[REV. MED. CLIN. CONDES - 2020; 31(2) 139-149]

REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES
https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes

Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento

Perinatal depression: A review on diagnosis and treatment strategies

Vania Krauskopf [ab]✉, Paula Valenzuela[c]

[a] Departamento Psiquiatría de Adultos. Clínica Las Condes. Santiago, Chile.
[b] Profesor agregado Facultad de Medicina Universidad de Chile. Santiago, Chile.
[c] Psicóloga, Master in Public Health. Práctica privada. Sausalito, California. Estados Unidos.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:
Recibido: 27 10 2019.
Aceptado: 13 01 2020.

Palabras clave:
Depresión perinatal, depresión postparto, factores de riesgo, prevención, tratamiento.

Key words:
Perinatal depression, postpartum depression, risk factors, prevention, treatment.

RESUMEN

Para las mujeres, experimentar cambios emocionales durante el embarazo y hasta un año posterior al parto puede ser parte del proceso de adaptación a los cambios fisiológicos y emocionales de esta nueva etapa, siendo por lo general manejable por ellas mismas. Diferente es el desarrollo de síntomas depresivos durante este período perinatal que comprende el embarazo y hasta doce meses posterior al parto. La depresión perinatal constituye un trastorno de alta prevalencia que puede tener efectos negativos tanto para la salud de la madre, del hijo y de otros miembros de la familia.

SUMMARY

For women it is natural to experience changes in mood and feelings during pregnancy and after twelve months after childbirth, these shifting moods are often manageable by themselves, it differs with depressive symptoms that appear during these period. Perinatal depression constitutes a high prevalence disorder that might have a negative effect not only in the mother, but the child and other familiy members.

✉ Autor para correspondencia
Correo electrónico: vkrauskopf@clinicalascondes.cl

https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.004
e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2019 Revista Médica Clínica Las Condes.
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND
(http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

INTRODUCCIÓN

La depresión es un importante problema de salud pública tanto a nivel nacional como internacional y en Chile es en la actualidad la principal causa de discapacidad en mujeres adultas[1].
Muchas mujeres pueden embarazarse durante el curso de un cuadro depresivo o desarrollar una depresión durante un embarazo.

Aproximadamente un 10 a 15% de las mujeres desarrollan una depresión postparto, siendo el trastorno psiquiátrico más común en el puerperio[2]. En primíparas la incidencia puede ser aún mayor (12 a 25%) y en algunos grupos de riesgo puede llegar al 35%[3].

Aún cuando la tasa de depresión postparto no difiere significativamente de la tasa de depresión en la población adulta general[4], la depresión materna puede tener repercusiones tanto en la vida de la mujer como en la de su hijo, con un mayor riesgo de desarrollo de depresión en los próximos cinco años con una tasa de recurrencia de un 60% a 80% posterior al primer episodio depresivo postparto[5]. Las investigaciones se han centrado durante los últimos 30 años en la depresión postparto por lo que los programas y políticas de salud se han enfocado en su detección y tratamiento[6]. Sólo en los últimos 15 años se ha visto mayor interés sobre la depresión en el embarazo ampliando el concepto a *depresión perinatal* que incluye el período gestacional, con el creciente reconocimiento del potencial que existe sobre la prevención e intervenciones tempranas durante el período perinatal[7].

En Chile esto también se ha visto reflejado en los programas de salud implementados desde el embarazo y en la creciente investigación en esta área.

La *depresión perinatal* se refiere a aquella que se desarrolla durante cualquier etapa del embarazo hasta 12 meses posterior al parto. Posee características similares a los cuadros depresivos que se presentan en otras etapas del ciclo vital, pero difiere en las consecuencias emocionales que puede tener no sólo sobre la madre sino también sobre el hijo[8,9], sobre el apego y sobre el vínculo madre/hijo que se establece[10,11].

La depresión materna pone a los hijos de todas las edades en un alto riesgo para desarrollar psicopatología y particularmente en un alto riesgo de desarrollar episodios depresivos[12-14].

Se ha demostrado que los hijos de madres deprimidas presentan déficits en su desarrollo social y cognitivo incluso desde los tres meses de edad, lo que los pone en mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos en una edad temprana, los cuales se manifestarían en su interacción con los demás, sus conductas y su temperamento[15].

El grado de riesgo de estas alteraciones en los niños está directamente relacionado con la severidad y duración de la depresión postparto de la madre. Asimismo, se han documentado efectos adversos de la depresión materna en niños mayores, tales como dificultades escolares y con su grupo de pares, una baja autoestima y mayores problemas conductuales.

Durante el congreso anual del *American College* de Ginecología y Obstetricia *(ACOG)* 2018, en la conferencia sobre Trastornos del Ánimo del período perinatal, Moore Simas MD, MPH de la Universidad de Massachusetts Medical School planteó que "el suicidio materno supera como causa de mortalidad materna a los trastornos hipertensivos y hemorrágicos", por lo que sugiere que dada la oportunidad de un contacto prolongado y regular con diferentes profesionales de la salud durante el período perinatal, es necesario pesquisar sintomatología anímica materna.

I. DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO

Alrededor de un 30% de las mujeres embarazadas en Chile presenta síntomas inespecíficos de depresión/ansiedad[16], siendo la prevalencia de depresión antenatal similar a la evidencia internacional en cifras del 10%[17,18] (Tabla 1).

La depresión se caracteriza por ánimo depresivo y/o pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar (anhedonia) y a estos síntomas se suman otros como alteraciones del sueño, del apetito y cansancio entre otros.

Tabla 1 Prevalencia de depresión en embarazo en mujeres chilenas[16]

Autores	Año	Tamaño Muestral	Instrumento	Nivel Socioeconómico	Prevalencia %
Lemus y Yáñez	1986	60	GHQ-30	Medio	16,7
Millán et al.	1990	179	GHQ-20	Medio	30,2
Alvarado et al.	1992	125	DSM III-R	Medio-bajo y Bajo	30,4
Jadresic et al.	1992	108	RDC parcial	Medio	35,2

La depresión en el embarazo presenta síntomas similares a otros cuadros depresivos que puedan presentarse en diferentes etapas de la vida. Algunos síntomas depresivos podrían atribuirse y/o confundirse con síntomas propios del embarazo lo que puede dificultar el diagnóstico de depresión, tales como astenia, cansancio, labilidad emocional, irritabilidad y trastornos del sueño. Es necesario descartar causas orgánicas que puedan favorecer la presencia de síntomas similares a los depresivos como anemia y patología tiroidea (Tabla 2).

1.1 Factores de riesgo de depresión durante el embarazo

Diversos estudios han evidenciado que una mayor exposición durante el embarazo a acontecimientos vitales estresantes, específicamente los negativos como embarazo no planificado y/o deseado, dificultades económicas, problemas de pareja, violencia intrafamiliar, apoyo familiar deficiente, así como también el antecedente previo de problemas emocionales, ansiedad, estrés y depresión[19] mostrarían una asociación en menor a mayor medida en el desarrollo de depresión durante la etapa gestacional.
Los factores que constituyen un riesgo para desarrollo de depresión durante el embarazo se exponen en la tabla 3.

La depresión durante el embarazo puede afectar negativamente la salud de la madre y del hijo por nacer. Sin un tratamiento puede persistir posterior al nacimiento.

La depresión prenatal se ha asociado con[21]:
-Bajo peso al nacer.
-Aumento de riesgo de parto prematuro.
-Preeclampsia.
-Irritabilidad neonatal.
-Conductas de menor autocuidado durante el embarazo (tabaquismo e ingesta de alcohol/sustancias), mala adherencia a controles prenatales.

Tabla 2. Criterios diagnósticos Episodio Depresivo DSM V

1 o más de los síntomas principales que deben estar presentes al menos por dos semanas:
☐ Ánimo depresivo la mayor parte del día
☐ Marcada disminución del interés o placer en casi todas las actividades (anhedonia)
5 o más de los siguientes síntomas adicionales, presentes casi todos los días por un período de al menos dos semanas:
☐ Pérdida de peso clínicamente significativa
☐ Insomnio o hipersomnia
☐ Agitación o retardo psicomotor
☐ Fatiga o pérdida de energía
☐ Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos
☐ Capacidad disminuida para pensar o concentrarse
☐ Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida

Tabla 3. Factores de riesgo para depresión durante el embarazo[20]

Ansiedad materna: la ansiedad tiene una fuerte relación con los síntomas depresivos durante el embarazo. Estudios muestran correlación media-alta entre ansiedad y depresión.
Eventos vitales: los eventos vitales estresantes, tales como separación/divorcio, fallecimiento de un familiar, pérdida de empleo y otros eventos estresantes tienen una relación significativa con la presencia de la depresión antenatal.
Historia previa de depresión: la presencia de diagnóstico previo de depresión es un predictor de la depresión antenatal.
Falta de red de apoyo: red de apoyo social/familiar, especialmente de la pareja.
Violencia doméstica: asociación media a leve.
Deseo de embarazo: embarazo no deseado, baja asociación.
Tipo de relación de pareja: no vivir con la pareja tiene relación media con depresión antenatal.
Tipo de cobertura médica: las mujeres con coberturas médicas más deficientes presentan más riesgo de sufrir depresión. Asociación alta.
Nivel socioeconómico: niveles bajos sería un factor de riesgo mayor. Asociación baja.
Factores que presentan resultados inconsistentes: dentro de estos estarían consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias. Edad materna, historia obstétrica previa. Raza/etnia de la madre.

La depresión en el embarazo es el mayor factor de riesgo para desarrollo de depresión postparto.
Las mujeres que cursan un episodio depresivo durante el embarazo tienen un 50% de probabilidades de desarrollar una depresión postparto[22].
Diversos estudios muestran que la prevalencia de la depresión en el embarazo puede llegar a ser igual o más prevalente que la depresión postparto[23] y que el 14% a 25% de las mujeres embarazadas tienen suficientes síntomas depresivos para cumplir con los criterios de un diagnóstico para Episodio Depresivo Mayor según criterios DSM V[24].
Sin embargo, hay considerable evidencia que la depresión durante el embarazo es sub diagnosticada y poco tratada.

Esto estaría dado por lo siguiente[25]:
1.- Los síntomas depresivos son similares a algunos síntomas del embarazo (fluctuaciones del ánimo, cambios emocionales, llanto, irritabilidad, alteraciones del sueño y apetito).
2.-Estigma asociado a la depresión maternal.
3.-Entrenamiento insuficiente en la pesquisa y detección de síntomas y de los factores de riesgo por parte del equipo de salud.
4.- Falta de tiempo y de recursos.
5.- Falta de instrumentos específicos para medir depresión prenatal junto con riesgo psicosocial en diferentes poblaciones.
6.- Atribuir a patologías médicas algunos síntomas depresivos (cansancio-desánimo/anemia, patología tiroidea).

1.2 Instrumentos de tamizaje para medir depresión en el embarazo y postparto: Escalas de detección

Estos instrumentos tienen el objetivo de pesquisar en forma precoz cuadros depresivos en mujeres durante el curso de un embarazo o en el postparto y permiten identificar a las mujeres que presentan un mayor riesgo de desarrollo de depresión con la finalidad de poder intervenir en forma preventiva y temprana.

A pesar de que la depresión perinatal es una entidad establecida y reconocida, menos del 50% de las pacientes[26] son diagnosticadas en los diferentes controles de salud rutinarios realizados por los diferentes profesionales que están en contacto durante ese período tanto con la madre y con el hijo (médicos obstetras, pediatras, enfermeras, matronas, nutricionistas).
Para poder ayudar a diagnosticar la depresión perinatal se han desarrollado instrumentos de tamizaje como la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y las preguntas de Whooley.

a) Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDRS)[27]
Instrumento de tamizaje simple y rápido de contestar, desarrollado para pesquisa de síntomas depresivos en mujeres en el postparto reciente pero también ha sido validado su uso durante el embarazo[28].
Para el postparto se recomienda un punto de corte 9/10 (mayor o igual a 10: probable depresión postparto).
En embarazo se recomienda un punto de corte 12/13 (mayor o igual a 13: probable depresión en embarazo)[29,30].
El momento más indicado para aplicar la EDPS es a la octava semana posterior al parto ya que coincide con el período de máxima incidencia de la depresión postparto y también con la disminución de los síntomas adaptativos normales[31] (Tabla 4).

b) Preguntas Whooley; Guías NICE (*National Institute for Health and Care Excellence. Great Britain*)
Puede ser utilizado por diferentes profesionales de la salud, en controles tanto de la madre como del hijo.
Las primeras dos preguntas originales, preguntas de Whooley, incluyen dos criterios principales del diagnóstico de un Episodio Depresivo Mayor acorde al DSM V, ánimo depresivo y pérdida de la capacidad de sentir placer o anhedonia.
Si estas son afirmativas se realiza una tercera pregunta, sugerida por Arrol[32], que apunta a la necesidad de pedir ayuda. A continuación se detallan las preguntas y la respuesta es sí o no:.
1.- ¿En el último mes se ha sentido desanimada, deprimida o sin esperanza?
2.- ¿En el último mes ha sentido que tiene poco interés o que no disfruta?
En caso de contestar SI a las dos anteriores:
3.- ¿Siente que necesita ayuda?

Si en algunos de estos instrumentos de pesquisa aparecen síntomas depresivos durante el embarazo, postparto o durante los controles de salud del bebé, es necesario considerar la derivación de la madre a psiquiatría o a profesionales del área de salud mental disponibles para correlacionar con la clínica (Tabla 5).

1.3 Tratamiento de la depresión en el embarazo

La evidencia actual sugiere que la depresión en el embarazo no tratada puede afectar negativamente tanto la salud de la

Tabla 4 Aplicación de Escala de Edimburgo

Período de Aplicación	Rango de edad	Puntaje de corte	Momento de aplicación
Embarazo	Mayor o igual de 18 años	12/13	Segundo control
Postparto	No descrito	9/10	2 y 6 meses

Guías MINSAL 2015

madre como la del hijo por nacer. Estas complicaciones están principalmente asociadas con un aumento de la comorbilidad de las mujeres, incluyendo falta de cuidados maternos (a controles maternales, consumo de alcohol y/o tabaco), preeclampsia y eclampsia, riesgo suicida de las madres, depresión postparto y alteraciones de la relación madre-hijo.

En los recién nacidos la principal manifestación son los niveles aumentados de cortisol y noradrenalina, así como también menores niveles de dopamina y serotonina[33]. También se ha asociado con bajo peso de nacimiento, riesgo de parto prematuro e irritabilidad del recién nacido.

Las consecuencias y riesgos de una depresión en el embarazo no tratado sobrepasan a los potenciales riesgos del uso de antidepresivos durante el embarazo[34].

Durante el embarazo se sugiere iniciar el tratamiento con alternativas terapéuticas no farmacológicas, como intervenciones psicoterapéuticas individuales, grupales y familiares. El uso de psicofármacos debe ser evaluado en forma individual, según el caso, basado en una revisión exhaustiva de los antecedentes, riesgos y beneficios del tratamiento.

Tabla 5. Escala de Edimburgo (EDPS) para el embarazo y el postparto[27,30]

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EDPS)

Nombre:_____

Dirección:_____

Su fecha de Nacimiento:_____

Fecha de Nacimiento del Bebé:_____Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si esta embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor, marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ULTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.
Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la semana pasada. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

   Tanto como siempre.
   No tanto ahora.
   Mucho menos.
   No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

   Tanto como siempre.
   Algo menos de lo que solía hacer.
   Definitivamente menos.
   No, nada.

3. Me han culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

   Sí, la mayoría de las veces.
   Sí, algunas veces.
   No muy a menudo.
   No, nunca.

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

   No, para nada.
   Casi nada.
   Sí, a veces.
   Sí, a menudo.

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

   Sí, bastante
   Sí, a veces.
   No, no mucho.
   No, nada.

6. Las cosas me oprimen o agobian

   Sí, la mayor parte de las veces.
   Sí, a veces.
   No, casi nada.
   No, nada.

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

   Sí, la mayoría de las veces.
   Sí, a veces.
   No muy a menudo.
   No, nada.

8. Me he sentido triste y desgraciada

   Sí, casi siempre.
   Sí, bastante a menudo
   Solo en ocasiones
   No, nunca.

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

   Sí, casi siempre.
   Sí, bastante a menudo.
   Solo en ocasiones.
   No, nunca.

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

    Sí bastante a menudo.
    A veces
    Casi nunca
    No, nunca.

Interpretación: Durante el embarazo, un puntaje mayor o igual a 13 indica sospecha de depresión; en el postparto, un puntaje mayor o igual a 10 indica sospecha de depresión postparto. Una respuesta positiva en la pregunta 10 (presencia de ideación suicida) requiere de una evaluación más exhaustiva y/o derivación a psiquiatría.

a) Estrategias no farmacológicas y psicoterapia de la depresión en el embarazo

Indicadas en pacientes embarazadas con depresiones leves a moderadas, o en aquellas mujeres que rechazan tratamiento farmacológico durante su embarazo.

Psicoeducación: Favorecer mediante la conversación y a través de procesos cognitivos el reconocimiento de los cambios tanto físicos como emocionales y buscar técnicas de afrontamiento al período de cambios propio del embarazo.

Intervenciones psicoterapéuticas basadas en Mindfulness (MBI): revisiones de varios estudios han demostrado que las Intervenciones Basadas en Mindfulness (MBI) usadas durante el período perinatal tienen la capacidad tanto para prevenir el desarrollo de un cuadro anímico y/o ansioso, como también para aliviar síntomas ansiosos y/o depresivos. Se utilizan los formatos *Mindfulness Based Stress Reduction MBSR* y/o *Mindfulness Based Cognitive Therapy MBCT* con adaptaciones por el periodo perinatal[35,36].

Psicoterapia: La psicoterapia cognitivo conductual es una alternativa para la disminución de síntomas anímicos o ansiosos leves a moderados durante el embarazo pero no para mejorar el vínculo madre-hijo, para lo cual las alternativas adecuadas serían intervenciones individuales o grupales de psicoterapia de apoyo o interpersonal que consideren modalidades corporales que puedan favorecer la conexión con su embarazo[37].

Otras alternativas de tratamiento como la luminoterapia (*Bright Light Treatment*) están siendo investigadas en depresión durante el embarazo con buena respuesta[36,38].

b) Farmacoterapia

Su indicación está dada en mujeres embarazadas que cursan un cuadro depresivo moderado a severo, con falta de respuesta a otros tratamientos o cuando existe un alta probabilidad de recidiva.

Considerando que todos los fármacos atraviesan la placenta la sugerencia es, dentro de lo posible, evitar el uso de psicofármacos durante las doce primeras semanas del embarazo debido al período de organogénesis.

Conocer el riesgo que conlleva el uso de un fármaco durante el embarazo es esencial para disminuir las complicaciones, en ese aspecto es de gran utilidad conocer las clasificaciones que lo catalogan.

El riesgo de los psicofármacos se evalúa por las normas establecidas por la *Food and Drug Administration FDA*. Ningún psicofármaco ha sido aprobado para su uso durante el embarazo, por lo que su indicación dependerá de la evaluación del riesgo versus el beneficio que se pueda obtener con el tratamiento. Esta decisión debe ser revisada y consensuada en conjunto con la paciente embarazada. Para esto es de utilidad conocer la clasificación FDA para psicofármacos en embarazo. Tabla 6.

La mayor información disponible sobre uso de antidepresivos en el embarazo se asocia con Inhibidores de la Recaptura de Serotonina (ISRS), sertralina, citalopram y fluoxetina (categoría C por FDA), los cuales mostrarían una escasa evidencia de teratogénesis en relación a su uso durante la gestación.

En el año 2006 un estudio publicado vincula el uso de ISRS con hipertensión pulmonar resistente en el recién nacido y tras una revisión por la FDA de otros seis estudios que no muestran dicha asociación, en el año 2012 la FDA señala que "dado los resultados contradictorios es prematuro sacar cualquier conclusión acerca de una posible asociación entre el empleo de ISRS en el embarazo y la hipertensión pulmonar resistente del recién nacido".

Existen guías disponibles para el tratamiento de la depresión en el embarazo, un consenso de éstas sugiere el uso de *sertralina* como tratamiento de primera línea en el embarazo y en la lactancia[39,40].

Algunas sugieren evitar el uso de *paroxetina* durante el período de gravidez debido a que su uso se ha asociado a un aumento de riesgo de malformaciones cardiovasculares en el recién nacido[41]. La Guía Clínica del American College de Ginecología y Obstetricia sugiere realizar un estudio ecocardiográfico si el feto estuvo expuesto a paroxetina en las primeras etapas del embarazo[42].

Tabla 6. Clasificación FDA para uso de fármacos en embarazo

A	Sin riesgos aparentes	No hay evidencia de riesgo fetal. Pueden emplearse
B	Sin riesgos aparentes	No existen pruebas de riesgo en especie humana. Probablemente seguir.
C	Riesgo no detectable	No existen estudios en el ser humano. Deben usarse cuando el beneficio potencial supere al riesgo potencial
D	Riesgo demostrado	Evidencia positiva de riesgo en humanos. Evitarlos si existe otra alternativa.
X	Contraindicado	Existe evidencia de riesgo fetal en el ser humano. El riesgo sobrepasa cualquier beneficio. Contraindicado.

La elección del fármaco adecuado y el tiempo de mantención del tratamiento debe considerar manejar en forma complementaria dos situaciones, el embarazo y la patología psiquiátrica, por lo que debe realizarse en forma individual, caso a caso, evaluando los antecedentes de psicopatología personal y familiar de la paciente, la intensidad y características de los síntomas presentes, tolerancia y respuesta al tratamiento, y el consentimiento de la paciente.
La elección de un psicofármaco debe considerar además los siguientes aspectos sobre los efectos adversos en embarazo y lactancia: *la teratogenicidad*, *las complicaciones perinatales* (síndromes perinatales relacionados con el fármaco que ha atravesado hacia el feto próximo al parto) y *las secuelas postnatales en el desarrollo* como consecuencia a la exposición de un fármaco durante el embarazo, parto o lactancia.

Goracci et al (2017) realizó una revisión sobre fármacovigilancia en los trabajos publicados en PubMed entre los años 1996 y 2014 en cuyas conclusiones destaca:
• Evaluar caso a caso la necesidad real de inicio de tratamiento farmacológico.
• Cuando es necesario el uso de tratamiento farmacológico, como en el caso de una paciente con un cuadro severo o antecedentes de trastornos emocionales graves, los ISRS serían de elección.
• Al usar antidepresivos, utilizar la mínima dosis eficaz fraccionando la dosis en varias tomas para evitar *peaks* de absorción excesiva en el feto.
• En lo posible usar monoterapia y evitar asociaciones de fármacos.
• Para evitar fenómenos de toxicidad neonatal, una buena práctica es reducir gradualmente las dosis (sólo si es posible, suprimir el tratamiento) hasta poco antes del parto, con lo cual se minimiza los fenómenos de toxicidad neonatal, en particular los síntomas de supresión.
• Verificar en forma regular mediante controles ecográficos el desarrollo fetal.

II. DISFORIA PUERPERAL

Caracterizado por ansiedad, labilidad emocional, cansancio y a veces ánimo depresivo. Tiene un curso transitorio y abreviado, de carácter leve y se presenta en forma abrupta durante los primeros días post parto. La mayor intensidad de los síntomas se presenta entre el cuarto y quinto día y puede durar por algunos días, generalmente es autolimitado y remite en forma espontánea durante las primeras dos semanas postparto. Se presenta en un 40 y 60 % de las mujeres.
No genera incapacidad funcional ni interfiere con la capacidad de cuidar al bebé.
Debido a su carácter transitorio y abreviado no requiere de tratamiento y solo se sugiere manejo psicoeducativo y sospechar de un cuadro depresivo si los síntomas persisten o se intensifican.

III. DEPRESIÓN POST PARTO

Los signos y síntomas de la depresión postparto son similares a la depresión que se presenta en otras etapas de la vida.
Se caracteriza por desánimo, pérdida de motivación e interés, irritabilidad, labilidad emocional y aparición de sentimientos de incapacidad y/o inutilidad relacionados con el cuidado del bebé, lo que se asocia a ideas de culpa y temor a producirle daño. Puede coexistir con angustia de separación severa y ansiedad importante en relación a los cuidados y bienestar del hijo.
Por lo general, se presenta durante el primer mes posterior al parto, alcanzando una intensidad máxima entre las 8 y 12 semanas posterior al nacimiento[43].
La prevalencia mundial es entre 10-20%[43], aumentando a un 26% en madres adolescentes. Estudios nacionales concluyen que en niveles socioeconómicos bajos aumenta el riesgo de aparición hasta en un 41%[45] (Tabla 7).
El mayor factor de riesgo para el desarrollo de una depresión postparto es la depresión en el embarazo, aunque hay otros

Tabla 7. Prevalencia de sintomatología depresiva en el postparto

Autores	Tamaño muestral	Momento evaluación	Instrumento	Nivel socioeconómico	Prevalencia %
Lemus y Yáñez 1986	60	1 mes	GHQ-30	medio	40%
Jadresic et al. 1992	108	2-3 meses	RDC parcial	medio	48,1%
Alvarado et al. 1992	125	8 semanas	DSM III-R	Medio-bajo y bajo	20,5%
Jadresic y Araya 1995	542	2-3 meses	EDPS	Alto, medio y bajo	36,7%
Risco et al. 2002	103 43	Tercer día 12 semanas	EDPS EDPS	Medio-bajo y bajo	27,2% 48%
Florenzano et al. 2002	88	1-10 días	EDPS	Medio-bajo y bajo	50%
Poo et al. 2008	73	40-45 días	EDPS	bajo	50,7%
Castañon y Pinto. 2008	110	4-12 semanas	EDPS	bajo	26,4%

Fuente: Elaborado por Dr. Enrique Jadresic

factores de riesgo a considerar como: antecedentes previos de depresión con o sin tratamiento, eventos estresantes negativos durante el embarazo, eventos de estrés durante el puerperio inmediato, parto prematuro, complicaciones del recién nacido, baja red de apoyo, disfunción familiar o de pareja (Tabla 8).

Tabla 8. Factores de riesgo para desarrollo depresión postparto[20]

Depresión durante el embarazo
Ansiedad durante el embarazo
Eventos vitales estresantes durante embarazo o en puerperio inmediato
Parto traumático
Parto prematuro/ recién nacido ingresado en cuidados intensivos
Baja red de apoyo
Antecedentes previos de depresión
Problemas con lactancia

Tratamiento de la depresión postparto

Los beneficios de la lactancia materna han sido ampliamente demostrados y difundidos tanto para la madre como el hijo.

Durante la depresión postparto resulta necesario en muchos casos utilizar algún fármaco para su tratamiento con el subsecuente temor de la madre de tener que suspender la lactancia o de producir algún daño derivado del fármaco al bebé, lo que puede interferir en que las mujeres no consulten o lo hagan en forma tardía.

Existen alternativas farmacológicas y no farmacológicas para el tratamiento de la depresión postparto, las cuales dependen entre otros factores de la severidad del cuadro (Tabla 9).

Tabla 9. Factores a considerar para el tratamiento durante el puerperio[45]

El puerperio es un período de especial vulnerabilidad psíquica.
Puede ser el momento de inicio o descompensación de un trastorno mental.
El bienestar materno es fundamental para el adecuado desarrollo del bebé.
La lactancia favorece el bienestar materno y la salud del lactante.
El estado mental materno es el factor determinante para recomendar el inicio de un tratamiento farmacológico.
La mayoría de los psicofármacos son seguros para la lactancia.
Una adecuada monitorización (observación) minimizaría los posibles efectos adversos.
Para el adecuado tratamiento de la diada madre-bebé es necesario un equipo multidisciplinario

a) Tratamientos e intervenciones de depresión postparto

Se utilizan en mujeres con depresiones leves a moderadas, que se encuentran en lactancia y no desean usar fármacos.

Se recomienda ***psicoterapia cognitivo conductual o psicoterapia interpersonal*** (individual o grupal).

Estrategias como ***psicoeducación*** tanto para la madre como para sus redes de apoyo y/o terapias grupales de apoyo también son de utilidad. Se fomentan técnicas de autocuidado para la madre (sueño y alimentación) y fomentar redes de apoyo a las cuales pueda recurrir en búsqueda de ayuda.

Las ***intervenciones basadas en Mindfulness (MBI)*** reducen el estrés y ansiedad e intervenciones cognitivo conductuales basadas en mindfulness, MBSR/MBCT adaptadas para el período perinatal con tareas e indicaciones para realizar en forma diaria en su domicilio[35,36] .

En casos severos de depresión postparto especialmente las que tienen ideación suicida activa debe considerarse la hospitalización y la ***Terapia Electro Convulsiva (TEC),*** siendo una técnica eficaz, rápida y segura.

b) Farmacoterapia de depresión postparto

Frente a la necesidad de inicio de tratamiento farmacológico durante el periodo de lactancia debe revisarse en forma individualizada y entregar la información a la paciente sobre los riesgos y beneficios tanto para la madre como para el hijo de cada alternativa terapéutica a considerar.

Es importante contar con una evaluación del hijo por el pediatra previo al inicio del tratamiento con mayor atención del ciclo sueño vigilia, irritabilidad, psicomotricidad y aspectos neurológicos debido a que estas áreas pueden verse comprometidas frente a la eventualidad de una intoxicación farmacológica[46], especial atención en casos de comorbilidad del hijo o prematurez.

Muchos antidepresivos se consideran seguros en la lactancia, la excreción vía leche materna es variable según el fármaco, la recomendación de utilizar uno u otro esta dada por los niveles de antidepresivo en leche materna que pueden ser bajos o indetectables, junto a la ausencia de efectos secundarios graves en el lactante.

Los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) son el tratamiento de primera línea en el manejo de depresión postparto: sertralina, fluoxetina, escitalopram, citalopram.

Se han reportado algunos casos en que durante el tratamiento con fluoxetina 20mg el bebé presentó llanto excesivo, irritabilidad y alteraciones del sueño y apetito, estos efectos secundarios no revisten gravedad y ceden al suspender el tratamiento.

Con citalopram 20mg hay reporte de un caso de un lactante de cuatro semanas que presentó alteración del sueño y cedió al bajar dosis a la mitad, y escitalopram 10mg con el cual no se reportaron efectos secundarios en el bebé.
Diversos autores coinciden que el tratamiento de primera elección en el tratamiento de depresión postparto durante la lactancia es la sertralina; publicaciones con 50 y 100mg de sertralina en tratamiento de depresión durante la lactancia muestran ausencia de efectos sobre el sistema nervioso central del lactante[46,47].

Brexanolone es el primer tratamiento farmacológico aprobado por la FDA para depresión postparto (marzo 2019). Se recomienda una dosis de infusión endovenosa continua durante 60 hrs (2,5días), debido al riesgo de sedación excesiva o pérdida de conciencia la paciente debe ser supervisada y monitorizada cada dos horas, debe estar acompañada si esta en compañía de su hijo.

Mecanismo de acción: modulador alostérico positivo de los receptores GABA A, mediante la unión a ese receptor tendría un efecto ansiolítico o inhibitorio del SNC. Se relaciona con la caída brusca de los niveles de allopregnanolona posterior al parto que pueden interferir en la aparición de la depresión postparto (Tabla 10).

IV. PSICOSIS POSTPARTO

La psicosis puerperal es la complicación psiquiátrica más grave del postparto, es considerada una emergencia psiquiátrica, el 70% de las mujeres que la presenta tiene antecedentes de un trastorno bipolar [49].
Se presenta aproximadamente en 0,1 a 0,2% mujeres posterior al parto[50], existe un riesgo de infanticidio de un 4%.

Tabla 10. Sugerencias para inicio de tratamiento farmacológico en depresión postparto[46]

Evaluar estado mental materno. Según gravedad y riesgos, previo consentimiento informado, iniciar o no iniciar un tratamiento farmacológico.
Valorar apoyos familiares y derivación a grupos de madres.
Favorecer la lactancia y la capacitación materna. Informar de sus beneficios.
Elección de fármaco según respuesta previa y seguridad para la lactancia.
Favorecer la monoterapia y la utilización de la mínima dosis eficaz.
Monitorizar (observar) posibles efectos adversos en el lactante.

Los principales factores de riesgo son el antecedente previo de una psicosis postparto o de un Trastorno Afectivo Bipolar[51], antecedente de trastorno esquizoafectivo e historia familiar de trastornos afectivos.
Se caracteriza por ser un cuadro de aparición brusca y temprana durante el segundo o tercer día postparto. En la mayoría de las mujeres se presenta durante las primeras dos semanas, aunque puede iniciarse incluso hasta el sexto mes.
Puede iniciarse con insomnio o dificultad para descansar junto con irritabilidad, inestabilidad de ánimo, conductas suspicaces, signos de confusión, síntomas de exaltación y/o maniformes, o mixtos que evolucionan hacia depresivos. Después de la fase inicial, generalmente de una semana, aparecen las ideas delirantes y/o alucinaciones generalmente auditivas relacionadas con el bebé[51].
Esta condición presenta un riesgo elevado de riesgo suicida o infanticida por lo que requiere de hospitalización. El tratamiento incluye estabilizadores del ánimo, neurolépticos, y benzodiacepinas.

La Terapia Electroconvulsiva (TEC) es una opción de tratamiento rápida y eficaz. Debe descartarse patología orgánica concomitante (patología tiroidea, neurológica u otras), intoxicación o abstinencia a sustancias.

PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN PERINATAL

Debido a que los principales factores de riesgo de depresión perinatal han sido identificados, las intervenciones preventivas debieran enfocarse en las mujeres con alto riesgo para disminuir esta posibilidad.
La Organización Mundial de la Salud, OMS, publicó una guía para el manejo de la depresión perinatal *"Thinking healthy, a manual for psychosocial management of perinatal depression" (mhGAP-IG)*, la cual establece recomendaciones de intervenciones psicológicas y psicosociales desde el embarazo hasta el décimo mes del bebé.
Establece las siguientes recomendaciones:
• Las intervenciones psicosociales deben ser la primera línea de tratamiento de la depresión leve a moderada durante el embarazo y el postparto.
• Se deben incorporar los principios generales de cuidado: comunicación sensible, clara y empática con la mujer y sus familiares acompañado de apoyo social.
• Proporcionar psicoeducación para evitar la sobremedicación.
• Proporcionar psicoterapia cognitivo conductual, si está disponible.
• Es aconsejable proporcionar tratamientos complementarios como actividad física estructurada, relajación y resolución de problemas; lo propuesto según la guía es incorporar estas actividades dentro de la rutina diaria de la madre.
• Reactivar la red de apoyo social de la madre.
• Se debe considerar el bienestar psicológico y físico de la madre, junto con el vínculo madre-hijo durante este período.

Establecer la implementación de estrategias de promoción y prevención para la atención médica, social y de salud mental integrada de la mujer embarazada, desde la Atención Primaria de salud incorporando al equipo profesional multidisciplinario responsable de la atención materno infantil.

La Guía MINSAL sugiere aplicar la Escala de Edimburgo en el segundo control del embarazo en pacientes mayores de 18 años y posterior al parto en el segundo y sexto mes para pesquisa de síntomas, en esta etapa no menciona límite de edad.
Esta escala puede ser aplicada por diferentes profesionales de la salud que están en contacto con la madre e hijo en los controles de salud.

CONCLUSIONES

Existe amplia evidencia que las mujeres presentan una mayor prevalencia de cuadros depresivos y que en algunas etapas de su vida aumenta el riesgo de su desarrollo. El periodo perinatal, comprendido entre el embarazo y hasta un año posterior al parto constituye un periodo de mayor vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos depresivos.

Debido a que el periodo perinatal es una etapa de mayor contacto con profesionales de la salud, incluyendo los controles del hijo posterior al parto, se presenta como una oportunidad para identificar, prevenir e intervenir los efectos negativos de la depresión materna en la salud familiar[53], no sólo al prevenir una condición materna que es crónica y recurrente, sino que también a reducir el riesgo de depresión en los niños en etapas posteriores.

La necesidad de intervenciones integrales es fundamental y los programas deben incluir diferentes niveles o etapas de intervención, como actividades preventivas psicoeducativas destinadas a informar a la población, identificación y pesquisa a mujeres embarazadas con factores de riesgo para desarrollar cuadros depresivos y entrenamiento de los profesionales de la salud para realizar una adecuada pesquisa, tratamiento (farmacológico y no farmacológico), y derivación oportuna, junto con un seguimiento durante el período perinatal.

Declaración de conflictos de interés
Las autoras declaran no tener conflictos de interés en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Ministerio Servicio Nacional de la Mujer. Salud Mental en el Gran Santiago 2002.*
2. *Wisner KL, Wheeler SB . Prevention of recurrent postpartum major depression. Hosp Community Psychiatry. 1994; 45 (12): 1991- 1196.*
3. *Kendall-Tackett K.A. Depression in new mothers: causes, consequences and treatment alternatives 2010 2nd edition: Routledge.*
4. *Campbell SB, CohnJF . Prevalence and correlates of postpartum depression in first time mothers. J Abnorm Psychol. 1991;100 (4): 594-599.*
5. *Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the specificity of the diagnostic concept. Br J Psychiatry Suppl.1995; 166(2):191-5.*
6. *Ryan D, Mills L, Misri N. Depression during pregnancy. Can Fam Physician. 2005; 51(8): 1087-1093.*
7. *Austin MP. Antenatal screening and early intervention for "perinatal" distress, depresssion and anxiety: where to from here? Arch Womens Ment Health. 2004; 7(1) :1-6.*
8. *Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Cullen., Schanberg S, Kuhn C. Prepartum, postpartum, and chronic depression effects on newborns. Psychiatry. 2004; 67(1): 63-80.*
9. *Field TM. Infants of depressed mothers, S.L. Johnson , A.M. Hayes, T.M. Field , N. Schneiderman, & P.M. McCabe (Eds) , Stress, coping and depression ; 2000 (pp 3-22) Lawrence Erlbaum Associates Publishers.*
10. *Martins C, Gaffan E . Effects of early maternal depression patterns of infant mother attachment: a meta analytic investigation. Child Psychol Psychiatry Review. 2000; 41: 737-746.*
11. *Mc Mahon CA, Barnett B, Kowalenko NM , Tennat CC .Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. J Child Psychol Psychiatry . 2006; 47 (7): 660-9.*
12. *Cummings, EM, Davies PT .The impact of parents on their children: an emotional security hypothesis. Annals of Child development. 1995; 116:167-208.*
13. *Downey G, Coyne JC. Children of depressed parents: an integrative review. Psychological Bulletin. 1990; 108(1):50-76.*
14. *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(6):1083-1094.*
15. *Teti DM, Gelfand DM, Messinger DS. Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants , preschoolers and their mothers. Dev Psychol; 1995, 31(3):364.*
16. *Jadresic E, Nguyen DN, Halbreich U .What does Chilean research tell us about postpartum depression?. J Affect Disord. 2007; 102:237-243.*
17. *Jadresic E, Jara C, Miranda M, Arrau B, Araya R. Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres. Rev Chil Neuro Psiquiat. 1992;30: 99-106.*
18. *Llewellyn AM; Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. J. Clin Psychiatry. 1997;58(15):26S-36S.*
19. *Jadresic E, Jara C, Araya R. Depresión en el embarazo y el puerperio: estudio de factores de riesgo. Acta Psiquiat Psicol. Am Lat. 1993; 39(1): 63-74.*
20. *Lancaster C, Gold K, FlynnH, Yoo H, Marcus S. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2010: 202(1):5-14.*
21. *Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. .Research report:*

Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. J Affect Disord. 2000; 59: (1):31-40.

22. *O´Hara M, Swain A. Rate and Risks of postpartum depression: A meta -analysis. International Rev Psychiat . 1996 (8) :37-54.*
23. *Matthey S, Phillips T, White P, Glossop U, Hopper U, Panasetis A, et al. Routine psychosocial assessment of women in the antenatal period: frecuency of risk factors and implications for clinical services. Arch Womens Ment Health. 2004 ;7(4): 223-229.*
24. *O´Hara M, Swain A. Rate and Risks of postpartum depression: A meta -analysis. International Rev Psychiat . 1996 (8): 37-54.*
25. *Onunaku N . Improving maternal and Infant Mental Health: Focus on Maternal Depression , Los Angeles, CA : National Center for Infant and Early Childhood Health Policy at UCLA; 2005.*
26. *Littlewood E, Shehzad A , Ansell P, et al. Identification of depression in women during pregnancy and the early postnatal period using the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale: Protocol for the born and bred in Yorkshire: PeriNatal Depression Diagnostic Accuracy (BaBY PaNDA) study. BMJ Open. 2016;6 e:011223.*
27. *Cox JL, Holden JM, Safgovky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987;150:782-6.*
28. *Murray D, Cox J. Screening for postnatal depression during pregnancy with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS). J Reprod Infant Psychol. 1990;8(2):99-107.*
29. *Jadresic E, Araya R, Jara R. Validation of the Edinburgh Postnatal depression scale (EDPS) in Chilean postpartum women. J Psychosom Obstet Gynecol. 1995; 16:187-91.*
30. *Alvarado R, Jadresic E, Guajardo V, Rojas G. First validation of a spanish translated version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS) in pregnant women. A Chilean study. Arch Womens Ment Health. 2015(18):607-612.*
31. *Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento . Guías Minsal 2015.*
32. *Navarrete M, Nieto L, Lara MA, Lara MC. Sensitivity and specificity of the three Whooley and Arroll questions for detecting perinatal depression in mexican women. Salud pública Mex. 2019;61(1):27-34.*
33. *Hollins K . Consequences of antenatal mental health problems for child health and development. Curr Opin Obstet Gynecol. 2007;19(6): 568-572.*
34. *Dubovicky M, Belovicova K, Csatlosova K, Bogi E. Risks of using SSRI/SNRI antidepressants during pregnancy and lactation. Interdiscip Toxicol. 2017;10(1):30-34.*
35. *Lever Taylor B, Cavanagh K, Strauss C.The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions in the Perinatal Period: A Systematic review and meta- analysis. PLoS One. 2016;16;11(5).*
36. *KE Williams, NL Rasgon , T Robakis, S Johansen Management of perinatal depression with non drug interventions BMJ 2019;25;364: l322*
37. *Rojas G, Martinez V Olhaberry M, Escobar M , San Cristóbal P, Santelices MP, et al .Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. Terapia Psicológica. 2013 (31):249-261.*
38. *Bais B, Kamperman AM, van der Zwaag MD, Dieleman GC, Harmsen Van der Vliet-Torij HW, et al.. Bright light therapy in pregnant women with major depressive dosorder: study protocol for a randomized, double blind, controlled clinical trial. BMC Psychiatry. 2016; 16(1) :381.*
39. *Pinheiro E, Bogen D, Hoxha D, Ciolino J, Wisner J. Sertraline and Breastfeeding: Review and Meta- Analysis. Arch Womens Mental Health .2015;18(2): 139-146.*
40. *Gentile S. The safety of newer antidepressants in pregnancy and breastfeeding .Drug Safety. 2005 ; 28(2):137-152.*
41. *Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Roerecke M, Rehma J, dennis CL, et al. The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcome: a systematic review and meta- analysis. J Clin Psychiatry. 2013; 74(4):e321-41.*
42. *American College Obstetrics Gynecology ACOG Guidelines 2018.*
43. *Wisner KL, Parry BL, Piontek CL. Clinical Practice. Postpartum depression. N Engl J Med. 2002; 347(3):194-9.*
44. *Troutman B, Cutrona CE. Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. J Abnorm Psychol. 1990; 99 (1): 69-78.*
45. *Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en Santiago, Chile. Rev Med Chile. 1995;123: 694-699.*
46. *Olza F. I, Serrano D. E, Muñoz L.C : Lactancia para psiquiatras: Recomendaciones sobre el empleo de psicofármacos en madres lactantes. Arch. Psiquiatr. 2011;74:2.*
47. *Epperson N, Czarkowski KA, Waerd-O¨Brien D; Weiss E, Gueorguieva R, Jatlow P, et al. Maternal sertraline treatment and serotonin transport in breast feeding mother infant pairs. Am J Psychiatry; 2001; 158(10):1631-7.*
48. *Hendrick V, Fukuchi A, Altschuler L; Widawski M, Werthmeir A; Brunhuber MV. Use of sertraline , paroxetine and fluvoxamine in nursing women. Br J Psychiatry. 2001;179: 163-6.*
49. *ACOG American College of Obstetricians and Gynecologists Annual Meeting April 28, 2018, conference by Moore Simas MD, MPH, , FACOG, on Depression and Bipolar Screening in pregnancy.*
50. *Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychosis. Br J Psychiatry. 1987;150: 662-73.*
51. *Doucet S, Dennis CL, Letoruneau N, Blackmore ER. Differentiation and clinical implications of postpartum depression and postpartum psychosis . J Obstet gynecol Neonatal Nurs. 2009;38(3): 269-79.*
52. *Erika Medina-Serdan. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol. Reprod. Hum. 2013; 27 (3):185-193.*
53. *Muñoz, RF, Le H, Ghosh Ippen C, Diaz MA, Urizar Jr, SotoJ, et al. Prevention on postpartum depression in low income women. Cogn Behav Pract. 2007;14 :70-83.*