



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO IX – N. 22 – 2015

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/047.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en **FORO I+E "Impacto social del conocimiento" - II Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería – II Encuentro de Investigación de Estudiantes de Enfermería y Ciencias de la Salud**, reunión celebrada del 12 al 13 de noviembre de 2015 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Abordaje integral de la depresión postparto**
Autores **Antonia Muñoz Salido, Juana María Hijano Muñoz, Antonio Ruiz Cazorla**
Centro/institución Hospital Comarcal de La Axarquía
Ciudad/país Málaga, España
Dirección e-mail antoniamusalido@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Se considera Depresión Postparto (DPP) a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento, es un trastorno mental de alta prevalencia que provoca alteraciones emocionales, cognitivas, comportamentales y físicas de manera insidiosa.

Objetivos: Describir las posibles causas de los síntomas de la DPP para así detectar los posibles factores de riesgo y ayudar a su prevención. Revisar conocimientos sobre su tratamiento.

Metodología: Revisión bibliográfica retrospectiva a través de búsqueda de artículos científicos en las bases de datos: Cuiden, Pubmed, Medline, descriptores: postpartum depression, risk factors, symptoms, detection, Edinburgh, depression scale, treatment.

Resultados: La DPP puede presentar síntomas como irritabilidad, ansiedad, problemas sueño, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, pensamientos de suicidio, comportamiento obsesivo. La causa exacta no está clara, hay factores que contribuyen a su desarrollo: antecedentes de DPP, embarazos no deseados, antecedentes de trastornos alimentarios, estrés psicológico, escasos recursos de contención social, antecedentes de adicciones, ideas preconcebidas sobre la maternidad. El instrumento de tamizaje para la DPP es la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS). Con respecto al tratamiento, se debe considerar tanto las estrategias psicoterapéuticas como los tratamientos farmacológicos.

Conclusiones: Se recomienda identificar durante el control prenatal aquellos factores de vulnerabilidad que se han asociado al desarrollo de la DPP. Apoyo social de familia y amigos ayuda a reducir su gravedad, pero es posible que no la prevenga. Los sanitarios deben reconocer sintomatología para su afrontamiento rápido.

Palabras clave: Factores riesgo/ Síntomas/ Detección/ EPDS/ DPP/ Tratamiento.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

El embarazo y el puerperio son períodos decisivos para el desarrollo de un nuevo ser y para establecer la estructuración de una vinculación futura entre la madre y el hijo, y entre éste y sus progenitores. Durante el embarazo y de forma fisiológica, aparecen en la mujer modificaciones afectivas que tienen que ver con los cambios hormonales que se producen en su organismo y con las expectativas vitales y fantasías ante el nacimiento de su hijo (1).

Es una etapa en la que hay un conflicto de intereses entre las necesidades y aspiraciones individuales y la obligación de asumir una nueva responsabilidad. Igualmente, pueden surgir dudas sobre la capacidad personal para ejercer los cuidados que el recién nacido requiere, por lo que hay una mayor predisposición hacia el estrés psicológico, lo que a su vez determina que sea una etapa de mayor vulnerabilidad para la posible ansiedad y *depresión*. Desde los tiempos de Hipócrates, los clínicos notaron una asociación entre los trastornos del humor y el período posterior al parto (1, 2). Este vínculo entró oficialmente en la nomenclatura psiquiátrica cuando el DSM-IV (Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales, cuarta edición) definió a la *depresión* mayor con comienzo en el posparto como episodios de depresión que comienzan hasta 4 semanas después del mismo. Este período se corresponde con rápidos cambios hormonales, postulando la idea que estos contribuyen a la vulnerabilidad de la *depresión*. Sin embargo, debido a que los factores psicosociales tienen una relevancia mayor como desencadenantes de la *depresión puerperal*, muchos investigadores usan una definición operativa del período en cuestión de hasta 6 meses después del parto (2). Un cuadro depresivo postparto, aparece en el 10-15% de los partos a término. Su inicio ocurre generalmente las 6 primeras semanas después del parto y se caracteriza por tristeza, con ansiedad intensa y preocupación excesiva por la salud y alimentación del recién nacido. La madre se siente incapaz de atender al recién nacido y aparecen cansancio, irritabilidad, insomnio, anorexia y pérdida de libido (1, 2, 3).

La *depresión posparto* es un tipo de depresión que afecta a algunas mujeres poco después de dar a luz. Es común que las mujeres experimenten trastornos temporales del humor o melancolía después del parto. Sin embargo, si el trastorno dura más que unos cuantos días, se denomina *depresión postparto*. Se considera *depresión postparto* a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento. Consiste en una fuerte vulnerabilidad a la *depresión* que empieza de manera importante entre las 4-6 semanas posparto (2, 3). La *depresión posparto* o depresión puerperal, es un trastorno mental de alta prevalencia y que provoca alteraciones emocionales, cognitivas, comportamentales y físicas que se inician de manera insidiosa, durando incluso semanas después del parto (3).

Existen 3 tipos de alteraciones que pueden presentarse en el posparto:

Disforia postparto o Maternity Blues

Es tan común que se considera prácticamente normal. Sus efectos se hacen patentes entre dos y cuatro días después del parto e incluyen, entre otros, llanto, sentimientos de vulnerabilidad, irritabilidad, soledad y decaimiento. Y aunque el proceso puede resultar angustioso, desaparece al poco tiempo con el apoyo de familiares y amigos (4, 5).

Depresión postparto

Se sitúa en un punto intermedio entre la tristeza puerperal y la psicosis puerperal, tanto en gravedad como en incidencia. Afecta a una de cada seis madres, aunque según algunos expertos podrían ser más. Los primeros síntomas se presentan como los de una

tristeza puerperal que ha ido a más, si bien pueden tardar algún tiempo en desarrollarse. Normalmente, es más evidente entre cuatro y seis meses después del parto (1, 4, 5).

Psicosis postparto

Es la forma más severa de los trastornos psiquiátricos puerperales, es una enfermedad aguda y grave que se produce en 1-2 de cada 1.000 nacimientos. El cuadro clínico se asemeja a una psicosis afectiva de rápida evolución, con rasgos maníacos, depresivos o mixtos (4, 5).

Objetivos

Primario: Describir las posibles causas de los síntomas de la Depresión Postparto para así detectar los posibles factores de riesgo y ayudar a su prevención.

Secundario: Revisar conocimientos sobre el tratamiento de la Depresión Postparto.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica retrospectiva a través de una búsqueda de artículos científicos que abordan el tema de la depresión postparto en las siguientes bases de datos electrónicas: Cuiden, Pubmed, Medline y Scielo, utilizando como descriptores: postpartum depression, risk factors, symptoms, detection, Edinburgh depression scale, treatment. Las fuentes consultadas para la búsqueda abarcan un periodo de tiempo desde el año 2000 al 2013, revisando artículos tanto en español como en inglés. Nuestra revisión fue llevada a cabo durante los dos primeros trimestres de 2015.

Resultados

Indicios y síntomas

La DP (Depresión Postparto) puede presentar un gran abanico de síntomas, con diversos grados de intensidad dependiendo de los casos (5, 6, 7):

- Irritabilidad, agitación o mal humor. Propensión a la irritación y enfado, a veces sin motivo aparente.
- Ansiedad considerable y preocupación. Sensación de incompetencia o de no ser capaz de salir adelante. Se puede mostrar preocupación por cosas que en condiciones normales se dan por sentadas. Algunas mujeres se sienten tan tensas que no son capaces de salir de casa y se muestran reacias a relacionarse con sus amistades. En otros casos también se evidencia un cierto temor a quedarse a solas con el recién nacido.
- Crisis de ansiedad. También llamadas crisis de pánico o ataques de ansiedad. Sus síntomas incluyen manos sudorosas, palpitaciones y náuseas y pueden sobrevenir en cualquier momento del día, durante las actividades cotidianas. Los ataques de ansiedad son a menudo impredecibles y pueden resultar muy angustiosos, hasta el punto que se llegan a evitar ciertas situaciones o actividades si anteriormente se ha sufrido una crisis durante la realización de las mismas.
- Problemas de sueño. Dificultad para conciliar el sueño nocturno, incluso si el recién nacido está durmiendo plácidamente.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva.
- Sentirse retraída o desconectada del medio. Pérdida de interés en actividades que antes resultaban agradables.
- Sentimientos de tristeza, sin esperanzas.
- Pensamientos de muerte o suicidio.
- Sentir temor a quedarse a solas con el bebé.

- Tener sentimientos negativos hacia el recién nacido o incluso pensar en hacerle daño (aunque estos sentimientos son aterradores, casi nunca se materializan)
- Preocuparse intensamente por el bebé o tener poco interés en él.
- Cansancio o fatiga. Sensación constante de cansancio y letargo, incapacidad para hacer frente a las tareas domésticas. También puede surgir falta de interés en la propia apariencia física, en el deseo sexual y en el entorno en general.
- Concentración. Otro síntoma habitual es la pérdida de la capacidad de concentración, o la sensación de estar confundida o distraída.
- Apetito. Puede afectar de dos formas: a veces se pierde el apetito y otras se come compulsivamente. En consecuencia se puede perder o ganar peso.
- Llanto. Llanto frecuente e incontrolable, en ocasiones sin motivo aparente.
- Comportamiento obsesivo. Limpiar la casa minuciosamente e intentar mantener siempre un nivel demasiado alto es una característica de este tipo de comportamiento. Algunas mujeres presentan miedos abrumadores, por ejemplo a la muerte. Otras afirman tener pensamientos recurrentes en los que dañan a su hijo, pero como hemos mencionado anteriormente rara vez actúan en consecuencia.

Causas y factores de riesgo de la DP

La causa exacta de la DP no está clara, se desconoce. No obstante, las investigaciones realizadas y los profesionales especializados en esta rama de la medicina apuntan a que hay una serie de factores que contribuyen a su desarrollo. Entre ellos se incluyen: (5 y 8)

- Antecedentes de Depresión Postparto.
- Antecedentes de depresión sin asociación al puerperio.
- Antecedentes de Trastornos de la alimentación.
- Embarazos no deseados.
- Embarazo en adolescente.
- Estrés psicológico en los últimos 6 meses.
- Escasos recursos de contención social, falta de red.
- Condiciones socio-económicas comprometida.
- Antecedentes de adicciones (consumo de tóxicos)
- Embarazo largo, complicado y traumático.
- Ideas poco realistas acerca de la maternidad.
- El parto. Para algunas mujeres, el parto no se ajusta a sus expectativas. Ese sentimiento de “decepción” puede causar depresión.
- Factores biológicos. Un pequeño porcentaje de las mujeres que desarrollan depresión postparto sufre una disfunción temporal de la glándula tiroidea, asociada a los cambios del estado de ánimo. De esto se desprende que algunas mujeres pueden ser especialmente vulnerables a los cambios hormonales que sobrevienen después de dar a luz. Sin embargo, no hay ninguna prueba científica concluyente que avale esta hipótesis, aunque se sigue investigando al respecto.
- Cambios en el modo de vida. El nacimiento de un hijo provoca cambios profundos en la vida de la madre. Los recién nacidos dan mucho trabajo, puesto que precisan atención constante: hay que alimentarlos, bañarlos, calmarlos cuando lloran, dormirlos...etc. Y todo esto resta muchas horas de sueño.

La madre de un recién nacido asume de repente una gran responsabilidad que abarca las 24 horas del día, y por consiguiente pierde la libertad que tenía antes de dar a luz. Además, la llegada de un hijo puede afectar en gran medida a todas las relaciones, y en ocasiones incluso provocar una gran tensión. Este sentimiento de pérdida puede causar

depresión. A veces, la madre necesita tiempo para encontrar los mecanismos que le permitan adaptarse a la nueva situación (5,8)

- Circunstancias de carácter social. Algunos hechos de la vida cotidiana, como el duelo por la pérdida de un ser querido, o la enfermedad, pueden ser fuente de estrés y tensiones, incluso antes del parto. Otros factores que pueden influir son el desempleo y la pobreza. Las mujeres que están aisladas de sus familias, o que no tienen una pareja en la que apoyarse, pueden ser más propensas a sufrir depresión postparto

- Ideas preconcebidas sobre la maternidad. Se tiene una idea preconcebida de la madre como una persona radiante y llena de energía, que vive en un hogar perfecto con una pareja que la apoya. La maternidad se percibe como algo innato, y no como algo que se puede aprender. A menudo, las mujeres que atraviesan dificultades durante las semanas y los meses posteriores al parto se sienten como si fuesen las únicas que se encuentran en esa situación. Esta falta de experiencia y conocimientos puede desencadenar un sentimiento de fracaso y aislamiento. Todo esto puede generar un profundo malestar emocional (5,8).

Detección y prevención de la DP

Se dispone de diversas escalas para la detección de la depresión durante el embarazo. Sin embargo, el instrumento de tamizaje para la depresión prenatal más usado en la actualidad en todo el mundo es la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS), la cuál ha sido validada para ser empleada en el postparto en muchos países, pero también cuenta con validación en el embarazo (9,10). Consiste en una escala auto administrada de 10 ítems, de selección múltiple con cuatro alternativas en la que se pide a la mujer que responda cómo se ha sentido en los 7 días previos. Para cada pregunta se obtiene un puntuación de 0-3 (de modo que el rango final es de 0-30) y no se tarda más de 3 minutos en realizarla (9,11)

Esta escala fue desarrollada por Cox y colaboradores en el año 1987 (9)

Interpretación: En el postparto: Una puntuación mayor o igual que 10 indica sospecha de Depresión Postparto.

Un diagnóstico exacto es el primer eslabón; para ello es imprescindible establecer unas líneas generales de actuación, que incluyan: (12)

- *Historia clínica completa con un examen físico y analítico:* La fatiga y astenia pueden ser debidas a la excesiva pérdida de sangre durante el parto, a la disminución del sueño y a la adaptación a las necesidades del recién nacido.

- *La identificación de los grupos de riesgo:* sería aconsejable profundizar en las características pre y postnatales que pudieran predecir una mayor probabilidad de desarrollar esa patología.

- *Información-Educación:* Ofrecerles una información adecuada, junto con la creación de grupos de apoyo a las madres embarazadas, que hicieran participar también a los padres, en los que se tratan de los síntomas de la depresión y los posibles sentimientos de ansiedad, miedo o inseguridad que pueden aparecer tras el parto.

- *Relación médico-paciente:* El médico de Atención Primaria debería atender a las quejas somáticas inespecíficas de la mujer y ser capaz de distinguir lo que es debido a la adaptación al cambio y lo que puede considerarse un cuadro depresivo

Tratamiento de la Depresión Postparto

Con respecto al tratamiento de las depresiones postparto, se debe considerar tanto las estrategias psicoterapéuticas como los tratamientos farmacológicos (7, 13).

Intervenciones psicoterapéuticas: Para las mujeres en riesgo pero que permanezcan asintomáticas, o aquellas leves de DPP, se recomiendan medidas de orden general,

como la psicoeducación. Básicamente, consiste en explicar 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 una derrota o fracaso personal; modo de entender el trastorno que uno a menudo encuentra en la práctica clínica. Es aconsejable descartar alteraciones de las hormonas tiroideas. Asimismo, resulta fundamental perturbar lo menos posible los ritmos circadianos. El tratamiento oportuno de los problemas del sueño, logra con frecuencia evitar el desarrollo de trastornos depresivos puerperales en mujeres de alto riesgo. De ser posible, se debe 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. 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 (7).

Farmacología: Se discute la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de mujeres embarazadas por razones éticas, ya que la mayoría de antidepresivos cruzan la placenta; se ha documentado que los más seguros son los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) (13).

Se desconoce la duración óptima del tratamiento antidepresivo de la DPP. No obstante, la recomendación habitual es mantener la terapia al menos 12 meses. Si por algún motivo se desea abreviar el periodo de tratamiento, se aconseja prolongado hasta después de verificados otros cambios hormonales (por ejemplo, el retorno de los ciclos menstruales) (13).

El tratamiento farmacológico para la depresión postparto varía, pero normalmente implica la prescripción de medicamentos antidepresivos. Es importante recordar que pueden pasar hasta dos semanas o más antes de que los efectos de la medicación se hagan notar. En ocasiones es necesario continuar con la medicación hasta 6 meses después de que la depresión haya remitido. Usados correctamente, los antidepresivos no producen adicción. Si la mujer se siente mejor con la ayuda de la medicación, hay que consultar con el médico antes de cambiar la dosis o la frecuencia de la misma, dado que los síntomas pueden reaparecer. La depresión postparto es una enfermedad y es preciso darse un tiempo para que la recuperación sea completa. Los fármacos más usados para la DO son la Fluoxetina y la Sertralina (5).

Las mujeres con depresión severa, con síntomas psicóticos, o que no responden al tratamiento, deben ser siempre remitidas al psiquiatra. Si existe riesgo de autoagresión o heteroagresión hacia el bebé, la paciente habrá de ser hospitalizada y valorada de manera urgente por el especialista (5).

Conclusiones

El embarazo y el periodo posparto son etapas muy importantes para establecer el adecuado vínculo madre-hijo. Es una etapa de conflictos entre las necesidades, aspiraciones individuales y obligaciones con una nueva responsabilidad: hijo, por lo que pueden surgir dudas sobre la capacidad para cuidar al recién nacido, provocando estrés, ansiedad y en algunos casos incluso depresión y psicosis.

La depresión posparto es un trastorno mental de alta prevalencia que se presenta semanas después del parto. Existen 3 tipos de alteraciones afectivas que se pueden presentar posterior al parto: disforia posparto, depresión posparto y psicosis posparto. La terapia farmacológica no requiere ser utilizada en todos los casos, por ejemplo los casos de disforia posparto pueden ser manejados con apoyo familiar y en caso necesario psicoterapia. La necesidad de utilizar medicación se valora en casos de

depresiones severas con o sin síntomas psicóticos. Es importante conocer esta entidad para identificarla adecuadamente, y saber cómo abordarla de la forma más adecuada para brindar a la madre, su hijo y familia una mejor calidad de vida.

Se recomienda identificar durante el control prenatal aquellos factores de vulnerabilidad que se han asociado al desarrollo de depresión postparto. Debemos hacer especial hincapié en la realización de la visita puerperal e incidir durante la misma en busca de signos de DPP, ya que el puerperio es un periodo clave de la mujer que requiere vigilancia.

Un buen apoyo social por parte de la familia y amigos, puede ayudar a reducir la gravedad de la DP, pero es posible que no la prevenga. Por ello creemos necesario que los profesionales sanitarios reconozcan la sintomatología propia de la DP y una manera eficaz de afrontar esta problemática de forma rápida y que pueden seguir tratándolo en su continuidad.

Bibliografía

1. Gómez Alcalde, María Soledad. Patología psiquiátrica en el puerperio. Revista de Neuro-Psiquiatría 2002; 65: 32-46.
2. Beck C. Predictors of postpartum depression: an update. Nurs Res 2001; 50: 275-285.
3. Seyfried L, Marcus M. Postpartum mood disorders. International Review of Psychiatry 2003; 15: 231-242.
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Postnatal Depression and Puerperal Psychosis. Scotland Royal College of Physicians 2002.
5. Depresión Postparto-Health Promotion Unit. Guía para madres, familiares y amigos. Marzo 2010.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical. Manual for Mental Disorders, 4th edition. Tex Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 5th edition. Washintong, DC: American Psychiatric Association, 2013.
8. Acuña, Mario. Depresión postparto. Evidencia actualización en la práctica ambulatoria depresión postparto. Vol. 5 Número 6: Noviembre - Diciembre 2002.
9. Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. Rev méd Chile. 2008; 136(7): 851-8.
10. Nacional Health and Medical Research Council. Postnatal depression. A systematic review of published scientific literatyure to 1999. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2000.
11. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA 2003; 289(23): 3095-105.
12. Carro García, T; Sierra Manzano, Ma; Hernández Gómez, Ma J.; Ladrón Moreno, E; Antolín Barrio, E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. Extraído el 25 mayo del 2013 de la página <http://www.mgyf.org/medicinageneral/mayo-2000/452-456.pdf>
13. Bennert H. et al. Depression during Pregnancy Overview of Clinical Factors. Clin Drug Invest 2004; 24 (3): 157-179.