PARANINFO DIGITAL
MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ISSN: 1988-3439 - AÑO X – N. 25 – 2016
Disponible en: http://www.index-f.com/para/n25/068.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 PÓSTER en "LA ENFERMERÍA COMO INTEGRADORA DE SABERES" **V SIAHE – Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, III Foro I+E Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería**, reunión celebrada del 11 al 12 de noviembre de 2016 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Recorrido histórico de la Depresión Posparto hasta las tendencias más actuales**

Autores María Lourdes *Fuentes Iglesias*, María del Pilar *Pérez Romero*, Yolanda *Fontado Pedreño*
Centro/institución Hospital Universitario Puerto Real
Ciudad/país Puerto Real (Cádiz), España
Dirección e-mail chicacherry5@hotmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

La depresión posparto es una entidad clínica reconocida en estudio. Por su prevalencia, entre un 10-20%, constituye un problema de salud importante, que debe predecirse para instaurar medidas de prevención y/o de diagnóstico precoz dadas las consecuencias que puede alcanzar. Respecto al tratamiento, están establecidos los fármacos más útiles, existiendo nuevas corrientes que proponen diferentes pautas.
En esta revisión aportaremos una visión integral de la depresión posparto.

Objetivo

Averiguar el estado actual de conocimiento sobre los factores de riesgo, tratamiento y diagnóstico de la depresión posparto.

Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica de artículos Online en Mayo 2016 empleando bases de datos Google Scholar, Pubmed, Scielo y Cochrane Plus.
Criterios de inclusión/exclusión: Son seleccionadas revisiones bibliográficas de los últimos 10 años, a texto completo disponible gratuitamente, en humanos. Son excluidos aquellos artículos que tratan casos asociados a patologías concurrentes.

Tras la búsqueda se encuentran un total de 35 artículos que cumplen los criterios, tras la lectura de los resúmenes son seleccionados 11 artículos que nos permiten realizar esta revisión.

Resultados

Antecedentes históricos:

Ya en el siglo IV a.C. Hipócrates describe por primera vez una serie de enfermedades mentales asociadas al posparto, describiendo características clínicas de la manía postparto o el delirium asociado a sepsis puerperal. Textos de Celcio y Galeno hablan de problemas emocionales en el puerperio. La Dra Trótula de Salerno en el siglo XI d.C. reconoce, para algunos autores, la depresión posparto en su libro *De Passionibus Mulierum Curandarum*[1].
En el siglo XVIII y XIX aparecen reportes sistemáticos sobre una entidad denominada "locura puerperal" en la literatura alemana y francesa. En 1818 J. Esquirol realiza la primera descripción detallada de la psicosis puerperal. 1856, Victor Louis Marcé, en su libro "Traite de la Folie des Femmes Enceintes" caracteriza de manera sistemática la enfermedad mental durante el posparto, siendo el primero en sugerir que los cambios fisiológicos durante el puerperio influían en el estado de ánimo materno.
Ya entrando en los años 60 comienzan a aparecer los primeros estudios bien diseñados para tratar de disgregar la diferente patología mental existente durante el periodo del puerperio. En 1969 B. Pitt caracteriza un tipo de depresión leve asociada al posparto o depresión atípica.

Factores de riesgo asociados y etiopatogenia:

No existen en nuestro país gran número de estudios acerca de los factores de riesgo asociados a depresión posparto, diferentes estudios han establecido como factores de riesgo[1-3]: antecedentes psiquiátricos personales y/o familiares, melancolía materna, presencia de alguna enfermedad crónica, rol de cuidadora en el hogar, escasa ayuda en la realización de las tareas domésticas, poco apoyo afectivo familiar, edad materna, situación económica deficitaria o el uso de anestesia durante el parto.
En cuanto a la etiopatogenia, existen diferentes teorías[2]:

Teoría de la vulnerabilidad genética: Esta teoría se basa en la mayor incidencia de este tipo de trastorno en personas con antecedentes familiares o personales. Se está postulando actualmente la posibilidad de genotipos relacionados con el gen transportador de serotonina, que podría estar alterado.
Teoría de la vulnerabilidad neurohormonal: personas con una sensibilidad especial a los cambios hormonales, aquellas que presentan alteraciones afectivas ante cambios hormonales como puede ser el periodo premenstrual.
Teoría de la vulnerabilidad psicológica: en esta teoría existen diferentes métodos para clasificar a las personas según el grado de vulnerabilidad. Consideran aquellas personalidades tipo neuroticismo o de evitación del daño como un factor de riesgo para padecer la enfermedad.
Diagnóstico y cuadro clínico:Disponemos en la actualidad de diferentes manuales para el diagnóstico de la depresión puerperal como el CIE10 o el DSM V en los cuales se recogen las diferentes características que han de reunirse para el diagnóstico. La depresión posparto es entendida como la presencia de todo trastorno depresivo, sin

síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año posparto[4-6]. Habitualmente se ha dicho que la depresión posparto se instauraba generalmente entre la tercera a cuarta semana tras el parto, actualmente diferentes estudios señalan la posibilidad de que este riesgo de depresión esté aumentado incluso entre los tres primeros meses al año tras el parto. Los criterios diagnósticos según el DSM son mencionados en las Tabla 1 y 2[5]:

Tabla 1. Criterios diagnósticos según el DSM

A.	Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.
	(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
	(2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
	(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días
	(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
	(5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
	(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
	(7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
	(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
	(9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Tabla 1. Criterios diagnósticos según el DSM

B.	Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C.	El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
D.	El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
E.	Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Fuente: *American Psychiatric Association*. DSM-5[57].

Destacar que se cambia la especificación “de inicio en el posparto” por la de “con inicio en el periparto” ampliándose la posible presencia de un cuadro de depresión mayor a la etapa de embarazo, además de las primeras 4 semanas del posparto contempladas anteriormente[4]. Una de las herramientas que se han mostrado más útiles para su detección es la escala de Edimburgo

Pese a todo esto, es fundamental realizar un diagnóstico diferencial, hay que descartar que se trate de algún tipo de patología infecciosa, metabólica u otro tipo de trastorno mental (T.O.C., Trastorno bipolar, Síntomas negativos de esquizofrenia, etc.), o al efecto de algún tipo de fármaco o droga[5-].

Las consecuencias de una depresión posparto no diagnosticada pueden llegar a ser severas: ruptura del núcleo familiar, desnutrición del recién nacido, infanticidio, ideas de suicidio, etc. Por ello además del diagnóstico diferencial es esencial un diagnóstico precoz, pudiendo ser detectada por la matrona durante el seguimiento del posparto de la mujer y así comenzar el abordaje terapéutico multidisciplinario una vez establecido el diagnóstico por el facultativo pertinente.

Abordaje terapéutico:

La eficacia del abordaje psicoterapéutico en el manejo agudo de la depresión posparto ha sido demostrada con datos empíricos, recomendándose como tratamiento de primera línea por el menor riesgo de efectos secundarios en el recién nacido, respecto del uso de psicofármacos en mujeres lactantes[7-11]. Así mismo, constituye la primera línea de acción en mujeres que durante la gestación presenten factores de riesgo de depresión postparto[8], aunque actualmente comienzan a emerger datos de estudios que sugieren que el riesgo del uso de fármacos antidepresivos durante la gestación no es tan elevado como se pensaba, pudiendo en ocasiones ser una decisión aceptable en casos individualizados[8]. Algunos estudios sugieren que de hecho no existe un riesgo aumentado de malformaciones en los recién nacidos de madres que han estado tomando antidepresivos[9] Mientras no se disponga de más evidencia al respecto, se sugiere emplear la psicoterapia como primera opción y en caso de emplear tratamiento farmacológico, informar adecuadamente a la gestante de las posibles consecuencias.
En cuanto al tratamiento para una depresión posparto establecida, las líneas actuales de investigación sugieren el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, especialmente Sertralina y Paroxetina en caso de mujeres que lactan dado su menor paso a través de la leche materna en comparación con la Fluoxetina (por su mayor vida media) o el Citalopram (por sus mayores concentraciones en leche materna)[7,8]. Este tratamiento farmacológico puede acompañarse de psicoterapia, tanto grupal como individual[7]. Además, actualmente en mujeres que lactan deberíamos asesorar mejor en materia de lactancia, dado que una lactancia materna ineficaz, o las dudas acerca de una mala técnica o alimento insuficiente contribuyen a aumentar los niveles de ansiedad y empeorar el estado clínico de la madre[8]. Del mismo modo, debemos cuidar las horas de sueño de la mujer, tanto en depresión posparto como en otras alteraciones del ánimo que puedan sufrirse, ya que es fundamental para la mejoría clínica. Debe buscarse para ello un mayor grado de compromiso familiar para reducir los estresores de la nueva situación a la que se ve sometida la mujer. Algunos estudios sugieren la implantación de clases postnatales, algo así como la educación prenatal, que ayude a las mujeres a adoptar conductas y adquirir conocimientos que reduzcan los niveles de ansiedad y estrés a los que puedan verse sometidas durante este periodo de cambio en sus vidas[10].

Conclusiones

La depresión posparto constituye uno de los trastornos del estado del ánimo más graves en la mujer durante el posparto. Las tendencias actuales sugieren que su implantación puede ocurrir incluso antes del parto, tendiéndose actualmente a denominar como depresión perinatal, o estableciéndose su punto de instauración en la proximidad del parto. Pese a sus severas consecuencias y las herramientas diagnósticas aceptadas por las diferentes comunidades científicas, la depresión posparto continúa siendo una patología infradiagnosticada.
Sus características definitorias están bien recogidas en los diferentes manuales de trastornos mentales. La escala de Edimburgo parece ser la más aceptada en las diferentes sociedades científicas para su valoración.
En cuanto a su tratamiento, pese a la evolución de los fármacos antidepresivos y la presencia cada vez mayor de estudios que sugieren la seguridad del uso de estos fármacos durante la gestación o la lactancia, la primera línea de acción sigue siendo la psicoterapia, tanto grupal como psicoterapia cognitivo-conductual. En caso de

emplearse tratamiento farmacológico, la evidencia recomienda el uso de sertralina y paroxetina frente a fluoxetina y citalopram.
La depresión posparto puede llegar a prevenirse en determinados casos. Puede jugar un papel fundamental la matrona durante el control de embarazo en la detección de factores de riesgo para iniciar las pautas preventivas necesarias con el equipo multidisciplinar. Además de esto, están emergiendo diferentes estudios que apoyan la instauración de clases de educación postnatal como medidas de reducción de esta y otras patologías.
Se necesitan más estudios que arrojen evidencia acerca tanto del tratamiento farmacológico como de la génesis de la depresión posparto.

Bibliografía

1. Adam Torres G. Depresión postparto, hostilidad y hábitos de salud. Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona, Departament de Psicologia Clínica i de la Salut; 2013.
2. Norhayati, M.N., Hazlina N.H., Asrenee A.R., Emilin W.M. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review.. Journal of Affective Disorders. 2015; 175(1):34-52.
3. Carrascón, A., García, S., Ceña, B., Fornés, M., & Fuentelsaz, C. Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el posparto. Matronas prof. 2006; 7(4), 5-11.
4. Urdaneta, J., Rivera, A., García, J., Guerra, M., Baabel, N., & Contreras, A. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la Escala de Edimburgo. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2010; 75(5), 312-320.
5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto 2015, Madrid (2015)
6. Urdaneta, J., Rivera, A., García, J., Guerra, M., Baabel, N., & Contreras, A. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la Escala de Edimburgo. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2010;75(5), 312-320.
7. Constanza Mendoza B., Sandra Saldiviab. Actualización en depresión postparto:el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev Med Chile 2015; 143: 887-894
8. Meltzer-Brody S, Jones I. Optimizing the treatment of mood disorders in the perinatal period. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2015;17(2):207-218.
9. Yonkers KA, Blackwell KA, Forray A. Antidepressant Use in Pregnant and Postpartum Women. Annual review of clinical psychology. 2014;10:369-392. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032813-153626.
10. Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk C. Preventing postpartum depression: Review and recommendations. Archives of women's mental health. 2015;18(1):41-60. doi:10.1007/s00737-014-0475-y.
11. Dennis C-L, Hodnett E. Intervenciones psicosociales y psicológicas para el tratamiento de la depresión postparto (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4.