

DEPRESIÓN POSPARTO EN EL CONTEXTO DEL HOSPITAL GENERAL

POSTPARTUM DEPRESSION IN THE CONTEXT OF THE GENERAL HOSPITAL

DR. ENRIQUE JADRESIC M. (1)

(1) Profesor Asociado de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Campus Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Email: ejadresic@gmail.com

RESUMEN

El puerperio es un período de mayor vulnerabilidad psíquica y la depresión posparto (DPP) es la complicación obstétrica más común. En el caso de la depresión, la última clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5) (2013) sustituyó el especificador “de comienzo en el posparto” por “con inicio en el periparto” porque muchas depresiones posparto comienzan en el embarazo. Empero, la denominación posparto sigue siendo válida, y debe conservarse con independencia de si su inicio fue en el posparto (hasta seis meses después del parto) o en el embarazo. Los síntomas depresivos puerperales pueden encontrarse en la disforia, la DPP (monopolar o bipolar) o la psicosis afectiva puerperal. La DPP y la psicosis comprometen el funcionamiento materno y se asocian a alteraciones del vínculo madre/hijo(a). El tratamiento oportuno y la prevención de estos trastornos minimizan los riesgos y favorecen la salud de la madre y su descendencia.

Palabras clave: Depresión, posparto, detección, tratamiento.

SUMMARY

The puerperium is a period of increased psychic vulnerability and postpartum depression (PPD) is the most common obstetric complication. In the last classification of the American Psychiatric Association (DSM-5) (2013), the specifier “with postpartum onset”

was replaced by the specifier “with peripartum onset” to acknowledge the fact that many PPDs start during pregnancy. However, the postpartum denomination remains a valid one and should be kept regardless the depression started in pregnancy or up to six months postpartum. Puerperal depressive symptoms may be found in the postpartum blues, unipolar or bipolar PPD or puerperal affective psychosis. PPD and psychosis cause impairment of maternal functioning and affect the mother-infant relationship. Timely treatment and prevention of these disorders minimize risks and favour the health of the mother and that of the offspring.

Key words: Depression, postpartum, detection, treatment.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas el conocimiento en torno a la depresión que se presenta durante el período grávido/puerperal ha experimentado, sin duda, progresos importantes. Si bien desde la antigüedad se sabe que el puerperio es un período de mayor vulnerabilidad psíquica, no están lejanos los años en que prevalecía, aún entre los profesionales de la salud, la idea errónea de que el embarazo inmunizaba contra la enfermedad mental (1). Dicha creencia constituyó un verdadero mito, que empezó a ser cuestionado a mediados de la década de 1980, primero a partir de los resultados de investigaciones realizadas en el hemisferio norte y luego, a través de estudios en diversos países del hemisferio sur, entre ellos Chile (2,3).

Aunque los primeros de esos estudios sugirieron que las mujeres presentaban trastornos depresivos del embarazo o del posparto, pero rara vez ambos tipos de trastornos (4), estudios posteriores han mostrado que existe continuidad en la sintomatología anímica perinatal. En la actualidad se sabe que alrededor del 50% de los episodios de depresión posparto comienza en realidad en el embarazo. En nuestro medio, un estudio prospectivo de 108 mujeres encontró que, entre las madres con depresión posparto, el 64% había presentado síntomas de depresión durante la gestación. En cambio entre las madres sin depresión posparto ello ocurrió solo en el 18% de los casos (5).

En 2013, la versión más reciente de la clasificación de enfermedades mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5), recogió estos avances y, en los criterios para Depresión Mayor, sustituyó el antiguo especificador “de comienzo en el posparto” por el especificador “con inicio en el periparto”. Esta denominación se puede utilizar para especificar que el episodio depresivo mayor se presentó durante el embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto (6).

Con todo, limitar el especificador de comienzo de la depresión posparto a las cuatro primeras semanas del posparto es enormemente restrictivo, todas las veces que muchas depresiones puerperales aparecen más tardíamente. Por lo tanto, en este trabajo se denominará depresión posparto a todo episodio de depresión que se presenta durante el puerperio, independientemente de si su comienzo ha sido en el posparto (hasta seis meses después de que la mujer ha dado a luz) o durante el embarazo.

En relación a la salud mental de las puérperas, no siempre es fácil diferenciar el posparto normal del posparto asociado a sintomatología depresiva. La razón es que dentro del puerperio normal se pueden encontrar cambios en el patrón de sueño, apetito, libido, fatiga y preocupaciones diversas, los cuales también pueden hallarse en presencia de depresión. Ahora bien, estos síntomas depresivos pueden formar parte, en orden creciente de gravedad, de cualquiera de las tres siguientes entidades:

DISFORIA POSPARTO

La disforia posparto (*postpartum blues*) es un trastorno transitorio muy común, presentándose en alrededor del 40% al 60% de las puérperas (7). Aparece en forma más o menos brusca e inesperada los primeros días posparto, típicamente alrededor del tercer o cuarto día. Por lo general se prolonga sólo algunas horas, o bien un día o dos. Se trata de un estado en que se pueden encontrar fatiga, tendencia al llanto, ansiedad y, a veces, ánimo depresivo.

Algunas mujeres adjudican los síntomas a una causa “hormonal” debido a que no encuentran una explicación satisfactoria para

los síntomas. En este sentido, es interesante constatar que si bien la causa de la disforia es desconocida, se presume que el principal factor etiológico de la disforia es de índole biológico, precisamente hormonal (8).

La disforia es un trastorno leve, que no altera la capacidad de disfrutar de la madre ni tampoco su nivel habitual de funcionamiento. No requiere tratamiento. Con todo, si el estado disfórico se prolonga más allá de una semana, es pertinente considerar la posibilidad de que la paciente esté desarrollando una depresión posparto.

DEPRESIÓN POSPARTO (DPP)

La depresión posparto (DPP) ha sido denominada la complicación obstétrica más común (9). En la actualidad se sabe que, al igual que en otros países (10), al menos el 40% de las madres chilenas sufre de síntomas depresivo-ansiosos inespecíficos durante el puerperio y un 10-15% desarrolla un episodio depresivo mayor (2,3).

Los síntomas de la DPP son, en general, muy similares a los síntomas de los episodios de depresión que aparecen en otras épocas de la vida (Tabla 1).

TABLA 1. Síntomas de la Depresión Mayor

- Ánimo depresivo la mayor parte del tiempo, casi todos los días por dos semanas
- Pérdida de interés en, o de la capacidad de gozar de, actividades que la persona habitualmente disfruta

Otros síntomas que pueden presentarse:

- Fatiga o falta de energía
- Inquietud o sensación de enlentecimiento
- Sentimientos de culpa o minusvalía
- Dificultades para concentrarse
- Alteraciones del sueño
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

Modificado de referencia 6.

Así, junto al deterioro anímico, que se presenta la mayor parte del día, casi todos los días (durante al menos dos semanas para calificar como Depresión Mayor); o a la pérdida de la capacidad de goce, se suelen encontrar ideas de culpa, de insuficiencia (“no sirvo para ser mamá”), angustia, labilidad emotiva y tendencia al llanto, fatiga y, muy a menudo, alteraciones del sueño que exceden la perturbación del mismo atribuible al cuidado del neonato. A veces el desánimo es más acentuado por la mañana, por ejemplo al despertar (una característica particularmente útil de identificar ya que por lo general predice una buena respuesta a los antidepresivos).

Con frecuencia la depresión del ánimo coexiste con bastante angustia o bien con síntomas obsesivos. La mujer puede presentar fantasías o temor de hacerle daño al bebé, vivencias que a menudo no se atreve a verbalizar. En casos más graves puede mostrar indiferencia por el hijo, mas rara vez, rechazo. Claramente, los síntomas perturban el nivel de funcionamiento materno en distintos ámbitos.

La mayoría de los casos de depresión postnatal no se presenta inmediatamente posparto sino durante el transcurso del primer mes del puerperio o poco después y, por lo general, los síntomas alcanzan su intensidad máxima entre las 8 y las 12 semanas después del parto.

Diversos estudios muestran que el principal factor de riesgo de DPP es la depresión durante el embarazo (11-13). Además, en concordancia con estudios extranjeros, estudios nacionales han encontrado, entre otros, los siguientes factores de riesgo: historia previa de depresión, eventos vitales adversos, apoyo social deficiente, discordia marital y embarazo no deseado (14-16) (Tabla 2).

TABLA 2. Factores de riesgo de depresión posparto en mujeres chilenas

- Depresión durante el embarazo
- Historia de depresión, especialmente perinatal
- Embarazo no deseado
- Conflicto en la relación de pareja
- Ausencia de pareja
- Estrés psicosocial
- Nivel socioeconómico bajo
- Deficiente apoyo social

En términos de factores etiológicos hormonales, no se cuenta con evidencia que apunte a alguna hormona en particular. Pareciera, sin embargo, que un subgrupo de las DPP se da en el contexto de un trastorno tiroideo (17). Al respecto, cabe mencionar que muchas veces la tiroiditis posparto no es diagnosticada. Se trata de una afección autoinmune y autolimitada que afecta a alrededor del 3-4% de las puérperas (18). Se presenta con una fase inicial de tirotoxicosis transitoria, seguida de una hipofunción también transitoria. Se ha visto que dicha disfunción tiroidea posparto se puede asociar a depresión (19), pero no siempre es la causa del problema anímico.

Por otra parte, un interesante aunque pequeño estudio, llevado a cabo en madres con historias de DPP, mostró que el retiro brusco de estrógenos y progesterona (para simular lo que sucede en el posparto) puede reproducir la aparición de síntomas depresivos en estas mujeres. Esto sugiere

que las mujeres con DPP, más que presentar fluctuaciones anormales de los esteroides gonadales, tienen una sensibilidad especial frente a los cambios hormonales normales del puerperio (20).

A menudo, la DPP no es diagnosticada. De allí que puede resultar útil recurrir a instrumentos de tamizaje, cuyo empleo es obligatorio en algunas latitudes (por ejemplo, en algunos estados de los EE.UU.). En la actualidad, el instrumento de tamizaje más usado para detectar probables casos de DPP es la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPE) (21) (ver Anexo). En Chile, se dispone de dos validaciones de esta escala, una realizada en madres de nivel socioeconómico medio (22) y otra en madres de nivel socioeconómico bajo (23). Según ambas validaciones, el punto de corte 9/10 es el mejor para diferenciar probables casos de no-casos (puntaje ≥ 10 = probable depresión posparto).

DEPRESIÓN POSPARTO Y VÍNCULO MADRE-HIJO(A)

Como consecuencia de la DPP, se puede resentir el vínculo madre-hijo(a), sobre todo si la depresión permanece sin tratar. En algunos casos, las madres pueden involucrarse menos o, por el contrario, tornarse estimuladoras en exceso. Los hijos pueden responder menos, mostrarse menos propensos a la interacción y en general presentar más emociones negativas.

En la actualidad se cuenta con múltiples estudios en los que se han documentado los numerosos efectos adversos asociados a la depresión materna posparto. Estas investigaciones han encontrado consecuencias negativas a nivel del vínculo madre-hijo(a) y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales como cognitivos (24,25). Por ejemplo, Hay y colaboradores encontraron que los preadolescentes cuyas madres presentaron una depresión a los tres meses de tenerlos; es decir, sufrieron de DPP, tuvieron coeficientes intelectuales significativamente más bajos que los niños cuyas madres no se deprimieron en ese período (26). En otro estudio, este grupo de investigadores dio a conocer una asociación entre DPP materna y violencia en los hijo(a)s, aún considerando la depresión durante la gestación, su historia de depresión y las características de la familia. Los hijo(a)s se mostraron más violento(a)s si las madres habían estado deprimidas al tercer mes posparto y al menos en una ocasión más durante el seguimiento, el cual se extendió hasta que 11 años después del parto (27).

La depresión puerperal no sólo puede afectar el modo como la madre se relaciona con su hijo sino también la manera como lo percibe. Se ha observado que las madres deprimidas perciben más negativamente a sus hijos y que los consideran más difíciles de criar que las madres controles no deprimidas (28).

EPISODIOS POSPARTO DEL TRASTORNO BIPOLAR

Dependiendo de la población estudiada, entre el 21% y el 54% de las madres con DPP tienen un diagnóstico de trastorno bipolar. Las características clínicas que deben hacer pensar en ese diagnóstico son: edad de comienzo más temprano, primer episodio de depresión después del parto, comienzo de la depresión inmediatamente después del parto, síntomas depresivos atípicos, síntomas psicóticos, síntomas mixtos (depresión/exaltación del ánimo), e historia de bipolaridad en familiares de primer grado (29) (Tabla 3).

TABLA 3. Depresión posparto. Características clínicas sugerentes de trastorno bipolar

- Edad de comienzo más temprano
- Primer episodio de depresión después del parto
- Comienzo de la depresión inmediatamente después del parto
- Síntomas depresivos atípicos
- Síntomas psicóticos
- Síntomas mixtos (depresión/exaltación del ánimo)
- Historia de bipolaridad en familiares de primer grado

Referencia 29.

Siempre se debe considerar al embarazo de una paciente bipolar como un embarazo de alto riesgo, aún habiéndose suspendido en forma segura todos los psicofármacos antes de la gestación. Cuando se suspenden los estabilizadores del ánimo en el período perinatal el riesgo de recidiva y cronicidad es alto, sobre todo durante el puerperio. Es más, la etapa puerperal es la época de la vida en que la paciente bipolar está más expuesta a descompensarse (30).

En el pasado se tendía a desalentar el embarazo en mujeres bipolares debido a la necesidad de estas pacientes de mantenerse en tratamiento farmacológico. En la actualidad, sin embargo, la evidencia disponible muestra que sí existen alternativas, que eventualmente las mujeres interesadas en embarazarse pueden tomar, las cuales tienen presente tanto la salud de la madre como la del feto/lactante.

PSICOSIS POSPARTO

La psicosis posparto tiene una incidencia de solo 0.1 a 0.2% (31); pero su presentación es dramática y se la considera una emergencia psiquiátrica. Se la ha descrito como un síndrome con las siguientes características: luego de un período de latencia asintomático, 2 o 3 días después del parto se desarrolla un cuadro clínico cambiante, que en diferentes momentos del día puede asemejarse a un delirium (con compromiso de conciencia, perplejidad y confusión), manía (hiperactividad, agitación y apresuramiento del hablar), depresión, o esquizofrenia (preocupaciones de tipo religioso, alucinaciones e ideas delirantes paranoides) (32).

Por lo general, la psicosis posparto comienza en las primeras semanas después de que la mujer da a luz y dura dos o tres meses. Es más común en primíparas. Sin embargo, una vez que una madre ha sufrido una psicosis puerperal, la probabilidad de recidiva después de nuevos partos es alta, en algunos estudios de hasta 90% (30).

De la psicosis posparto, la mitad son psicosis depresivas, 20-40% son manías o trastornos esquizoafectivos y solo 10-16% esquizofrenias (33).

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN DURANTE EL POSPARTO

Disforia posparto

Como se señaló, las disforias posparto no requieren tratamiento debido a que la alteración anímica es leve y autolimitada. De todos modos, si la madre llegara a consultar, es útil explicarle que lo que le sucede es normal, atribuible a los cambios hormonales que está experimentando y que cesará sin necesidad de tratamiento.

Psicosis posparto

Las psicosis, depresivas, maníacas o mixtas, dado sus características, habitualmente son derivadas al psiquiatra. En lo substancial, se tratan igual que cualquier psicosis afectiva presente en otra época de la vida, priorizando siempre el uso de un estabilizador del ánimo para evitar el eventual "viraje" a manía que puede producir el empleo de antidepresivos. Al respecto, se ha demostrado que la utilización profiláctica del litio, administrado inmediatamente después del parto en mujeres con historias de trastorno bipolar o psicosis puerperal, previene las recidivas hasta en un 90% de los casos (35). Por lo general, dicho uso preventivo se efectúa en madres que no van a amamantar. Cuando la mujer ha estado tomando litio durante el embarazo, se aconseja reducir la dosis en un tercio o a la mitad dos semanas antes del parto para evitar la intoxicación de la madre después de dar a luz.

Diversos estudios recientes muestran que la lamotrigina no es inferior al carbonato de litio en la prevención de episodios bipolares posparto (36).

Depresión posparto

En el tratamiento de las depresiones posparto, se deben considerar medidas generales, la psicoterapia y los tratamientos farmacológicos:

Medidas generales

Para las mujeres con síntomas leves de DPP, se recomiendan medidas de orden general, como la psicoeducación. Consiste, básicamente, en explicarle a la madre y a la familia, la naturaleza del trastorno que aqueja a la paciente, haciendo hincapié

en que se trata de una enfermedad y no de derrota o fracaso personal. Es fundamental perturbar lo menos posible los ritmos circadianos y, de ser necesario, se deben tratar en forma oportuna las perturbaciones del sueño, ya que con frecuencia esto logra evitar el desarrollo de trastornos depresivos puerperales en mujeres de alto riesgo. Es recomendable asistir (o relevar) a la madre en el cuidado nocturno del niño ya que ello puede ser muy beneficioso a través de favorecer el descanso.

Psicoterapia

Las psicoterapias avaladas por la investigación científica, para ser usadas en esta etapa de la vida, son la cognitivo-conductual y la interpersonal (PIP). Esta última se focaliza en la transición de roles y en la adquisición de nuevas destrezas vinculadas a la maternidad.

Farmacoterapia

La lactancia tiene claros beneficios para la madre y el niño(a) y, por cierto, la decisión de si usar o no un antidepresivo mientras se amamanta debe sustentarse en un análisis riguroso de los riesgos y los beneficios.

Se sabe que todos los fármacos pasan al niño a través de la leche materna y que, en general, sólo el 1 a 2% de la dosis materna de cualquier fármaco aparecerá en la leche. Este traspaso es significativamente menor que en la situación intrauterina y, en la práctica, en lo que se refiere a los antidepresivos, no se traduce en problemas clínicos para el neonato en la gran mayoría de los casos (37). Sin embargo, si un niño(a) desarrolla síntomas anormales, y se sospecha de que se relacionan a la ingesta del antidepresivo por parte de la madre, se debe suspender la lactancia de inmediato.

Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) son los antidepresivos más usados para tratar madres con DPP que amamantan. Probablemente, el más empleado es sertralina, pero el citalopram también es una buena opción (38).

Se desconoce la duración óptima del tratamiento antidepresivo de la DPP. No obstante, la recomendación habitual es mantener la terapia por al menos 12 meses. Si por algún motivo se desea abreviar el período de tratamiento, se aconseja prolongarlo hasta después de verificados otros cambios hormonales (por ejemplo, el retorno de los ciclos menstruales).

Por otra parte, en la actualidad no se cuenta con estudios de antidepresivos en el manejo de los episodios posparto del trastorno bipolar (29). No obstante, se deben evitar por el riesgo de inducir episodios de manía. El riesgo de viraje es mayor cuando la DPP representa el primer episodio de depresión o cuando el comienzo de la depresión es inmediatamente posparto (Tabla 3). En cuanto a los estabilizadores del ánimo, como el litio y la lamotrigina, comúnmente utilizados en el trastorno bipolar, no hay

estudios sobre su uso en el tratamiento agudo de la DPP bipolar (29). Existen tan solo dos estudios sobre la farmacoterapia de los episodios depresivos posparto del trastorno bipolar. Ambos mostraron que la quetiapina era efectiva. En uno de los estudios la dosis promedio utilizada fue de 75mg/día (rango 12.5 - 500mg/día), y en el otro 137.5mg/día (29). Es pertinente señalar que la evidencia indica que, durante la lactancia, el uso de corto plazo de antipsicóticos de segunda generación pareciera ser relativamente seguro para el lactante expuesto. Lo anterior es válido en especial para olanzapina, quetiapina y ziprasidona (29).

TRATAMIENTO PREVENTIVO

Cabe recordar que las mujeres con una historia de DPP presentan un riesgo considerable de presentar recidivas durante nuevos pospartos. Esto cambia significativamente si se usan antidepresivos en forma preventiva. En efecto, un pequeño estudio, con madres con historias de DPP, mostró que solo una de 14 madres (7%) que tomaron sertralina sufrió una recidiva, en comparación a cuatro de ocho (50%) que recibieron placebo (39). Tanto el tratamiento con sertralina como el tratamiento con placebo fueron administrados inmediatamente después del parto y se mantuvieron por un período de 17 semanas.

En otro estudio, realizado en mujeres con trastorno bipolar, se observó que las recidivas posparto eran significativamente menos frecuentes cuando se usaba medicación preventiva desde el embarazo (23%), que cuando no se ocupaba medicación (66%) (40). Al respecto, la mayoría de los estudios se han efectuado con litio. En contraste con esto, los estudios sobre la eficacia profiláctica de la lamotrigina, olanzapina, quetiapina y risperidona son muy escasos (40). Por cierto, los beneficios de la farmacoterapia profiláctica durante el embarazo debe evaluarse considerando también los potenciales riesgos asociados a la exposición a la medicación in utero. Una revisión sistemática y meta-análisis reciente concluyó que los datos disponibles eran insuficientes para poder evaluar la eficacia de la farmacoterapia cuando es iniciada inmediatamente después del parto como estrategia profiláctica en mujeres con trastorno bipolar.

El alto riesgo de recidiva de la patología anímica puerperal hace imprescindible que, en la evaluación de toda gestante/puérpura, se pregunte sobre los antecedentes de depresión. Como se ha visto, cuando hay antecedentes de depresión posparto, en el contexto de una depresión monopolar, o de bipolaridad, la implementación de medidas generales (por ejemplo, psicoeducativas, logísticas, etc.) y/o específicas (psicoterapéuticas, farmacológicas), disminuye en forma importante el riesgo de un nuevo episodio y ello beneficia a la madre y a su descendencia.

ANEXO ESCALA DE EDIMBURGO (EPDS)

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor SUBRAYE la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

En los últimos 7 días:

- | | |
|---|--|
| <p>(1) He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:
tanto como siempre
no tanto ahora
mucho menos ahora
no, nada</p> <p>(2) He disfrutado mirar hacia delante:
tanto como siempre
menos que antes
mucho menos que antes
casi nada</p> <p>* (3) Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mi misma innecesariamente:
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca</p> <p>(4) He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:
no, nunca
casi nunca
sí, a veces
sí, con mucha frecuencia</p> <p>* (5) He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:
sí, bastante
sí, a veces
no, no mucho
no, nunca</p> | <p>* (6) Las cosas me han estado abrumando:
sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre</p> <p>* (7) Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca</p> <p>* (8) Me he sentido triste o desgraciada:
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
no con mucha frecuencia
no, nunca</p> <p>* (9) Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
sólo ocasionalmente
no, nunca</p> <p>* (10) Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:
sí, bastante a menudo
a veces
casi nunca
nunca</p> |
|---|--|

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la severidad creciente del síntoma. A los ítems marcados con un asterisco (*) se les da un puntaje en orden inverso (3, 2, 1 y 0). El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

Explicación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS):

Es el instrumento de tamizaje para depresión más usado durante el posparto y también durante la gestación, en todo el mundo. Es una encuesta auto-administrada, desarrollada por Cox y colaboradores

(1) en 1987. Fue diseñada específicamente para detectar síntomas depresivos en mujeres que hayan dado a luz recientemente. Consta de 10 preguntas de selección múltiple, con 4 alternativas cada una, puntuadas de 0 a 3, en grado creciente de gravedad de los síntomas.

En Chile, esta versión se ha validado para ser usada en el posparto (2), y en el embarazo (3). Para el posparto se recomienda usar el punto de corte 9/10 (Puntaje ≥ 10 = probable depresión posparto). En el embarazo se sugiere usar el punto de corte 12/13 (Puntaje ≥ 13 = probable depresión en el embarazo).

Referencias Anexo:

- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-6.
- Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh postnatal depression

scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16: 187-91.

- Alvarado R, Jadresic E, Guajardo V, Rojas G. First validation of a Spanish translated version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in pregnant women. A Chilean study. *Arch Womens Ment Health* 2015; 18 (4): 607-12.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oppenheim GB. *Psychological disorders in pregnancy*. Priest RG (ed). *Psychological Disorders in Obstetrics and Gynaecology*. London, Butterworths 1985: 93-146.
2. 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.
3. Alvarado R, Rojas M, Monardes J y cols. Cuadros depresivos en el postparto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. *Rev Psiquiat (Chile)* 1992; IX (3-4): 1168-76.
4. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Brit J Psychiat* 1984; 144: 35-47.
5. 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.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 5th edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
7. Kendell R, McGuire R, Connor Y, Cox J. Mood changes in the first three weeks after childbirth. *J Affect Disord* 1981; 3(4): 317-26.
8. Kuevi V, Causon R, Dixon AF, Everard DM, Hall JM, Hole D et al. Plasma amine and hormonal changes in "postpartum blues". *Clin Endocrinol (Oxf)* 1983; 19(1): 39-46.
9. Toohey J. Depression during pregnancy and postpartum. *Clin Obstet Gynecol* 2012; 55 (3): 788-97.
10. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry* 1997; 58(15 Suppl): 26S-32S.
11. Lee DT, Chung TK. Postnatal depression: an update. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007; 21 (2): 183-91.
12. Witt WP, Wisk LE, Cheng ER et al. Poor prepregnancy and antepartum mental health predicts postpartum mental health problems among US women: a nationally representative population-based study. *Women's Health Issues* 2011; 21 (4): 304-13.
13. Leung BM, Letourneau NL, Giesbrecht GF, Ntanda H, Hart M, APRON Team. Predictors of postpartum depression in partnered mothers and fathers from a longitudinal cohort. *Community Ment Health J* 2017; 53 (4): 420-31.
14. Alvarado R, Perucca E, Neves E et al. Cuadros depresivos en el postparto y factores asociados. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1993; 58 (2): 135-41.
15. 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.
16. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chile* 2015; 143: 887-94.
17. Harris B, Lovett L, Roberts S et al. Cardiff puerperal mood and hormone study, Paper 1: Saliva steroid hormone profiles in late pregnancy and the puerperium: endocrine factors and parturition. *Horm Res* 1993; 39: 138-45.
18. Michaud P. Tiroides y embarazo. *Rev Med Chile* 1993; 121: 677-78.
19. Harris B, Othman S, Davies JA. et al. Transient postpartum thyroid dysfunction and postnatal depression. *J Affect Disord* 1989; 17: 243-49.
20. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (6): 924-30.
21. Cox J, Holden J. *Perinatal psychiatry. Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Glasgow: The Royal College of Psychiatrists, 1994.
22. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995; 16: 187-91.
23. Alvarado R, Vera A, Rojas M, Olea E, Monardes J, Neves E. La Escala de Edimburgo para la detección de cuadros depresivos en el posparto. *Rev Psiquiatr* 1992; 3-4: 1177-81.
24. Hostetter B, Stowe Z. Postpartum mood disorders. En: Lewis-Hall F, Williams T, Panetta J, Herrera J, editors. *Psychiatric illness in women. Emerging treatments and research*. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc, 2002.
25. Aktar E, Bögels SM. Exposure to parents' negative emotions as a developmental pathway to the family aggregation of depression and anxiety in the first year of life. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2017 May 20. doi: 10.1007/s10567-017-0240-7. [Epub ahead of print]
26. Hay D, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42(7): 871-89.
27. Hay D, Pawlby S, Angold A, Harold G, Sharp D. Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Dev Psychol* 2003; 39(6): 1083-94.
28. Whiffen V, Gotlib I. Infants of postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive status. *J Abnorm Psychol* 1989; 98: 274-9.
29. Sharma V, Doobay M, Baczynski C. Bipolar postpartum depression: An update and recommendations. *J Affect Disord* 2017; 219: 105-11.
30. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 662-73.
31. O'Hara MW. Post-partum blues, depression, and psychosis: A review. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1987; 7: 205-27.
32. Brockington IF, Winokur G, Dean C. Puerperal psychosis. En Brockington IF, Kumar R (eds). *Motherhood and Mental Illness*. New York, Grune and Stratton, 1982.
33. Kadrmaz A, Winokur G, Crowe R. Postpartum mania. *Br J Psychiatry* 1980; 135: 551-4.
34. Stewart DE, Klompenhouwer JL, Kendell RE, van Hulst AM. Prophylactic lithium in puerperal psychosis. The experience of three centres. *Br J Psychiatry* 1991; 158:393-7.
35. Cohen LS, Wang B, Nonacs R, Viguera AC, Lemon EL, Freeman M. Treatment of Mood Disorders during Pregnancy and Postpartum. *Psychiatr Clin N Am* 2010; 33: 273-93.
36. Wesseloo R, Liu X, Clark CT, Kushner SA, Munk-Olsen T, Bergink V. Risk of postpartum episodes in women with bipolar disorder after lamotrigine or lithium use during pregnancy: A population-based cohort study. *J Affect Disord*. 2017 May 3;218:394-397. doi: 10.1016/j.jad.2017.04.070. [Epub ahead of print]
37. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynaecologists. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 1001-19.
38. Larsen ER, Damkier P, Pedersen LH et al. Use of psychotropic drugs during pregnancy and breast-feeding. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2015; 445: 1-28.
39. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH, Piontek CM, Findling RL. Prevention of postpartum depression: a pilot randomized clinical trial. *Am J Psychiatry* 2004; 161 (7): 1290-2.
40. Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Pop VJ, Kushner SA, Bergink V. Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 2016; 173 (2): 117-27.