

## Depresión perinatal: las caras de un enemigo poco conocido

José Francisco Camacho Aguilera<sup>1\*</sup> y Margarita Pérez Arredondo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Cirugía General, Hospital General de Zona # 3, San Juan del Río, Querétaro.

\* Dirección para correspondencia: [scientia\\_medica@hotmail.com](mailto:scientia_medica@hotmail.com)

Desde hace tiempo se ha visto que el periparto puede desencadenar una variedad de alteraciones psiquiátricas, entre las cuales se encuentran la tristeza posparto (también llamada tristeza del bebé, disforia posparto o baby blues), la depresión posparto y la psicosis puerperal. Estos trastornos se engloban en el término "trastornos del estado de ánimo posparto". La tristeza posparto se caracteriza por irritabilidad, ansiedad, insomnio, tristeza y tendencia al llanto, y se presenta entre los 3 y 4 días después del nacimiento, con un pico en el séptimo día y resolución dentro de las dos semanas. Esta condición afecta al 30-75 % de las mujeres, es leve, transitoria y no requiere un tratamiento específico. Esta misma tristeza posparto puede ser una manifestación inicial de la depresión posparto, la cual ocurre en un 10-25 % de las mujeres que han tenido un parto a nivel global. La situación de este problema en México es similar, observándose en el 9 % de las mujeres embarazadas y pudiendo aumentar hasta un 13.3 % a los 6 meses posparto (Lara MA *et al.*, 2015). Por otro lado, la psicosis posparto (o psicosis puerperal) es una condición rara (0.2 % de los embarazos), pero sus implicaciones son muy graves debido a su asociación con el suicidio materno y el infanticidio. Se caracteriza por cambios de humor rápidos, confusión alternada con períodos de lucidez y psicosis.

Debido al estigma de las enfermedades mentales y a los sentimientos de culpa, las mujeres no solicitan atención en tiempo oportuno; además, la lactancia puede volverlas renuentes a iniciar algún medicamento por la preocupación acerca de la seguridad de su bebé con el uso de fármacos. De igual forma, familiares y médicos pueden menospreciar o considerar no significativos los síntomas de la depresión posparto, causando una falta de diagnóstico y/o de tratamiento oportuno (Sharma y Sharma, 2012). En nuestro medio, también hay un retraso o nulidad en el diagnóstico, probablemente debido al desconocimiento de las pruebas de tamizaje, al desdén de las manifestaciones clínicas y a la estigmatización de esta condición (Lara MA *et al.*, 2015).

## **Tamizaje de la depresión perinatal**

En la cuarta edición de la Clasificación de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, el DSM-IV, se estipuló un comienzo de la depresión materna en el período posparto. Sin embargo, en su versión más reciente, el DSM-V, de 2013, se reemplazó el término por "periparto", pudiéndose aplicar a todo episodio depresivo de comienzo en el embarazo o hasta las 4 semanas después del parto. Este cambio se debió a que el 50 % de los episodios de depresión posparto comienza en el embarazo, continuándose el problema hacia el período postnatal. La opinión de especialistas en psiquiatría perinatal dice que se debería

contemplar hasta un año después del nacimiento como un caso de depresión periparto.

Se desconoce la causa o las causas que producen la depresión perinatal, considerándose una entidad multifactorial. Existen factores de riesgo, como los mostrados en la Tabla 1, que predisponen a la depresión perinatal. Estos factores producen una fluctuación importante en los niveles hormonales, una exagerada liberación de hormonas del estrés y/o un estado inflamatorio crónico.

Historia personal o familiar de depresión, ansiedad o bipolaridad.
Abuso en la vida de la madre.
Embarazo no deseado.
Enfermedad crónica.
Múltiples embarazos.
Falta de red de apoyo.
Violencia doméstica (abuso físico y/o sexual).
Mala relación de pareja.
Migrante.
Bajos niveles de cortisol.
Poca satisfacción con la imagen corporal.
Obesidad y sobrepeso.
Anemia.
Diabetes gestacional.
Cesárea urgente.
Alteraciones del sueño.
Nacimiento pretérmino.
Bajo peso al nacer.
Síndrome premenstrual.
Deficiencia de vitamina D.

**Tabla 1.** Factores de riesgo con mayor evidencia de asociación a la depresión perinatal. Además, también han sido descritos otros muchos factores sociales y obstétricos sobre los que aún debe acumularse una mayor cantidad de evidencia. Basada en Xiao-Hu y Zhi-Hua (2020), Jung-Mei *et al.*, (2023) y Gastaldon *et al.* (2022).

La lactancia materna se ha observado como un factor de protección para el desarrollo de depresión perinatal, y su duración es inversamente proporcional a los síntomas de depresión: las madres con períodos más cortos de lactancia tienen mayor riesgo de depresión (Xiao-hu y Zhi-hua, 2020; Jung-Mei *et al.*, 2023; Gastaldon *et al.*, 2022). En México, la situación es similar, encontrando como principales factores de riesgo a las pacientes jóvenes, con baja escolaridad, sin pareja, desempleadas y nivel socioeconómico bajo (Lara *et al.*, 2015).

Las mujeres con riesgo de depresión posparto deberán ser identificadas tan pronto como sea posible. Para ello se puede utilizar la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) (Tabla 2).

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor, marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en los últimos siete días, no solamente cómo se sienta hoy.
1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas.
2. He mirado el futuro con placer.
3. Me han culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien.
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo.
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno.
6. Las cosas me oprimen o agobian.
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir.
8. Me he sentido triste y desgraciada.
9. He sido tan infeliz que he estado llorando.
10. He pensado en hacerme daño a mí misma.

**Tabla 2.** Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo para el embarazo y el posparto. Las opciones de respuesta para cada reactivo son siempre las mismas y se califican según se especifica entre paréntesis: a) Sí, la mayoría de las veces (3 puntos); b) Sí, con más frecuencia de lo habitual (2 puntos); c) Sí, pero solo excepcionalmente (1 punto); d) Nunca (0 puntos). Una puntuación total  $\geq 13$  corresponde a un mayor riesgo de depresión posparto y es recomendable realizar un examen psiquiátrico para determinar con más precisión la condición. Las preguntas 1, 2 y 4 se puntúan en sentido inverso.

La EPDS es un instrumento de 10 preguntas que ha sido empleado satisfactoriamente para el tamizaje de depresión periparto (Sharma y Sharma, 2012). Son 10 preguntas con puntajes de 0 a 3 y toma aproximadamente 3 minutos en ser contestada. El momento más indicado para aplicar la EPDS es la octava semana posparto. Por otro lado, en el Reino Unido se ha recomendado a los profesionales de la salud realizar las llamadas Preguntas de Whooley, de las Guías NICE (National Institute for Health and Care Excellence), en todas las valoraciones pre y postnatales. Se realizan dos preguntas; si las respuestas son afirmativas, se realiza una tercera pregunta que apunta a la necesidad de pedir ayuda. Las preguntas son las siguientes: 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 afirmativamente a las dos anteriores: 3) ¿siente que necesita ayuda? Si en alguno de estos instrumentos de pesquisa aparecen síntomas depresivos, es necesario considerar el envío a un especialista en psiquiatría. Los síntomas de la depresión perinatal se enlistan en la Tabla 3.

Estado de ánimo deprimido.
Falta de placer o interés.
Trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia).
Pérdida de peso.
Pérdida de energía.
Agitación o retraso.
Sentimientos de inutilidad o culpa inadecuada.
Disminución de la concentración o indecisión.
Pensamientos frecuentes de muerte o suicidio.

**Tabla 3.** Síntomas de la depresión posparto. El diagnóstico de depresión mayor requiere al menos cinco de los síntomas enlistados arriba.

## Tratamiento

La meta es lograr una mejoría en el estado de ánimo de la madre, por lo que el primer paso es iniciar con estrategias de orden general como interrumpir la ingesta de cafeína, nicotina y alcohol, maximizar los períodos de descanso, emplear técnicas de relajación, ejercicio físico, etc. El tratamiento psicológico (incluidos la terapia interpersonal, la terapia cognitivo-conductual y la terapia psicodinámica) puede ser útil, mientras que la efectividad de otras intervenciones como la acupuntura, el ejercicio, la fototerapia y el masaje es muy limitada.

El tratamiento específico de la depresión posparto se divide en dos fases: aguda y de mantenimiento. La meta de la fase aguda es la remisión de los síntomas y la prevención de un episodio, mientras que la meta de la fase de mantenimiento es prevenir la recurrencia de los síntomas y alcanzar un nivel basal de función y calidad de vida. El camino a la recuperación es largo: la fase aguda dura de 8 a 12 semanas, y la de mantenimiento unos 6 a 24 meses o más. Los medicamentos protagonistas son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, siempre iniciando con las dosis más bajas. Todas las medicaciones pasan a la leche materna, pero la cantidad difiere considerablemente entre los diferentes fármacos. Existen medicamentos relativamente seguros, como el citalopram, la nortriptilina, la sertralina y la paroxetina, que producen niveles casi indetectables de ellos en suero de los recién nacidos alimentados con seno materno (Sharma y Sharma, 2012). Todas las mujeres con depresión perinatal deberán ser asesoradas sobre su

situación, señalándoles que se trata de una enfermedad médica, que existen buenos tratamientos para ello y que no son "menos madres" por experimentarlo. La hospitalización se considera para mujeres con inminente riesgo para ellas mismas o su bebé, o si hay rasgos psicóticos. Debido a que el suicidio es una de las principales causas de muerte materna, los médicos deben investigar la presencia de pensamientos suicidas.

Las mujeres en riesgo de recurrencia de la depresión fuera del período del periparto pueden requerir tratamiento de mantenimiento, especialmente si hay historia de episodios recurrentes (3 o más), episodios crónicos, episodios psicóticos, episodios graves, episodios difíciles de tratar, comorbilidad significativa (psiquiátrica o médica) o recurrencia al discontinuar los antidepresivos (Sharma y Sharma, 2012). Antes de presentarse la depresión perinatal, el asesoramiento durante el embarazo y el posparto es efectivo para la prevención de la depresión perinatal en algunas mujeres. Estas intervenciones se asocian con un 39 % de disminución en la probabilidad de depresión perinatal en mujeres con riesgo de depresión.

## **Psicosis posparto y suicidio**

La psicosis posparto ocurre en menos del 0.2 % de las mujeres posparto. Se caracteriza por alucinaciones, delirios, agitación, pensamiento desorganizado, comportamiento inusual e incapacidad para dormir. Muchas veces, las alucinaciones y delirios se centran en el bebé, por lo que es importante detectar esta

alteración oportunamente para iniciar tratamiento, a fin de proteger la vida de la madre y del bebé. La psicosis posparto aparece dentro de las dos semanas posteriores al parto o poco antes, y puede ser producto de un trastorno bipolar subyacente. El antecedente de trastorno bipolar o de psicosis posparto previos debe alertar al personal de salud para mantener un bajo umbral de detección y solicitar la valoración psiquiátrica ante el elevado riesgo de suicidio o infanticidio.

La muerte por suicidio es una de las principales causas de mortalidad materna: representa el 20 % de los casos de muerte posparto durante el primer año después del nacimiento. En EE. UU. se estima una incidencia de 1.6 a 4.5 suicidios por cada 100,000 nacimientos. La conducta suicida consiste en la ideación, planeación e intento suicida y suele ser más frecuente durante el embarazo que en el período postnatal. Es de notar que las mujeres muertas por suicidio usaron medios más violentos y letales que aquellas fuera del período perinatal, reflejando el alto grado de estrés y alteraciones psicológicas en estos casos. Entre los factores de riesgo para la conducta suicida están la edad joven, no estar casadas, falta de satisfacción marital, inestabilidad económica, enfermedad del recién nacido, la depresión perinatal, infección por VIH, embarazo no planeado, historia de conducta suicida fuera del embarazo, pobre apoyo social e inestabilidad económica. La depresión perinatal puede aumentar el riesgo de conducta suicida hasta 6.2 veces más que en mujeres posparto sin depresión. La depresión materna se encontró en el 30-50 % de las embarazadas que mueren por suicidio. El antecedente de un episodio depresivo en los últimos 12 meses previos al embarazo se asocia con un

aumento de 4.9 veces el riesgo de conducta suicida. La presencia de ansiedad, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno por estrés postraumático y trastornos de la personalidad se ha relacionado con los intentos suicidas (Chin *et al.*, 2022; Orsolini *et al.*, 2016). Otros factores relacionados con la conducta suicida son la pobre calidad del sueño, el consumo de alcohol (aumenta el riesgo 3.7 veces), el uso de cannabis, historia de abuso infantil en la madre (aumenta 2.6 veces el riesgo de conducta suicida), violencia de la pareja (aumenta 6.5 veces el riesgo), muerte fetal (5.2 veces), aborto (3.8 veces), la finalización del embarazo (3.1 veces) y la hiperemesis gravídica intensa. Las pacientes con conductas suicidas pueden complicar su embarazo con hemorragia anteparto, desprendimiento de placenta, hemorragia posparto, parto pretérmino, bajo peso al nacer, muerte fetal, pobre crecimiento fetal y anomalías fetales (Chin *et al.*, 2022).

La conducta suicida puede sospecharse en el EPDS con la pregunta 10 ("He pensado en hacerme daño a mí misma") si la respuesta es "con más frecuencia de lo habitual" o "la mayoría de las veces". Toda mujer debería ser monitorizada para conducta suicida durante el embarazo y al menos los primeros 12 meses después del parto (Orsolini *et al.*, 2016).

## **Depresión en el padre**

Un estimado del índice de depresión paterna por el embarazo es del 8.4 % en el primer año posparto, y en un 3.2 % de los casos, ambos padres pueden

experimentar depresión perinatal. Entre los factores de riesgo se encuentran la depresión materna (además, la prevalencia de depresión paterna aumenta con la gravedad de la depresión materna), la edad joven, la falta de empleo, un bajo nivel de educación, episodios previos de depresión, eventos estresantes en la vida y problemas en la relación de pareja. Los padres con bajos niveles de testosterona han sido relacionados con síntomas de depresión durante el primer año posparto.

La asociación entre la depresión paterna y el niño se ha investigado poco. Sin embargo, en la sociedad moderna, en la que los padres han incrementado su implicación en el cuidado de los niños, es importante poner atención en el estado emocional de los mismos. Se debe hacer una detección temprana de la depresión del padre para realizar la intervención necesaria (Glasser y Lerner-Geva, 2019; Smythe *et al.*, 2022).

La depresión en el hombre y la mujer tiene varias diferencias. Debido a las normas masculinas, los hombres tienden más a "enmascarar" sus síntomas. En lugar de las manifestaciones clásicas de depresión, en los padres hay abuso de sustancias (alcoholismo, consumo de drogas), conductas riesgosas (conducir a alta velocidad) o agresividad e irritabilidad (Chen *et al.*, 2023).

## **Conclusiones**

La depresión perinatal es una entidad que debería ser tamizada en toda embarazada, ya que puede derivar en condiciones graves para la madre (psicosis

postnatal, conducta suicida) y para el infante (bajo peso al nacer, parto pretérmino, desarrollo alterado, lactancia acortada, infanticidio, etc.). A nivel global hay un enorme desconocimiento de las pruebas de tamizaje y desdén de las manifestaciones clínicas de las pacientes con depresión perinatal, atribuyéndose a otras situaciones ocurridas en esta etapa. Se requiere un mayor acercamiento a la salud mental de toda mujer embarazada y en puerperio por parte del personal sanitario, para establecer el diagnóstico preciso e iniciar las medidas terapéuticas adecuadas. Este conocimiento debe ampliarse a la comunidad en general (incluyendo a embarazadas y puérperas), ya que 1 a 2 de cada 10 pacientes puede estar en esta situación, ignorándola y retrasando la asistencia especializada. Al final, no se trata de una enfermedad rara, sino de un enemigo poco conocido que todos deberíamos enfrentar en conjunto.

## Referencias

Chen J, Zhao J, Chen X and Zou Z, Ni Z (2023). Paternal perinatal depression: A concept analysis. *Nursing Open* 10:4995-5007.

Chin K, Wendt A, Bennett IM and Bhat A (2022). Suicide and maternal mortality. *Current Psychiatry Reports* 24:239-75.

Gastaldon C, Solmi M, Correll CU *et al.* (2022). Risk factors of postpartum depression and depressive symptoms: Umbrella review of current evidence from systematic reviews and meta-analyses of observational studies. *British Journal of Psychiatry* 221:591-602.

Glasser S and Lerner-Geva L (2019). Focus on fathers: paternal depression in the perinatal period. *Perspectives in Public Health* 139(4):195-8.

Jung-Mei T, Li-Yun T, Shiow-Luan T and Yi-Heng C (2023). The prevalence and risk factors of postpartum depression among women during the early postpartum period: a retrospective secondary data analysis. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology* 62:406-11.

Lara MA, Navarrete L, Nieto L *et al.* (2015). Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. *Journal of Affective Disorders* 175:18-24.

Orsolini L, Valchera A, Vecchiotti R *et al.* (2016). Suicide during perinatal period: Epidemiology, risk factors, and clinical correlates. *Frontiers in Psychiatry* 7:138.

Sharma V and Sharma P (2012). Postpartum depression: Diagnostic and treatment issues. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 34(5):436-42.

Smythe KL, Petersen I and Schartau P (2022). Prevalence of perinatal depression and anxiety in both parents. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open* 5(6):e2218969.

Xiao-Hu Z and Zhi-Hua Z (2020). Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian Journal of Psychiatry* 53:102353.

Manuscrito aceptado