

# Actualización

## Depresión Postparto

Desde los tiempos de Hipócrates, los clínicos notaron una asociación entre los trastornos del humor y el período posterior al parto. Este vínculo entró oficialmente en la nomenclatura psiquiátrica cuando el DSM IV definió a la depresión mayor con comienzo en el postparto como episodios de depresión que comienzan hasta 4 semanas luego del mismo.

Este período se corresponde con rápidos cambios hormonales, postulando la idea que estos contribuyen a la vulnerabilidad a la depresión. Sin embargo, debido a que los factores psicosociales tienen una relevancia mayor como desencadenantes de la depresión puerperal, muchos investigadores usan una definición operativa del período en cuestión de hasta 6 meses luego del parto.

Las devastadoras consecuencias familiares de la Depresión Postparto han llamado la atención de los medios sobre casos de algunas mujeres que llegaron a matar a sus hijos mientras estaban deprimidas<sup>1</sup>. Toda esa atención puesta sobre el tema ha logrado que parezca que la prevalencia del problema estuviera en ascenso. No se puede asegurar que esto así sea, pero sí sabemos que la depresión postparto es un problema subdiagnosticado. Este artículo revisa los conceptos actuales sobre los trastornos depresivos en el postparto, desde los cuadros de "tristeza" a los de depresión mayor no psicótica y a los de depresión con rasgos psicóticos. También se incluyen aspectos sobre estrategias de prevención y tratamiento.

### Tristeza Postparto o "postpartum Blues" (TP)

Este cuadro consiste en un estado transitorio de reactividad emocional y ocurre en aproximadamente un 50% de las mujeres que han tenido un parto recientemente. Las mujeres con TP lloran con más facilidad que lo usual, están más irritables, y tienen una labilidad emocional mayor que lo habitual para cada una. El pico de "tristeza" se observa usualmente cerca de los 3 a 5 días luego del parto, en general coincidiendo con el inicio de la lactancia, y dura de varios días a semanas. La propensión a desarrollar TP no parece relacionarse con su historia psiquiátrica, factores estresantes del medio, contexto cultural, alimentación o cantidad de hijos. Sin embargo estos factores pueden contribuir al desarrollo de una Depresión Mayor.

Existen dos hipótesis que lideran la explicación de la aparición de la TP. La primera es que los cambios en el ánimo están ligados a cambios bruscos de los niveles hormonales. Hay evidencia que muestra que los niveles absolutos de estrógenos y progesterona no desencadenan episodios de TP, pero los cambios bruscos entre los niveles durante el embarazo y los que se registran luego del parto, parecen estar asociados a una mayor probabilidad de desarrollar TP. Del mismo modo, las concentraciones de un metabolito de la progesterona, la alopregnonolona, con efecto ansiolítico agonista GABA, están significativamente reducidas en mujeres con TP. Una segunda hipótesis sostiene que se inicia por la activación de un sistema relacionado con las conductas madre-hijo de los mamíferos, y que estaría regulado en forma primaria por la Ocitocina. Hay evidencia directa de este fenómeno en mamíferos no primates: madres roedoras a las que se les extrajeron las células productoras de ocitocina exhibieron conductas con menos rasgos maternos que aquellos roedores que no tuvieron cirugía. Evidencias indirectas sugieren que mecanismos similares, pero más versátiles, pueden existir en humanos y primates. Bajo condiciones de adecuada contención y bajo estrés, esos cambios neurofisiológicos promueven las conductas de acercamiento entre madre e hijo. Sin embargo, bajo condiciones de alto estrés y soporte inadecuado, esta reactividad emocional puede incrementar la vulnerabilidad a la depresión, al tornarse la mujer más susceptible al efecto de estos factores.

### Depresión Postparto sin Psicosis (DP)

La prevalencia en EE.UU. es de 10-20% de las mujeres, en el lapso de 6 meses después del parto. Los factores de riesgo incluyen la historia personal de depresión mayor, historia de desórdenes disfóricos premenstruales (pero no necesariamente el síndrome premenstrual leve o moderado), estrés psicosocial, historia de trastornos de la alimentación y el inadecuado soporte psicosocial.<sup>2-4</sup>

Los síntomas pueden incluir sentimientos de infelicidad, de no ser apta como madre, trastornos del sueño y el apetito y dificultad en la concentración. Los trastornos del sueño son habitualmente caracterizados por dificultad para dormir incluso cuando alguien este cuidando al bebé. El término Ego-Distónico refiere a pensamientos que están caracterizados por la diferencia entre su contenido y lo que la persona desea o cree en la actualidad. Esos pensamientos tienen rasgos de obsesividad, pero raramente llegan al acto, en ausencia de psicosis. Sin embargo, cuando una mujer con DP severa llega a conductas suicidas, puede considerar también matar a su hijo, e incluso a sus hijos más pequeños, muchas veces siguiendo el deseo de no abandonarlos.

No hay evidencia directa de que el desbalance hormonal cause DP. Los cambios biológicos subyacentes en la TP pueden llevar a la DP en presencia de un contexto vulnerabilidad genética, estrés en el entorno o insuficiente soporte social. Hay evidencia indirecta que soporta esta idea; simulando el estado postparto mediante la administración de hormonas que luego son retiradas repentinamente es significativamente más probable producir depresión en mujeres con historia de DP que en mujeres sin antecedentes al respecto.

Hay diferencias aparentemente significativas entre diferentes culturas en cuanto a la prevalencia de DP. Existen trabajos de campo que muestran que las culturas donde aparentemente hay una baja prevalencia de DP están caracterizadas por un fuerte soporte al nivel social para las nuevas madres, como por ejemplo, sistemas de ayuda en el cuidado del niño, alimentación especial, baños rituales, o el mismo retorno a su hogar de origen.<sup>5</sup>

La DP que no es tratada puede tener consecuencias a largo plazo. Para la madre, el episodio puede ser el precursor de una depresión recurrente. Para los hijos, una madre deprimida puede contribuir a problemas a nivel emocional, cognitivo o conductual en el futuro.<sup>1</sup>

### Depresión Postparto con Psicosis (DPP)

En estos casos se observan cuadros de psicosis, con alucinaciones y/o delirio dentro de las 3 semanas luego del parto. Puede ser un episodio que se registre por primera vez en la vida de la paciente, o bien como parte de un problema recurrente. En su inicio suele aparecer más frecuentemente con rasgos de trastorno bipolar, que como trastornos del ánimo.

Comparando estos episodios con los trastornos psicóticos no asociados al postparto, se observa más desorientación y labilidad en forma característica.

Las mujeres con DPP pueden tener mejorías temporarias en apariencia, despistando a médicos y cuidadores, haciéndoles pensar que se han recuperado, pero al poco tiempo empeoran sus síntomas depresivos y psicóticos.

Comparando con episodios de depresión sin psicosis, las mujeres con psicosis puerperal tienen más probabilidades de terminar haciendo daño a sus hijos, al pasar al acto con mayor facilidad. Si bien en los casos en donde se ha implementado un tratamiento exitoso no se ha visto aumentado el riesgo de daño para los hijos, la DPP tiene una alta probabilidad de recurrencia, tanto

durante el período del postparto, como fuera de él, si no se realiza tratamiento de mantenimiento.

Cuando se evalúan los síntomas de DPP deben ser consideradas otras causas que puedan provocar estos cuadros. La Tabla 1 muestra otros trastornos psiquiátricos, condiciones clínicas y sustancias que deben ser tenidas en cuenta por ser causa o factor desencadenante de estos cuadros.

**Tabla 1**

### Diagnóstico diferencial de Psicosis postparto:

#### • Desórdenes Psiquiátricos

Depresión mayor con características psicóticas  
Trastorno Bipolar  
Trastornos esquizoafectivos  
Esquizofrenia  
Trastornos esquizofreniformes  
Psicosis reactiva

#### • Condiciones Clínicas

Tiroiditis, hipotiroidismo  
Deficiencia de Vitamina B12  
Gangliosidosis GM2 del adulto

#### • Sustancias

Bromocriptina  
Metronidazol  
Sustancias adictivas (LSD, PCP, Extasis, etc)

## Pérdida del Embarazo

Las mujeres que han perdido su embarazo, o que su hijo ha nacido sin vida, tienen también riesgo de desarrollar un trastorno depresivo mayor como los descritos en el postparto. Para aquellas que no tienen historia previa de depresión, el nivel de riesgo es comparable con el de las madres que dieron a luz un hijo vivo. Para las que tienen antecedentes, el riesgo de recurrencia luego de la pérdida es de aproximadamente el doble. El riesgo de depresión mayor es especialmente alto para mujeres sin hijos, y ocurre aún en mujeres que no estaban felices de estar embarazada, o con un embarazo no deseado.<sup>6</sup>

Tanto para el caso del aborto o de un mortinato el período de alto riesgo de depresión es de 6 meses. Luego de tener un hijo muerto, las mujeres que tienen un riesgo especialmente elevado son aquellas que no presentaron signos de abatimiento durante las dos primeras semanas, por ello se considera extender en estos casos el período de riesgo a 9 meses luego de la pérdida.<sup>7</sup>

El parto pretérmino no ha demostrado ser un factor de riesgo para el desarrollo de DP. Sin embargo, este se ha asociado a un trastorno del tipo del estrés post-traumático.

## Tratamiento

Los antidepresivos son la principal línea de tratamiento de los cuadros moderados y severos de depresión postparto. Si bien no hay contraindicaciones absolutas para usar algún antidepresivo en

particular durante el embarazo o lactancia, no hay una aprobación específica de la Food and Drug Administration (FDA) para su uso en el periparto. De todos modos, hay evidencia que soporta que en los casos de menor gravedad, la psicoterapia sin medicación es igualmente efectiva.<sup>7</sup>

Muchas guías recomiendan escoger antidepresivos que hayan sido estudiados sistemáticamente en humanos, como los tricíclicos, o los inhibidores de recaptación de la serotonina (IRS). Los IRS son más utilizados, en vista de su aparente superior eficacia en mujeres. Algunos de ellos, sobre todo la Fluoxetina, han sido asociados en los lactantes con llanto, trastornos del sueño, vómitos y heces acuosas; el Citalopram se asoció con trastornos del sueño. Estos son los IRS con mayor concentración en leche materna, con lo cual se llegaría a una mayor dosis relativa para los niños.

La psicoterapia conductista-cognitiva e interpersonal ha demostrado eficacia en el tratamiento de la depresión postparto. Las intervenciones en la pareja han demostrado mejorar la salud mental de la paciente y de su compañero, con el consiguiente beneficio para el grupo familiar. Para las mujeres en las que la depresión ha interferido en el desarrollo de la relación con el hijo, el rol de la pareja acompañándola, la implementación de masajes al niño y otros ejercicios de acercamiento pueden mejorar la interacción de la díada.

Las redes de autoayuda pueden además proveer material educativo y grupos de contención (Postpartum Support International, <http://www.chss.iup.edu/postpartum/> y Depression After Delivery, <http://www.dedpressionafterdelivery.com/>). Estas redes ofrecen información y grupos de soporte para madres y familiares que estén atravesando este problema.

Las mujeres con depresión severa, ideación suicida o psicosis deberían ser derivadas para cuidados psiquiátricos. Cada mujer necesita una aproximación personalizada al tratamiento que sea comprensiva y multifacética, incluyendo intervenciones en crisis, farmacoterapia, psicoterapia y reforzar el soporte de redes de contención y soporte a nivel social.

En algunos lugares se utiliza la Terapia Electroconvulsiva (TEC), la cual parece ser altamente efectiva y puede actuar más rápidamente que la medicación. Por esto estaría indicada solamente cuando los síntomas son tan severos que esperar a que los fármacos hagan efecto podría ser peligroso.<sup>8</sup>

Hay otras intervenciones, cuya eficacia está en estudio, como la estimulación magnética transcraneal, la privación del sueño y la estrogenoterapia. Este último tratamiento ha mostrado ser significativamente más efectivo que el placebo para tratar la depresión y la psicosis. Sin embargo tiene algunas contraindicaciones relativas como son el cáncer de mama, estados protrombóticos y el embarazo mismo.

## Prevención

Las mujeres con historia previa de depresión tienen un riesgo elevado de tener episodios recurrentes con los subsecuentes embarazos. Las estrategias de consejo en planificación familiar pueden asistir a las mujeres en cuanto a los tiempos para su embarazo, en ausencia de otros factores de riesgo mayores que puedan contribuir a la depresión. Se ha observado que, por ejemplo, en adolescentes que han sufrido episodios de depresión postparto se ha visto incrementado el riesgo de tener un nuevo embarazo al poco tiempo.<sup>7,9</sup>

La psicoterapia interpersonal interactiva ha demostrado ser efectiva en la reducción del riesgo de desarrollar depresión postparto en mujeres que tuvieron episodios previamente.

El tratamiento profiláctico con antidepresivos no ha demostrado consistentemente reducir el riesgo de depresión postparto recurrente. Sin embargo, las mujeres que desarrollaron trastornos



depresivos mayores durante el embarazo están en riesgo no sólo por la probabilidad de exacerbación en el puerperio, sino también por la mayor probabilidad de tener complicaciones obstétricas, como retardo en el crecimiento intrauterino, parto pretérmino, abrupcio placentae y conducta neonatal alterada. Los IRS no están asociados con riesgo de anomalías mayores en los hijos, luego de la exposición intrauterina.

Para los casos en los que hay severos antecedentes de depresión antenatal, la TEC puede ser altamente efectiva, modificando la técnica adecuadamente para tener en cuenta que los cambios electrofisiológicos tengan el mínimo riesgo sobre la paciente y el feto. De todos modos, esta es una técnica bastante discutida en muchos medios.

La detección temprana de síntomas y la pronta iniciación del tratamiento pueden reducir significativamente las consecuencias (Tabla 2: Factores de Riesgo).

Es importante tener en cuenta algunos factores que pueden inducir una mayor probabilidad de sufrir depresión puerperal. Varios estudios han demostrado que el embarazo en adolescentes se asocia con una tasa mayor de DP. De la misma manera, aquellas mujeres que tienen un embarazo no deseado, sobre todo en madres solteras, mujeres con escasa red de soporte social o que estén expuestas a factores de estrés psicosocial en los últimos 6 meses. Un caso especial son las mujeres inmigrantes o sometidas a un estado de "shock cultural". Se ha observado que las diferentes culturas han creado diferentes formas de implementar conductas de contención, que son perdidas en el momento de la inmigración y alejamiento de sus comunidades. Es recomendable, en este sentido, considerar que este problema no se da solo por cuestiones relacionadas con diferencias étnicas, también se observa, por ejemplo, en mujeres occidentales que al cambiar su lugar de residencia, mudándose de un país a otro, e incluso de una provincia u estado a otra, pierden su red de contención social y están más expuestas al riesgo de desarrollar DP.<sup>10</sup>

El uso de herramientas de rastreo, como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo es efectivo en cuanto a mejorar el diagnóstico temprano de la depresión. Este cuestionario ha mostrado una sensibilidad del 88% y una especificidad del 92.5 % para depresión mayor.<sup>6,11</sup> Su aplicación dentro de las 3 o 4 primeras semanas puede contribuir a una mejor efectividad en el diagnóstico precoz, de hecho, en varios estudios se ha demostrado una mayor tasa de prevalencia de este problema, no porque haya aumentado, sino por haber sido diagnosticado oportunamente. La ventaja de este diagnóstico precoz es que el adecuado tratamiento permite evitar los efectos a corto y largo plazo, tanto en la madre como en la familia en general. La estrategia de aplicar estas herramientas en las visitas subsiguientes al alta hospitalaria, tanto en domicilio, como en las visitas de control a consultorio podría también colaborar con mejorar la tasa de diagnóstico temprano de este problema.

**Tabla 2**  
**Factores de Riesgo para Depresión Postparto**

- Antecedentes de Depresión Postparto
- Antecedentes de depresión sin asociación al puerperio
- Antecedentes de Trastornos de la alimentación
- Embarazo no deseado
- Embarazo en adolescentes
- Mujeres inmigrantes
- Desarraigo cultural
- Estrés psicosocial en los últimos 6 meses
- Escasos recursos de contención social, falta de red
- Condición socioeconómica comprometida
- Antecedentes de adicciones

## Conclusiones

El período periparto define una situación de riesgo incrementado para el desarrollo de depresión mayor en algunas mujeres. Las consecuencias de la DP no tratada pueden ser devastadoras para la madre, sus hijos y otros miembros de la familia. Las tendencias en la investigación actual apuntan a dilucidar la contribución de los factores neurohormonales y psicosociales en el desarrollo de la DP. Hay estudios que están investigando cuáles antidepresivos son los más efectivos, y cuál sería la extensión del tratamiento farmacológico luego del primer episodio. Los investigadores están observando el efecto potencial de los tratamientos hormonales en el tratamiento y prevención de la DP. Por otra parte, se están desarrollando estrategias combinadas de tratamiento farmacológico y psicosocial, dentro de un abordaje multifacético.

En cuanto a la integración de los hallazgos de la investigación con la clínica, sería importante el desarrollo de habilidades específicas en el personal del equipo de salud para el reconocimiento y rastreo de los signos y síntomas, así como los factores de riesgo para la depresión perinatal.

El desarrollo de iniciativas en rastreo, educación e investigación podrán ayudar a prevenir los efectos adversos probablemente debidos al subdiagnóstico y consecuente falta de tratamiento de los casos de Depresión Postnatal.



## Para llevar al consultorio

- La depresión postparto tiene consecuencias devastadoras en la familia, por esto es que el equipo de salud tiene que estar adecuadamente entrenado para detectar este problema.
- El período en el cual puede aparecer este problema conviene llevarlo hasta 6 meses luego del parto.
- La "Tristeza" Postparto se observa en aproximadamente un 50% de las mujeres en ese período.
- La Depresión sin Psicosis es más frecuente en mujeres con antecedentes depresivos, estrés psicossocial y trastornos de la alimentación.
- La Depresión con Psicosis suele aparecer dentro de las 3 primeras semanas postparto y tiene un mayor riesgo de daño físico a los hijos y de suicidio. Llevan sus pensamientos al acto con más facilidad.
- La depresión debe ser buscada también en mujeres con pérdidas de embarazos, abortos o mortinatos.
- Es importante tomar conductas de prevención y rastreo en todas las mujeres en este período. Existen herramientas, como la Escala de Depresión Postnatal de Edicmburgo, que han demostrado su efectividad para el rastreo.

**Dr. Mario Acuña** [ Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires ]

### Referencias

- 1 Beck C, Tatano DN: Maternal Depression and child behaviour problems: a Meta-analysis. J Adv Nurs, 1999; 29(3):623-629
- 2 Hung, CH, Chuung HH: The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. J Adv Nurs, 2001;36(5):676-678
- 3 Franko DL, Blais MA, Becker AE, Delinsky SS, Greenwood DN, Ekebland ER, Eddy KT, Herzog DB: Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. Am J Psychiatry 2001;158:1461-1466
- 4 Zlotnick C, Johnson SL, et al. Postpartum depression in women receiving public assistance: Pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. Am J Psychiatry, Apr 2001; 158(4):638-640
- 5 Huang YC, Mathers, N: Postnatal depression – Biological or Cultural? A comparative study of postnatal women in the UK and Taiwan. J Adv Nurs, 2001; 33(3): 279-287
- 6 Reardon, Elliot; Cogle, Jesse. Depression and unintended pregnancy in the national longitudinal survey a youth: a cohort study. British Medical Journal, Jan 2002; 324(7330): 151-152
- 7 Cooper PJ, Murray L: Prediction, detection and treatment of postnatal depression. Ach Dis Child, Aug 1997; 77(2):97-99
- 8 Miller LJ: Postpartum Depression. JAMA, February 13, 2002; 287( 6): 762-764
- 9 Szigethy, Eva; Ruiz, Pedro. Depression Among Pregnant Adolescent: An Integrated Treatment Approach. The American Journal of Psychiatry, Jan 2001;158(1), 22-27
- 10 Huang YC, Mathers, N: Postnatal depression – Biological or Cultural? A comparative study of postnatal women in the UK and Taiwan. J Adv Nurs, 2001; 33(3): 279-287
- 11 Georgiopoulos AM, Bryan TL, Wollan P, Yawn BP: Routine screening for postpartum depression. J Fam Pract. 2001; 50:117-122

