

## Detección temprana de la depresión posparto. Early detection of postpartum depression.

Maricela Víquez Quesada<sup>1</sup>, Katerine Valverde Chinchilla<sup>2</sup>

1 Licenciatura en Medicina y Cirugía Universidad Hispanoamericana, Médico General del Hospital San Francisco de Asís, Grecia, Alajuela, Costa Rica.

2 Licenciatura en Medicina y Cirugía Universidad Hispanoamericana, Médico General del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología, San José, Costa Rica.

✉ Contacto de correspondencia: Maricela Víquez Quesada viquezquesadam@icloud.com

### RESUMEN

Una complicación frecuente en el puerperio puede ser la depresión posparto, la cual puede durar de dos meses hasta un año posterior al nacimiento del neonato. Algunos de los factores que se ven implicados en la depresión son el estrés y los antecedentes psicosociales de la madre. Los principales factores de riesgo son: antecedentes heredofamiliares y personales de depresión, edades extremas, abortos previos, baja autoestima, trastornos de la personalidad, bajo nivel económico, poco apoyo social, violencia familiar, bajo nivel escolar, poco apoyo emocional parental, pobre acceso a la salud, consumo de alcohol, tabaco, drogas, situaciones de estrés en el embarazo y parto. La etiología es desconocida y multifactorial. Se pueden encontrar síntomas como: tristeza, fatiga, trastornos del sueño, somatización, ansiedad, estrés, pérdida del interés o placer, disminución del apetito, insomnio o hipersomnia, enlentecimiento psicomotor, pérdida de energía, inatención, ideas de muerte o suicidas. Para su diagnóstico y tamizaje se puede usar la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. Las principales complicaciones pueden ser el suicidio e infanticidio. El tratamiento se basa en psicoterapia y tratamiento farmacológico como segunda línea.

#### Cómo citar:

Víquez Quesada, M., & Valverde Chinchilla, K. Detección temprana de la depresión posparto. Revista Ciencia Y Salud, 6(5). <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i5.474>

**Palabras clave:** Depresión Posparto , Tristeza, Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, Psicoterapia.

### ABSTRACT

A frequent complication in the puerperium is postpartum depression. It can occur between two weeks to a year after delivery. Some factors that are implicated in depression are: Stress and the mother's psychosocial background. The main risk factors are: family and personal history of depression, extreme ages, previous abortions, low self-esteem, personality disorders, low economic level, poor social support, family violence, low school level, few parental emotional support, poor access to health, consumption of alcohol, tobacco, drugs, stressful situations in pregnancy and childbirth. The etiology of postpartum depression is usually unknown and multifactorial. Symptoms such as: sadness, fatigue, sleep disorders, somatization, anxiety, stress, loss of interest or pleasure, decreased appetite, insomnia or hypersomnia, psychomotor slowing, loss of energy, inattention, thoughts of death or suicide can be found. The Edinburgh Postpartum Depression Scale can be used for the diagnosis and screening. The main complications of this disease can be suicide and infanticide. Treatment is based on psychotherapy and pharmacological treatment as a second line.

Recibido: 21/Abr/2022

Aceptado: 12/Oct/2022

Publicado: 19/Oct/2022



**Keywords:** Depression; Pospartum; sadness; Edinburgh Postpartum Depression Scale; psicoterapy.

## INTRODUCCIÓN

El período postparto se define como el tiempo de adaptación que comprende desde el alumbramiento hasta las 6 semanas después. La completa normalización del organismo materno dura aproximadamente 42 días. Se presentan cambios anatómicos, fisiológicos, neuroendocrinos y psicosociales en la madre (1,2,3).

La depresión después del parto, también conocida como Disforia Posparto o postpartum blues, es considerada como una complicación frecuente en el puerperio. Produce consecuencias sobre el funcionamiento de la madre, y los niños como: alteración de la conducta, el neurodesarrollo, trastornos afectivos como falta de iniciativa y compromiso, por lo que hacen de esta patología un problema de la salud pública (4,5).

Esta enfermedad se desarrolla en la madre luego del nacimiento, puede durar de 6-8 semanas; aunque podría extenderse hasta un año posterior al parto. Se caracteriza por llanto, desánimo y sentimientos de incapacidad para asumir el papel de madre. El estrés y los antecedentes psicosociales de la madre son los factores que más se ven implicados en la depresión (1,6).

Se trata de un episodio depresivo mayor que cumple con criterios establecidos como: estado de tristeza, pérdida del interés de las actividades cotidianas la mayor parte del día; deben presentarse por lo menos por dos semanas, e ir acompañado por al menos cinco de los siguientes síntomas: sentimientos de culpa, ideas de muerte, alteración del sueño, dificultad para concentrarse y afectación del funcionamiento (4,7).

Los factores que pueden desencadenar depresión postparto pueden ser el cambio en rol a nivel familiar, la nueva responsabilidad asumida, sentimientos de incapacidad o inhabilidad para afrontar la realidad, cambios corporales, vínculo con el bebé y adaptaciones psicológicas y sociales (3).

El objetivo de esta revisión bibliográfica se centra en la detección precoz e instauración de un manejo terapéutico oportuno integral físico y mental de las mujeres puérperas que puedan presentar depresión.

## MÉTODOS

El método utilizado para la edición de este artículo fue el análisis de estudios científicos, trabajos de grado y revisiones bibliográficas recientes de los últimos 4 años (del año 2018 al 2021), con la finalidad de recopilar información importante y actualizada sobre esta patología.

Se destacaron 16 documentos, tanto en idioma español como en inglés, para sustentar el tema abordado de forma más integral y relevante, se basaron de acuerdo con la importancia y actualización de artículos para respaldar el objetivo planteado.

Las palabras clave en la búsqueda de los documentos fueron: “depresión postparto”, “depresión en el puerperio”, “Baby blues”. Los buscadores usados principalmente fueron: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE / PUBMED) y Scientific Electronic Library Online (SciELO)

## EPIDEMIOLOGÍA

La depresión postparto es un trastorno psicoafectivo muy frecuente e importante en la salud pública a nivel mundial. Se estima que una de cada diez mujeres podría padecerlo, su afectación es hasta un 20% de la población mundial y más de un 50% en las mujeres latinas durante los primeros 4 meses posterior al parto y tiene una fuerte asociación con el suicidio e infanticidio (4,7,8).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre un 20-40% de las mujeres en los países en desarrollo padecen depresión durante el embarazo o en el postparto, por lo que aproximadamente una de cada cuatro mujeres padece de este problema (9,10).

La depresión postparto es un trastorno mental muy frecuente que tiene una prevalencia significativamente mayor en mujeres adolescentes, ya que el parto es una situación vital de estrés para esta población (11).

En general, más de la mitad de las pacientes requiere al menos un año para recuperarse por completo y hasta un 10% va a presentar cronificación de la enfermedad (4).

## **FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES**

Dentro de los principales factores de riesgo para padecer esta patología, se encuentran: antecedentes heredofamiliares y personales de depresión (siendo este el más importante), edades extremas (como adolescentes que no han madurado lo suficiente como para desempeñar el rol de madre) y abortos previos (12).

Otros factores asociados son la baja autoestima, trastornos de la personalidad, bajo nivel económico (apego inseguro), poco apoyo social, violencia familiar, bajo nivel escolar, poco apoyo emocional parental, pobre acceso a la salud, consumo de alcohol, tabaco, drogas, situaciones de estrés en el embarazo y parto (5,6).

Como factores protectores se pueden encontrar los siguientes: contacto piel a piel madre e hijo inmediato al parto, acompañamiento durante el embarazo, pareja estable, buena relación marital, niveles altos de autoestima, participación religiosa, estilos cognitivos positivos y amamantamiento temprano, ya que la hormona liberada durante la lactancia (oxitocina), promueve el apego y cuidado materno (3,7).

## **ETIOLOGÍA**

La etiología de la depresión postparto suele ser desconocida y multifactorial. Dentro de los factores desencadenantes se encuentra la vulnerabilidad genética, donde se ven implicados genes relacionados con la liberación de serotonina y la disminución del triptófano, que influyen ante situación de estrés (4,9).

Dentro de las alteraciones biológicas se documenta afectación del eje hipotalámico- hipofisario- adrenal, lo que genera un exceso de la liberación de cortisol. Además, se ha descrito que la caída de los estrógenos durante el parto y el postparto inmediato produce una disminución de neurotransmisores que juegan un papel importante en los síntomas depresivos (4,8).

## **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

La depresión posparto presenta síntomas después del nacimiento del bebé hasta los 12 meses siguientes. Los síntomas deben estar presentes casi a diario durante al menos dos semanas consecutivas (1,13).

Se pueden encontrar síntomas como: tristeza, fatiga, trastornos del sueño, somatización, ansiedad, estrés, pérdida del interés o placer, disminución del apetito, insomnio o hipersomnias, enlentecimiento psicomotor, pérdida de energía, inatención, ideas de muerte o suicidas (1,8).

Estos provocan un malestar clínicamente significativo o discapacidad, con afectación de la funcionalidad social, laboral y relaciones interpersonales, sin poder atribuirse a una patología orgánica, farmacológicas o sustancias (2).

## DIAGNÓSTICO

La historia clínica completa estructurada es de suma importancia, en conjunto con el examen del estado mental y físico para determinar antecedentes de depresiones previas, abuso de sustancias, coexistencia de otras condiciones médicas y heredofamiliares, para valorar si existe deterioro funcional y detectar acontecimientos de estrés y/o traumáticos (6).

Para su diagnóstico se utiliza la clasificación del DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), su inclusión se encuentra en el apartado de “Trastorno Depresivo durante el período perinatal” y del CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades), las cuales describen los trastornos psiquiátricos (6).

Según el DSM-5, para el diagnóstico se debe presentar a partir del tercer trimestre del embarazo hasta cuatro semanas postparto, con al menos 5 o más de los siguientes síntomas, los cuales deben estar presentes casi todos los días por al menos 2 semanas durante todo el día (1,2,10):

- Humor depresivo
- Anhedonia
- Pérdida o aumento de peso
- Alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnias)
- Pérdida de la energía
- Agitación o retraso psicomotor
- Culpabilidad excesiva
- Disminución en la concentración
- Ideas suicidas

Además, se puede usar la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, la cual es una prueba fácil, accesible y rápida de aplicar en la consulta médica. Tiene una sensibilidad casi del 100% y una especificidad del 82%. Ha sido utilizada en muchos países y culturas, ya que es muy apropiada para estudios de tamizaje y se muestra a continuación (13,14).

Los síntomas depresivos evaluados a través de esta escala son: ansiedad, sentimientos de culpa, dificultad en la concentración, disforia e ideación suicida. Una puntuación de 10 o más indica sospecha de depresión postparto y por lo que se requiere referir a la paciente a Psiquiatría o Psicología (2,4).

**Tabla 1**

**Escala de Depresión Postparto de Edimburgo**

Escala de Edimburgo. Versión validada por Jadresic E, Araya R, Jara C. (*J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16: 187-91)

**ESCALA DE EDIMBURGO**

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

Fuente: Carla Castañón S, Javier Pinto L; 2008 15

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se debe realizar diagnóstico diferencial de otros trastornos psiquiátricos como tristeza postparto (TPP), la cual es conocida como Baby Blues o Maternity Blue, presentada hasta en un 80% de las mujeres. En esta enfermedad hay una alteración del estado de ánimo producto de los cambios hormonales, sociales y psicológicos que aparecen entre las 48 y 96 horas posparto y pueden durar hasta 3 semanas después del alumbramiento (2).

Además, es importante distinguirla de la Depresión Postnatal (DPP), la cual se presenta hasta en el 15% de las mujeres en los primeros 6 meses posterior al parto, esta tiene un mayor impacto en el entorno familiar (2).

También se debe tomar en cuenta como diagnóstico diferencial la Psicosis Postparto, la cual se presenta en un 0.1-0.2 % de los casos, esta aparece en las primeras cuatro semanas posteriores al puerperio. Se caracteriza por presentarse manifestaciones psicóticas graves asociadas a las alteraciones del estado de ánimo depresivo (2).

Otras patologías orgánicas que se deben descartar son: alteraciones de las hormonas tiroideas como hipotiroidismo y anemia por déficit de hierro (1).

## COMPLICACIONES

Es importante detectar prematuramente para prevenir las posibles complicaciones en la madre como el desarrollo de trastorno depresivo crónico que puede conllevar en los peores casos a suicidio o infanticidio (generalmente producido por episodios psicóticos caracterizados por alucinaciones o delirios específicos) o psicosis catatónica (1).

En el padre se puede causar una tensión emocional que puede conllevar a la depresión y en los niños se podrían producir problemas emocionales, alimentarios, del comportamiento, abuso infantil y negligencia (2).

## TRATAMIENTO

El tratamiento de esta patología debe ser un manejo terapéutico oportuno integral físico y mental, basado en dos pilares: la psicoterapia y la farmacológica.

La primera es la más utilizada y consiste en el establecimiento de metas concretas para afrontar los problemas que presenta la paciente y la aplicación de técnicas para poder obtenerlas. Esta se divide en: Terapia Cognitivo-Conductual, Psicoterapia Interpersonal, Asesoramiento No Directivo y Psicoterapia Psicodinámica (1).

En la Terapia Cognitivo- Conductual se modifican los pensamientos disfuncionales, las conductas problemáticas que ocurren tras síntomas depresivos y estímulos ambientales que sufren las madres. La terapia interpersonal se refiere a la intervención de la situación y los conflictos que existen en el entorno de la madre como familiares, de pareja, laborales y personales. Ambas terapias son consideradas de primera línea de tratamiento por el menor riesgo de efectos secundarios que podrían provocar los fármacos en la lactancia (1,4).

El Asesoramiento No Directivo ayuda a las pacientes a aceptar y entender sus sentimientos y comportamiento, alienta a la madre a hablar sobre lo que le sucede y la Psicoterapia Psicodinámica pretende el entendimiento de los conflictos y la identificación de los sentimientos y comportamientos por medio de afrontamiento (1).

Los tratamientos farmacológicos se utilizan en caso que no se tenga mejoría con los anteriores. Dentro de los medicamentos utilizados se encuentran: los inhibidores de recaptación de serotonina (como sertralina y paroxetina), los antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la recaptación de norepinefrina (como bupropion y

mirtazapina), los cuales son seguros en el amamantamiento y se deben utilizar por los menos por 6 semanas para valorar la respuesta adecuada al medicamento (1,16).

La terapia electroconvulsiva (TEC) debe ser considerada en los casos de pacientes que no respondieron al tratamiento farmacológico, es un tratamiento eficaz a corto plazo (1).

## **CONCLUSIÓN**

La depresión postparto es una de las enfermedades psiquiátricas más comunes en el puerperio, por lo que es fundamental su detección temprana y la evaluación de los factores de riesgo desencadenantes, para evitar sus complicaciones.

El tratamiento adecuado de la depresión requiere de una intervención multidisciplinaria individualizada basada en las necesidades de la madre.

Es necesario mejorar el abordaje de las mujeres con depresión postparto, optimizando el tamizaje a toda paciente embarazada para valorar el riesgo depresivo; así como el seguimiento posterior al parto a las 6 y 12 semanas con la finalidad de realizar una evaluación tanto física como mental.

Es fundamental generar estrategias para la promoción y la prevención de esta patología en los centros de atención primaria para realizar un diagnóstico oportuno y procurar una recuperación pronta con mínimas secuelas tanto en la madre como en el niño.

## **Declaración de conflicto de interés**

Los autores de este artículo declaran no tener ningún conflicto de interés.

## **Declaración de financiamiento**

Los autores de este artículo declaran no tener ningún tipo de financiamiento.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Solano, M. S., Mejía, A. L. P., & Madrigal, J. C. Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*. 2019; 4 (6): 1-10. DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.248>
2. Loaiza, N. V., Dachner, A. P., & Morales, J. A. V. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*. 2019; 4 (7): 1-9. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/261>
3. Zamora Aroca, C. J. Tipo de parto como factor asociado a la depresión postparto. 2019: 1-37. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/5187>
4. Ramos, I. J., Calvo, R. N., Torres, M. N., Ramírez, M. D. L., Casanova, Y. C., & Ferrer, A. B. Depresión postparto. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2021; 2 (5): 1-14. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/depresion-postparto/>
5. Masías Salinas, M. A., & Arias Gallegos, W. L. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Revista Médica Herediana*. 2018; 29 (4): 1-7. DOI: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i4.3447>.

6. Rojas, G., Guajardo, V., Martínez, P., & Fritsch, R. Depresión posparto: tamizaje, uso de servicios y barreras para su tratamiento en centros de atención primaria. *Revista médica de Chile*. 2018;146 (9): 1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000901001>
7. Contreras-García, Y., Brito-Valenzuela, J. M., Araneda-Cartes, H., Manríquez-Vidal, C., Fuentes-Vasconcello, V., & Vicente-Parada, B. Exposición a oxitocina sintética intraparto y riesgo de depresión post parto. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2019; 84 (3): 1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000300196>
8. Caparros-González, R., Romero-González, B., & Peralta-Ramírez, M. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2018; 42 (97): 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>
9. Gaspar Ferrer, M., & Rubio Soriano, M. Revisión bibliográfica sobre la detección y prevención de la depresión posparto. 2021: 1-31. <https://zaguan.unizar.es/record/109006?ln=es>
10. Tarongji Marco, L. Evaluación del tratamiento hormonal en la depresión post-parto: una revisión sistemática. 2021:1-60. <http://hdl.handle.net/10234/195608>
11. Acevedo, C. O., Moreno, L. P. P., & Urrego, A. S. T. Depresión Post Parto. *Revista Electrónica Psyconex*, 2018; 10(16): 1-10. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/334755>
12. Prieto, M. D. Antecedentes de depresión, síntomas de estrés post-traumático y apoyo social percibido: Prediciendo depresión postparto Pontificia Universidad Católica de Chile. 2019: 1-58. <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/23693>
13. Cordova Alva, J. F. Factores asociados a depresión postparto en puérperas atendidas en hospital II-2 Santa Rosa durante septiembre-diciembre, 2017. 2018: 1-52. <https://llibrary.co/title/factores-asociados-a-depresion-postparto-en-pueperas-atendidas-en-hospital-ii-2-santa-rosa-durante-septiembre-diciembre-2017>
14. Zhuzhingo-Vásquez, C., Peñaloza-Buele, Y., Ajila-Vacacela, J., & Aguirre-Carrión, C. Tamizaje para depresión postparto aplicado a la población puérpera del Primer Nivel de Atención en salud. *Revista Psicología UNEMI*. 2018; 2 (3), 1-9. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol2iss3.2018pp21-29p>
15. Castañon C.S., Pinto J.L. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Revista Médica de Chile*, 2008; 136:1-8. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000700005>
16. Guimarães Da-Silva, T., Fonseca de Vasconcelos, P., & Silva Moura, I. G. A current approach to the use of antidepressants in the management of postpartum depression. *Revista Electrónica Salud Mental, Alcohol y Drogas*. 2021; 17(1): 1-8. [http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v17n1/en\\_v17n1a14.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v17n1/en_v17n1a14.pdf)