles, y
 reportaron estimaciones de resumen separadas para los ECA y EINA por
separado cuando ambos se incluyeron en la revisión
-

12. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del meta-análisis u otra síntesis de evidencia?

- Para sí:** Sí
- Sólo incluyeron ECA de bajo riesgo de sesgo, o No
- Si la estimación combinada se basó en ECA y/o EINA con diferentes riesgos No Meta-
de sesgo, los autores realizaron análisis para investigar su posible impacto en las **Análisis**
estimaciones sumarias del efecto
-

13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar / discutir los resultados de la revisión?

- Para sí:** Sí
- Sólo incluyeron ECA de bajo riesgo de sesgo, o No
- Si se incluyeron ECA con moderado o alto riesgo de sesgo, o EINA, la
revisión proporcionó una discusión sobre el probable impacto de los riesgos de
sesgo en los resultados.
-

14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?

- Para sí:** Sí
- No hubo heterogeneidad significativa en los resultados, o No
- Si hubo heterogeneidad, los autores realizaron una investigación de sus fuentes
-

y discutieron su impacto en los resultados de la revisión.

15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?

-
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Realizaron pruebas gráficas o estadísticas para sesgo de publicación y discutieron la probabilidad y la magnitud del impacto del sesgo de publicación | <input type="checkbox"/> Sí |
| | <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> No Meta-Análisis |

16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?

-
- | | |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Los autores informaron carecer de conflicto de intereses, o | <input type="checkbox"/> Sí |
| <input type="checkbox"/> Los autores describen sus fuentes de financiación y cómo fueron gestionados los potenciales conflictos de intereses. | <input type="checkbox"/> No |

Adaptado de *Shea y col.* (2017)

Anexo 2. Revisiones excluidas

Autores y año	Artículos	Motivos de exclusión
Claridge, 2014	Efficacy of systemically oriented psychotherapies in the treatment of perinatal depression: a meta-analysis	Resultados integrados de población mixta
Cuijpers et al., 2023	Psychological treatment of perinatal depression: a meta-analysis	Resultados integrados de población mixta
Dennis & Hodnett.,2007	Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression	Tipo de intervención: intervenciones psicológicas + tratamiento farmacológico
Dennis & Dowswell., 2013	Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression	Prevención de la DPP
Gajaria & Ravindran., 2018	Interventions for perinatal depression in low and middle-income countries: A systematic review	Tipo de intervención: intervenciones no psicológicas
Jiang et al., 2022	Efficacy of nondrug interventions in perinatal depression: A meta-analysis	Resultados integrados de población mixta
Lavender et al., 2013	Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum	Tipo de intervención: intervenciones no psicológicas
Leng et al., 2023	Mindfulness-based intervention for clinical and subthreshold perinatal depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial	Resultados integrados de población mixta
Li et al., 2020	Effectiveness of cognitive behavioural therapy for perinatal depression: A systematic review and metaanalysis	Tipo de población: mujeres embarazadas
Min et al., 2023	The effect of mindfulness-based interventions during pregnancy on postpartum mental health: A meta-analysis	Tipo de población: mujeres embarazadas
Morrell et al., 2016	A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression	Prevención de la DPP
Nair et al., 2018	The effectiveness of telemedicine interventions to address maternal depression: A systematic review and meta-analysis	Resultados integrados de población mixta

O'Connor et al., 2016	Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force	Resultados integrados de población mixta
Pettman et al., 2023	Effectiveness of cognitive behavioural therapy-based interventions for maternal perinatal depression: a systematic review and meta-analysis	Resultados integrados de población mixta
Sado et al., 2012	Hypnosis during pregnancy, childbirth, and the postnatal period for preventing postnatal depression	Prevención de la DPP
Sockol, 2015	A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression	Resultados integrados de población mixta
Sockol, 2018	A systematic review and meta-analysis of interpersonal psychotherapy for perinatal women	Resultados integrados de población mixta
Walker et al., 2022	Resilience-enhancing interventions for antepartum depressive symptoms: Systematic review	Tipo de población: mujeres embarazadas

Nota: DPP:depresión postparto; población mixta : embarazadas y posparto

Anexo3. Dominios críticos y valoración global de la calidad (AMSTAR-2)

Cuadro 1. Dominios críticos de la herramienta AMSTAR-2

1.	Protocolo registrado antes de la revisión (ítem 2)
2.	Adecuada búsqueda en la literatura (ítem 4)
3.	Justificación de los estudios excluidos (ítem 7)
4.	Riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos (ítem 9)
5.	Métodos meta-analíticos apropiados (ítem 11)
6.	Consideración del riesgo de sesgo en la interpretación de los resultados de la revisión (ítem 13)
7.	Evaluación de la presencia y el impacto probable del sesgo de publicación (ítem 15)

Tabla 1. Valoración de la confianza general en los resultados de la revisión

CONFIANZA	JUSTIFICACIÓN
Alta	Ninguna debilidad crítica y hasta una no crítica: la RS proporciona un resumen exacto y completo de los resultados de los estudios disponibles.
Media	Ninguna debilidad crítica y más de una debilidad no crítica (aunque si son muchas podría justificarse una baja confianza); la RS tiene debilidades, pero no hay defectos críticos, pudiendo proporcionar un resumen preciso de los resultados de los estudios disponibles.
Baja	Hasta una debilidad crítica, con o sin puntos débiles no críticos: la RS puede no proporcionar un resumen exacto y completo de los estudios disponibles
Criticamente Baja	Más de una debilidad crítica, con o sin debilidades no críticos: la RS no es confiable

RS: revisión sistemática

Fuente: *Shea y col. (2017)*