



CAPÍTULO 21
ASPECTOS CLÍNICOS DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

Diana Marcela Peña, José Manuel Calvo



INTRODUCCIÓN

Los trastornos depresivos son un grupo de enfermedades bastante frecuentes en la población general y en la práctica clínica. El riesgo de padecerlos es dos veces mayor en las mujeres respecto de los hombres, con una prevalencia a lo largo de la vida entre el 10-20%. Estos trastornos pueden presentarse en cualquier momento de la vida de la mujer, desde la infancia hasta la vejez, pero son más frecuentes en la etapa de su vida reproductiva (15 a 44 años). El puerperio es una etapa en la que el riesgo de desarrollarlos es especialmente alto debido a que la madre está sometida a importantes cambios hormonales y físicos, y a un gran número de factores ambientales generadores de estrés como son la lactancia, la asunción del papel de mamá y las transformaciones en la relación de pareja y en la estructura familiar que trae consigo este periodo (1).

La llegada de un nuevo miembro a la familia es un evento que se espera genere gran alegría tanto a la madre como a la familia y suele acompañarse de un amplio reconocimiento social y cultural. Sin embargo, algunos estudios han encontrado que cerca del 14,5% de las mujeres presentan un nuevo episodio de depresión mayor o menor durante los tres primeros meses posparto (2).

La depresión posparto (DPP) es un trastorno grave que ocasiona enorme sufrimiento tanto a la madre como a la familia. Además de deteriorar en forma importante la calidad de vida de la madre, afecta la salud del recién nacido (3-5). Esto ha llevado a que en los últimos años este trastorno sea considerado un problema de salud pública y exista

un especial interés en el diagnóstico y tratamiento tempranos, ya que al igual que sucede con la mayoría de las enfermedades, es fundamental el diagnóstico precoz del trastorno con el fin de poder iniciar el tratamiento integral de él y evitar o limitar las potenciales secuelas. Como consecuencia, ha surgido la necesidad de diseñar instrumentos y herramientas para la detección temprana que puedan ser eficaces y de fácil aplicación por médicos generales, ginecólogos y pediatras, quienes son los profesionales que más frecuentemente tienen contacto con estas pacientes en el periodo gestacional y puerperal. A pesar de estos esfuerzos, en países desarrollados como Estados Unidos cerca del 50% de los casos de DPP continúan sin ser detectados en la práctica clínica (6).

Presentación clínica y diagnóstico

La DPP consiste en el desarrollo de un episodio depresivo mayor durante las primeras cuatro a seis semanas posparto (DSM-IV-TR, CIE-10) (7). En la práctica clínica se observa que la depresión del puerperio puede tener su inicio durante un lapso más extenso que comprende desde el embarazo hasta los primeros seis meses posparto, si bien es durante el periodo posparto cuando más frecuentemente hace su aparición la enfermedad.

El cuadro clínico está caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de la capacidad para experimentar placer, cambios en el sueño y en el apetito, cansancio físico, falta de concentración, e ideas de min-



usualía, desesperanza y culpa relacionadas comúnmente con el cuidado y la crianza de los hijos. Las alteraciones en la concentración y el componente ideatorio depresivo constituyen la dimensión cognitiva de la enfermedad depresiva y suelen ser los síntomas más específicos y sugestivos de la presencia de DPP, al igual que las ideas de muerte, suicidio, y de heteroagresividad hacia el recién nacido; el clínico siempre debe explorar estas últimas expresiones en toda paciente con sospecha de DPP y evaluar el riesgo de auto o heteroagresión. Otras manifestaciones, tales como el cansancio y los cambios en el patrón de sueño y apetito, pueden ser consideradas relativamente normales durante el período puerperal.

Algunos estudios han encontrado diferencias sutiles en la presentación de la depresión en el posparto con respecto a otras etapas de la vida (menor tasa de suicidios, mayor ansiedad y pensamientos obsesivos de agresión). Sin embargo, la práctica ha mostrado que la fenomenología clínica de la DPP no se diferencia mayormente de la hallada durante un episodio depresivo mayor registrado en cualquier otra etapa de la vida de la mujer. Es así como, según los actuales criterios del DSM-IV-TR, se puede realizar el diagnóstico cuando en las primeras cuatro semanas de puerperio se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor (7,8) (Tabla 1).

Hoy en día no se cuenta con un examen de laboratorio o una prueba diagnóstica que permita confirmar o descartar la presencia de un trastorno depresivo. El diagnóstico de la DPP es eminentemente clínico y se realiza mediante la exploración detallada de signos y síntomas en

el contexto de la entrevista clínica. Durante la evaluación es recomendable brindar un ambiente de seguridad y respeto a la paciente que permita la adecuada expresión emocional, así como el establecimiento de una buena relación médico-paciente, indispensable para el éxito del tratamiento.

La depresión puerperal debe distinguirse cuidadosamente tanto del puerperio normal como de otros trastornos psiquiátricos frecuentes en este periodo, entre los cuales merecen especial atención el *blues* posparto y la psicosis puerperal (Tabla 2).

El *blues* posparto hace referencia a una serie de síntomas afectivos de leve intensidad altamente prevalentes en la etapa puerperal. Se considera que entre el 15 y el 85% de las mujeres en los diez primeros días posparto pueden padecer síntomas compatibles con este trastorno. Los síntomas más comunes comprenden llanto fácil, ánimo triste o ligeramente eufórico, irritabilidad, cefalea, ansiedad y alteraciones del sueño. Normalmente estos síntomas ceden espontánea y rápidamente sin requerir tratamiento; sin embargo, la presencia de esta sintomatología es considerada como un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno depresivo puerperal (9).

De otra parte, la psicosis posparto es un cuadro clínico que ocurre en uno de cada mil partos y está caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos dados por ideas delirantes, alucinaciones, pensamiento desorganizado o comportamientos extraños. Tiene su inicio en las primeras cuatro semanas posparto y con frecuencia se acompaña de algunos síntomas afectivos de tipo maníaco tales como euforia, labilidad



emocional, distractibilidad y aumento de la actividad. Este trastorno ha sido asociado en diferentes estudios con un alto riesgo de desarrollar trastorno afectivo bipolar y es considerado como una emergencia psiquiátrica que usualmente requiere hospitalización (10).

Etiología y factores de riesgo

Los factores implicados en el desarrollo de la depresión posparto se pueden clasificar en psicosociales y ambientales; para los primeros existe mayor calidad y cantidad de estudios que corroboran una fuerte asociación; para los segundos, los datos aportados por la investigación aún resultan inconclusos (9,11-13).

Factores psicosociales

Existen varios factores de riesgo cuya presencia en una gestante ha sido asociada con la DPP, si bien cualquier mujer puede desarrollar este trastorno: depresión o ansiedad durante el embarazo, eventos vitales estresantes (rupturas amorosas, pérdida del trabajo, muerte de un ser querido, migración, etcétera) durante el embarazo o el puerperio temprano, bajos niveles de apoyo social y una historia previa de depresión (11,13). El clínico debe estar alerta ante la presencia de alguno de estos factores durante los controles prenatales con el fin de poder hacer un seguimiento cercano a las mujeres en riesgo o dar un tratamiento oportuno a aquellas que ya presentan la enfermedad.

Factores biológicos

La evidencia disponible ha permitido establecer varias hipótesis acerca de la influencia de los factores biológicos en la etiopatogenia de la DPP, a pesar de las contradicciones entre diversos estudios y los problemas metodológicos de algunos de ellos:

- Hormonas reproductivas: el rápido descenso en los niveles de las hormonas gonadales luego del parto ha llevado a muchos autores a sugerir una posible relación de esta disminución con los cambios en el estado de ánimo de las mujeres durante el puerperio. En el embarazo los niveles de estrógenos son más bajos en mujeres con trastornos del sueño y más elevados en mujeres con mayor grado de irritabilidad con respecto a los niveles en gestantes normales. Por otra parte, se ha encontrado una mayor caída de progesterona luego del parto en mujeres que presentan DPP en comparación con puerperas normales (9,12).
- Eje hipotálamo-hipófisis-adrenal: varios estudios reportan una asociación entre los niveles de glucocorticoides y el estado del ánimo en el puerperio; por ejemplo, se ha encontrado correlación entre niveles elevados de cortisol en plasma, saliva y orina en mujeres que experimentan cambios de ánimos positivos en los primeros días posparto (9,12).
- Otros factores, como niveles altos de AMP cíclico urinario en los primeros días posparto, y bajos niveles de triptófano, ácido fóli-



co, betaendorfina y T3 libre durante el embarazo y el puerperio, también han sido implicados en la etiopatogenia de la depresión puerperal (9,12).

Impacto de la enfermedad

A diferencia de lo que ocurre con los trastornos depresivos en otras etapas de la vida de la mujer, la depresión posparto genera un doble impacto negativo, ya que afecta tanto a la madre, quien padece directamente la enfermedad, como al recién nacido, pues depende completamente de los cuidados de ésta para su bienestar físico y emocional (14).

Impacto en la madre

La enfermedad suele acompañarse de un monto considerable de sufrimiento emocional y ocasiona deterioro importante en la calidad de vida, afectando las diversas áreas de funcionamiento de la paciente. Además, la mujer que experimenta un episodio depresivo en el posparto queda expuesta a mayor riesgo de futuros episodios depresivos, tanto en nuevos puerperios como en cualquier otro momento de la vida. Aunque las tasas de suicidio en el periodo puerperal son menores que en periodos no puerperales, éste se considera una causa importante de mortalidad materna en algunos países (4,5).

Impacto en el hijo

Existe estrecha relación entre la presencia de depresión no tratada en la madre y las alteraciones en varios aspectos de la salud y el desarrollo del niño durante los primeros meses de edad, de las cuales se destacan: mayor incidencia de cólicos y llanto excesivos, trastornos del sueño y expresión de mayores signos de estrés (15,16). Cuando la depresión se inicia durante el embarazo puede acompañarse de escaso autocuidado dado por pobre ingesta calórica, disminución de peso, aumento en el consumo de drogas y alcohol, e inasistencia a los controles prenatales, factores que han sido asociados con la presencia de disminución del perímetro cefálico del recién nacido, menor peso al nacer, apgar más bajo y nacimientos prematuros (17).

Las madres deprimidas tienen menos disposición a estimular a sus hijos mediante interacciones vocales, físicas y de juego, además tienden más a percibir a su hijo de una manera negativa, se les dificulta más su cuidado y manifiestan aislamiento materno y hostilidad (18). Las mujeres con DPP pueden mostrarse menos dispuestas a iniciar y mantener la lactancia materna, y se ha identificado que los síntomas depresivos preceden usualmente la interrupción temprana de ésta (19).

Los bebés son especialmente sensibles a los cambios anímicos de su madre, de ahí que los efectos de la DPP en el niño se han observado también a largo plazo. A los dos años de edad se aprecia disminución en las habilidades cognitivas, menores interacciones sociales y trastornos del sueño y el apetito en los hijos de mujeres con ese trastorno. En la etapa preescolar se ha evidenciado que estos niños presentan pobre



modulación del afecto, dificultades en la asociación con pares, mayor riesgo de trastorno psiquiátrico y comportamiento más evitativo frente a situaciones extrañas (20,21). La DPP persistente y no tratada se ha asociado con trastornos de la conducta y comportamiento agresivo en el adolescente (22).

Tratamiento de la depresión posparto

Las mujeres con depresión puerperal requieren un manejo cuidadoso y bien documentado por parte del médico que permita detener el impacto negativo de la enfermedad y a la vez disminuir el riesgo que pueda tener el tratamiento para la salud del niño. En todo caso, ninguna opción terapéutica está libre de riesgos; el bebé puede quedar expuesto ya sea a los efectos nocivos de los medicamentos a través de la leche materna, a las consecuencias adversas de no recibir la lactancia materna, o a los efectos negativos de la enfermedad depresiva de la madre si ésta no es tratada. La decisión final debe ser un acuerdo entre el médico y la paciente adecuadamente informada por él y provenir de un riguroso análisis sobre los riesgos y beneficios de las posibilidades terapéuticas para cada caso en particular.

Consideraciones generales

Antes de tomar cualquier decisión terapéutica en una mujer con DPP han de tenerse en cuenta las siguientes consideraciones (23):

- Los medicamentos no son necesarios en todos los casos. La psicoterapia es una opción que ha demostrado ser efectiva como monoterapia en eventos leves a moderados y su uso dependerá de la disponibilidad local de ésta y de la prontitud con que la paciente pueda tener acceso a ella.
- La severidad de los episodios previos y del actual, así como la respuesta a tratamientos anteriores, son elementos que pueden ser útiles para escoger la mejor opción.
- Además de informar a la madre sobre los riesgos de los medicamentos durante la lactancia materna, se deben incluir opciones terapéuticas que le permitan a la madre seguir lactando en caso que ella lo desee, en vez de proscribir la lactancia materna durante el tratamiento.
- En caso de elegir tratamiento farmacológico es necesario usar los antidepresivos con mejor perfil de riesgo para la madre y el niño, preferir la monoterapia y emplear la dosis mínima efectiva. En caso de recién nacidos enfermos, pretérmino o con bajo peso, deben tenerse consideraciones adicionales.
- El tratamiento farmacológico de una mujer que ha decidido seguir lactando requiere incluir la monitorización del niño en búsqueda de posibles efectos adversos del antidepresivo: irritabilidad, llanto constante, inquietud, aumento en el tono muscular, temblor y alteraciones en el sueño y la alimentación, entre otros.
- Las mujeres con depresión severa, con síntomas psicóticos, o que no responden al tratamiento, deben ser siempre remitidas al psi-



quiatra. Si existe riesgo de autoagresión o heteroagresión hacia el bebé, la paciente habrá de ser hospitalizada y valorada de manera urgente por el especialista.

En la actualidad, las guías y consensos de expertos coinciden en recomendar la combinación de antidepresivos y psicoterapia en caso de depresión severa, sea que la madre esté lactando o no. En pacientes con depresión leve a moderada no existe consenso respecto a cuál sería la primera línea de tratamiento y depende tanto de la decisión de la madre como de la disponibilidad local de un psicoterapeuta. En estos casos suelen preferirse las intervenciones psicoterapéuticas sobre los fármacos (23-25).

Antidepresivos, puerperio y lactancia

Hasta el momento existen pocos estudios realizados en mujeres con DPP, pues la mayoría de estudios hechos con antidepresivos excluyen las mujeres que se encuentran lactando. La Administración de Alimentos y Fármacos (FDA) aún no ha aprobado ningún antidepresivo para ser utilizado durante la lactancia. La evidencia actual no permite concluir que un antidepresivo sea más eficaz que otro para tratar la depresión posparto y se presume que la eficacia de los antidepresivos en este periodo debe ser similar a la que se obtiene en cualquier otro periodo depresivo en la vida (24,25).

A diferencia de la falta de datos concernientes a la eficacia de los antidepresivos en la DPP, existe un número creciente de reportes de caso y

revisiones acerca de la eliminación de los antidepresivos a través de la leche materna. Es de anotar que la cantidad de medicamento presente en el plasma del niño no está necesaria ni directamente relacionada con efectos dañinos a corto y largo plazo para la salud de él. Los datos recogidos hasta el momento muestran que la sertralina, la paroxetina y la nortriptilina usualmente permanecen indetectables en el suero del bebé, mientras que los niños lactados por madres que reciben fluoxetina o citalopram tienen con mayor frecuencia niveles plasmáticos elevados (24,25).

Los reportes de caso han revelado que los efectos sobre los niños lactados por madres que han recibido sertralina o paroxetina han sido prácticamente nulos, sugiriendo que estos antidepresivos podrían ser los más compatibles con la lactancia. Por el contrario, bebés lactados por madres que reciben citalopram, bupropion, nefazodone o doxepina han presentado algunos efectos adversos. Por otra parte, si bien la mayoría de casos reportados de niños amamantados por madres que toman fluoxetina refieren que no presentaron reacciones adversas, existen algunos informes de somnolencia, fiebre, hipotonía, cólico, convulsiones y pobre ganancia de peso. Como consecuencia, la fluoxetina no se considera un medicamento de primera línea durante la lactancia. Los antidepresivos tricíclicos son menos prescritos que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram) para el tratamiento de la DPP debido a que suelen tener un perfil de efectos secundarios menos tolerable y una mayor letalidad en caso de sobredosis (24,25).



Psicoterapia en la depresión posparto

La evidencia actual sugiere que las intervenciones psicológicas y psicosociales tales como el soporte a la pareja, la asesoría no directiva, la psicoterapia interpersonal, la cognitivo-conductual y la psicodinámica, son todas efectivas en el tratamiento de la DPP (26). La psicoterapia interpersonal y la cognitivo-comportamental son las modalidades psicoterapéuticas que cuentan con mayor evidencia en cuanto a su eficacia en el tratamiento de la enfermedad depresiva y han sido de amplio uso en la práctica clínica (8).

REFERENCIAS

1. **Burt VK, Stein K.** Epidemiology of depression throughout the female life cycle. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 9-15.
2. **Gavin N, Gaynes B.** Perinatal Depression. A Systematic Review of Prevalence and Incidence. *American College of Obstetricians and Gynecologist*; 2005. p. 106.
3. **Sohr-Preston SL, Scaramella LV.** Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2006; 9: 65-83.
4. **Appleby L.** Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ* 1991; 302: 137-140.
5. **Oates M.** Suicide: the leading cause of maternal death. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 279-281.
6. **Boyd, RC, Le HN.** Review of screening instruments for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2005; 8: 141-153.
7. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4a ed. revised (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Press; 2000.
8. **Mian A.** Depression in Pregnancy and the Postpartum Period: Balancing Adverse Effects of Untreated Illness with Treatment Risks. *Journal of Psychiatric Practice* 2004; 11: 389-396.
9. **Henshaw C.** Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Arch Womens Ment Health* 2003; 6: S33-S42.
10. **Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL.** A review of postpartum psychosis. *J Womens Health* 2006; 15: 352-368.
11. **Robertson E, Grace S.** Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry* 2004; 26: 289-295.
12. **Elizabeth J. Corwin, PD, Kathleen P.** The Psychoneuroimmunology of Postpartum Depression. *Journal of Women 's Health* 2008; 17(9).
13. **Boyce PM.** Risk factors for postnatal depression: a review and risk factors in Australian populations. *Arch Womens Ment Health* 2003; 6: 43-50.
14. **Seyfried L, Marcus M.** Postpartum mood disorders. *International Review of Psychiatry* 2003; 15: 231-242.
15. **Murray L, Cooper PJ.** Postpartum depression and child development. *Psychol Med.* 1997; 27: 253-260.
16. **Dennis CL, Ross L.** Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. *Birth* 2005; 32: 187-193.
17. **Orr ST, Miller CA.** Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy outcome: Review of the literature and preliminary findings. *Epidemiol Rev.* 1995; 17: 165-171.
18. **Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G.** Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2000; 20: 561-292.
19. **Dennis CL, McQueen K.** Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatr.* 2007; 96: 590-594.
20. **Gelfand DM, Teti DM.** The effects of maternal depression on children. *Clinical Psychology Review* 1990; 10: 329-353.
21. **Rutter M.** Some focus and process considerations regarding effects of parental depression on children. *Developmental Psychology* 1990; 26: 60-67.



22. **Hay DF, Pawlby S, Angold A, Harold GT, Sharp D.** Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Dev Psychol.* 2003; 39: 1083-1094.
23. **National Institute for Health and Clinical Excellence.** Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. *Clinical Guideline* 2007; 45.
24. **Tcheremissine O, Lieving L.** Pharmacotherapy of postpartum depression: current practice and future directions. *Expert Opin Pharmacother* 2005; 6(12): 1999-2005.
25. **Pearlstein T.** Perinatal depression: treatment options and dilemmas. *J Psychiatry Neurosci.* 2008;33(4):302-318.
26. **Dennis C-L, Hodnett E.** Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database System Review* 2007; Issue 4. Art. No. CD006116.





Tabla 1

Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor según el DSM-IV-TR

- | | |
|----|---|
| A. | Cinco o más de los siguientes síntomas de manera constante durante al menos dos semanas: |
| 1. | Tristeza |
| 2. | Pérdida de la capacidad para experimentar placer |
| 3. | Pérdida o aumento de apetito, o pérdida o aumento de peso significativos |
| 4. | Insomnio o hipersomnia |
| 5. | Agitación o enlentecimiento psicomotores |
| 6. | Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos e inapropiados |
| 7. | Disminución de la capacidad para concentrarse, o indecisión |
| 8. | Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio |
| B. | Los síntomas no cumplen criterios para un episodio mixto |
| C. | Los síntomas provocan un malestar significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la vida del individuo |
| D. | Los síntomas no son debidos al efecto de una sustancia o enfermedad médica |
| E. | Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo |



Tabla 2

Diagnóstico diferencial de la depresión posparto

Trastornos afectivos del puerperio	Blues posparto	Depresión posparto	Psicosis posparto
Momento de inicio de los síntomas	Primeros 4 días Posparto	Primeras 4 a 6 semanas posparto	Primeras 4 semanas posparto
Duración	6 a 10 días	15 días o más	Variable
Síntomas predominantes	Llanto fácil, ánimo triste o ligeramente eufórico, irritabilidad, cefalea, alteraciones del sueño (son transitorios y no provocan mayor disfunción).	Tristeza, trastornos del sueño y apetito, ideas de culpa, minusvalía o muerte, agitación o enlentecimiento psicomotores (Los síntomas están presentes casi todo el día y a diario, y provocan malestar o disfunción).	Ideas delirantes, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento bizarro. A veces síntomas maniformes (asociación con trastorno afectivo bipolar).
Gravedad	Leve	Leve, moderada o grave	Grave (emergencia psiquiátrica)
Prevalencia	15-85%	6,5-12,9%	0,1%