

## Actualización en depresión postparto

*Beatriz Alba González<sup>a</sup>, Vanessa López Tello<sup>a</sup>, Magdalena Merino Salán<sup>a</sup>, Paloma Fernández Fernández<sup>a</sup>, Vionaisy del Carmen Alonso del Rivero Hernández<sup>a</sup>, María Noelia Fernández Díaz<sup>a</sup>*

*<sup>a</sup> Hospital Universitario Central de Asturias. España.*

*Aceptado el 30 de septiembre de 2017*

### Actualización en depresión postparto

#### RESUMEN

**Introducción:** La depresión postparto es un trastorno depresivo de inicio en el postparto cuya prevalencia mundial se sitúa entre el 10-20% siendo el diagnóstico más frecuente en el postparto. Esta enfermedad debe diferenciarse de la psicosis postparto y de la tristeza postparto cuyas características y abordaje terapéutico será diferente.

**Objetivo:** Conocer el estado actual de la depresión postparto según la bibliografía publicada

**Métodos:** Revisión bibliográfica en bases de datos SCIELO, Biblioteca Cochrane Plus, PUBMED, IME de estudios publicados entre 2011 y 2016.

**Resultados:** La depresión postparto se caracteriza por estado de ánimo deprimido y anhedonia y/o alteración del funcionamiento personal. Dentro del adecuado diagnóstico destaca la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo específica para el puerperio. Aunque la etiología es desconocida se conocen múltiples factores de riesgo, así como factores protectores. Esta enfermedad genera grandes perjuicios tanto para la madre como el niño tanto a corto como a largo plazo y su tratamiento se basará en la combinación de terapia psicológica y farmacológica.

**Conclusión:** En un futuro serán necesarios estudios más amplios para determinar el efecto de los fármacos sobre la lactancia y sobre el vínculo madre-hijo. Parece ser que las terapias psicológicas pueden mejorar la relación madre-hijo especialmente las intervenciones grupales, visitas en domicilio y las intervenciones psicológicas individuales.

**PALABRAS CLAVE:** *Depresión, Enfermería, puerperio*

#### Postpartum depression update

#### ABSTRACT

**Introduction:** Postpartum depression is a postpartum depressive disorder with a worldwide prevalence of 10-20%, being the most frequent diagnosis in the postpartum period. This disease must be differentiated from postpartum psychosis and postpartum sadness whose characteristics and therapeutic approach will be different.

**Objective:** To know the current state of postpartum depression according to published literature.

**Method:** Bibliographic review in databases SCIELO, Cochrane Plus Library, PUBMED, IME of studies published between 2011 and 2016.

**Results:** Postpartum depression is characterized by depressed mood and anhedonia and / or altered personal functioning. Within the appropriate diagnosis, the Edinburgh Postnatal Depression Scale is specific for the puerperium. Although the etiology is unknown, multiple risk factors as well as protective factors are known. This disease causes great harm to both the mother and the child both in the short and long term and their treatment will be based on the combination of psychological and pharmacological therapy.

**Conclusion:** In the future, more extensive studies will be needed to determine the effect of the drugs on breastfeeding and on the mother-child bond. It seems that psychological therapies can improve the mother-child relationship especially group interventions, home visits and individual psychological interventions.

**KEY WORDS:** *Depression, Nursing, Puerperium*

## TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD

### INTRODUCCIÓN

El puerperio supone para la mujer una etapa de mayor vulnerabilidad debido a los cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales lo que predispone a la aparición de trastornos psíquicos. Las alteraciones del estado de ánimo en la mujer representan un problema de salud pública debido a su alta frecuencia unido a la asociación de elevados índices de discapacidad, así como la merma en su calidad de vida, la del recién nacido y su familia(1). La llegada de un nuevo bebé inicia un nuevo vínculo, la maternidad y un cambio a nivel familiar que obliga a la mujer a adaptarse corporal, psicológica y socialmente(2).

El puerperio es una etapa con una mayor predisposición al estrés psicológico debido a la adquisición de nuevas responsabilidades, dudas en la capacidad personal para hacer frente a esa nueva situación que favorece una mayor vulnerabilidad en la aparición de ansiedad y trastornos depresivos(3).

La depresión postparto (DPP) es una enfermedad que debe ser diferenciada de la tristeza postparto, también llamada disforia postparto o *maternity blues* así como de la psicosis puerperal. La tristeza postparto es debida a cambios hormonales, psicológicos y sociales, suele aparecer en los 2-4 días posteriores al parto y desaparece espontáneamente tras 2-3 semanas sin requerir atención médica y/o psicológica en la mayor parte de los casos. Este cuadro caracterizado por irritabilidad, llanto fácil, insomnio, fatiga y falta de concentración entre otros, aparece en un 86% de las púerperas y es una reacción pasajera y esperable tras el parto(1,3).

Así mismo debe diferenciarse de la psicosis postparto, la forma más severa de los trastornos psiquiátricos puerperales, que es sufrida en 1-2 mujeres por cada 1000 partos. Este trastorno comienza entre el 3-9 día aunque puede iniciarse incluso hasta el sexto mes. La psicosis postparto suele iniciarse en pacientes con factores de riesgo asociados como antecedentes de trastorno afectivo, esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, así como en casos de psicosis puerperal previa entre otros. El tratamiento en estos casos será básicamente farmacológico(1,3).

La DPP es definida como un trastorno depresivo de inicio en el postparto, muchas veces asimilado como parte de un proceso transitorio considerado como una vivencia normal sin aparente relevancia lo que dificulta el diagnóstico(1,4). Su prevalencia a nivel mundial varía entre el 10 y 20% dependiendo del estudio y área geográfica, valores algo superiores en madres adolescentes, en torno al 26%(5) y es el diagnóstico psiquiátrico más frecuente en el postparto(2). Su comienzo se sitúa en cualquier momento posterior al parto incluso hasta un año después pudiendo afectar en cualquier tipo de parto o número de embarazo(1,6). La mayor incidencia se concentra en las cinco primeras semanas postparto debido probablemente al estrés que supone el parto(7).

Por lo tanto, el objetivo principal de este estudio fue conocer el estado actual de la depresión postparto según la bibliografía científica publicada. Los objetivos secundarios fueron determinar los factores de riesgo y factores protectores en el desarrollo de la DPP, describir las consecuencias que tiene la DPP en la madre y en el recién nacido y conocer las estrategias actuales de tratamiento de la DPP.

### MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica de actualización de los estudios que consideran la depresión puerperal desde el año 2011 hasta

2016. Las bases de datos revisadas fueron SCIELO, Biblioteca Cochrane Plus, PUBMED, IME.

Los descriptores empleados para la búsqueda de información fueron depresión, puerperio y Enfermería con los operadores booleanos "AND" y "OR".

Los criterios de inclusión fueron ser artículos en español o inglés; artículos recuperados a texto completo y artículos relacionados con el tema a estudio. Todos aquellos artículos referidos a psicosis puerperal u otras alteraciones psiquiátricas del puerperio, artículos no recuperados a texto completo o artículos sin metodología científica clara fueron excluidos.

Tras la búsqueda inicial de artículos se recuperaron un total de 46 trabajos que tras revisión y la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión se descartaron 26 artículos.

### RESULTADOS

La DPP es una enfermedad caracterizada por presentar ánimo deprimido y anhedonia con angustia significativa y/o alteración del funcionamiento personal(8). La depresión materna en el año posterior al parto es una complicación frecuente pero insuficientemente detectada según la bibliografía existente(9). La detección de esta patología es complicada, sin embargo, es una entidad tratable y potencialmente prevenible(10).

Dentro del adecuado diagnóstico se encuentra la Entrevista Clínica Estructurada, así como diversos instrumentos para detectar la DPP como el Cuestionario de Depresión de Beck II, la Escala de Depresión Postparto, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y el Cuestionario sobre la Salud del Paciente. La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo es, sin embargo, la más empleada debido a su rapidez y facilidad en la aplicación e interpretación(8). Dicha escala detecta síntomas depresivos y depresión clínica específica para púerperas. Es un instrumento con 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta y puntajes de 0 a 3 según la severidad sintomática. De los ítems, 5 se relacionan con disforia, 2 con ansiedad, 1 con sentimientos de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultades de concentración(8).

Además, existen una serie de biomarcadores que han tenido un gran impacto en el diagnóstico de la DPP. Entre ellos se encuentra la serotonina, cuyos niveles se han correlacionado con los puntajes obtenidos en las escalas de detección de DPP, estableciéndose una asociación del descenso de la serotonina sérica durante la DPP por lo que se ha propuesto como marcador periférico de esta psicopatología(10).

La detección temprana de la DPP permite plantear intervenciones que permitan un control del caso y la prevención de las complicaciones ocasionadas por la falta o incorrecto cuidado del niño en busca de la calidad de vida y bienestar del bebé(11).

Hasta el momento la etiología es desconocida, si bien se han podido observar factores de riesgo asociados(8,12,13):

- Historia pasada de psicopatología (especialmente depresión y ansiedad).
- Presencia de alteraciones psicológicas durante el embarazo (presencia de ansiedad general, no aceptación del embarazo).
  - DPP previa.
  - Complicaciones obstétricas durante el embarazo, el parto o después del mismo (principalmente embarazos de alto riesgo, la experiencia del parto y las complicaciones obstétricas).

## TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD

- Satisfacción con el parto (percepción negativa del nacimiento y experiencias negativas en el parto)
  - Episiotomía: los síntomas de trauma perineal se asocian a una percepción negativa del parto.
  - Manejo del dolor en el parto.
  - Acompañamiento durante el parto.
  - Cesárea.
  - Contacto tardío entre la madre y el recién nacido.
  - Lactancia (abandono precoz, existiendo controversias según el estudio).
- Embarazo no planeado y/o deseado.
- Falta de apoyo familiar y/o social, falta de comunicación con la pareja.
  - Problemas familiares y/o sociales.
  - Pobre relación marital.
  - Abandono o separación de la pareja.
  - No contar con un compañero.
  - Pareja presente, pero que no proporcione apoyo emocional.
  - Falta de redes de apoyo.
- Situaciones estresantes (insomnio), estrés cotidiano.
- Dificultades económicas.
- Abuso físico, emocional o sexual en la infancia.
- Fallecimiento, abandono o separación de un familiar o ser querido.
- Mala relación con la madre.
- Antecedente de pérdidas perinatales.
- Sensibilidad a los cambios hormonales.
- Alteración en la función tiroidea.
- Dificultades en la lactancia (la lactancia mixta o artificial).
- Mala salud del recién nacido (hijos con problemas de salud, con cólicos o mal temperamento).
- Bebé difícil de cuidar, estrés en el cuidado del bebé.

Puesto que no existe un único factor etiológico para el desarrollo de la DPP, una única modalidad de tratamiento no será efectiva para todas las mujeres(14).

Así como se han descrito multitud de factores de riesgo para el desarrollo de la DPP, también se han descrito una serie de factores protectores asociados a la disminución del riesgo de DPP como son(8,13):

- Estilos cognitivos positivos.
- Niveles elevados de autoestima maternal.
- Buenas relaciones de pareja y participación religiosa.
- Percepción materna de apoyo en tareas del hogar y de crianza.
- Alimentación del bebé con lactancia maternal.

La sintomatología viene recogida en el DSM-V y CIE-10 para el trastorno/episodio depresivo y se caracteriza fundamentalmente por(15):

- Estado de ánimo deprimido.
- Tristeza o llanto persistentes.
- Disminución del interés o de la capacidad para disfrutar de casi todas las actividades.
- Cambios en los patrones de alimentación y sueño (principalmente insomnio).
- Cansancio o fatiga crónica.
- Ansiedad que puede llegar hasta los ataques de pánico.
- Sentirse abrumada, indefensa e incapaz.

- Autodesvalorización y autorreproches, generalmente relacionados con su competencia como madre con pobre percepción del rol materno.
- Dificultad, reticencia o imposibilidad de buscar ayuda y apoyo para sí misma.
- Irritabilidad.
- Problemas de atención, concentración y memoria.
- Dificultad para vincularse con el bebé.
- Sentimientos de ambivalencia hacia el hijo.
- Sobreprotección del menor.
- Dificultades en la lactancia.
- Dificultad y/o imposibilidad de cuidar al recién nacido.
- Pensamientos obsesivos y conductas compulsivas, relacionados con el hijo y con su cuidado.
- Pensamientos negativos hacia el bebé, especialmente creer que lo puede dañar.
- Sentimientos de culpa.
- Pensamientos de dañarse a sí misma o al bebé habitualmente relacionados con la ausencia de tratamiento.
- Pensamientos atemorizantes.
- Ideación suicida.

La depresión materna genera consecuencias negativas en el niño ya que su desarrollo neuronal durante el período perinatal está afectado por el contexto en el que se encuentra y por las experiencias cotidianas con su cuidador(8). En niños de madres depresivas se observan alteraciones en el comportamiento con mayor frecuencia en el llanto y dificultades para ser calmados, mayor presencia de afectos negativos, dificultades en el aprendizaje, evitación del contacto visual con la madre, así como el establecimiento de apegos inseguros y alteraciones en el desarrollo psicomotor y la socialización del niño(8,9,11). La depresión materna tiene consecuencias interpersonales y emocionales en el recién nacido con dificultad en el apego entre la madre y su bebé, asociándose a mayor probabilidad de desarrollo de trastorno de déficit de atención e hiperactividad en la infancia temprana(9). Los niños de madres con DPP presentan mayor dificultad en el contacto social, menor autoestima, mayor conducta agresiva y mayor predisposición a padecer trastornos de la serie depresivo ansiosa en la juventud(10,11). El trato brindado al recién nacido por una madre con DPP está disminuido lo que conlleva una menor estimulación del niño y una merma en sus cuidados(11). Sin embargo, el contacto piel con piel es una intervención mínimamente invasiva, segura para la madre y el niño, con bajos costes y que puede tener un alto impacto en el desarrollo físico y psicosocial posterior del niño(17).

El tratamiento de la DPP tiene dos pilares de intervención, por un lado, la terapia psicológica (individual o grupal) y la farmacología. La combinación entre la terapia cognitivo conductual y la farmacología parece ser la alternativa más eficaz en el tratamiento de la depresión grave ya que permite el mayor beneficio con los mínimos efectos negativos. Las intervenciones psicoterapéuticas en el manejo agudo de la DPP han sido demostradas y se recomiendan como tratamiento de primera línea por el menor riesgo de efectos secundarios en el recién nacido respecto a la terapia farmacológica(18).

El tratamiento farmacológico se basará en antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina, nortriptilina e imipramina y los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) como la fluoxetina, sertralina, flavosamina y paroxetina para combatir los síntomas depresivos y las benzodiacepinas para tratar la ansiedad y el

## TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD

insomnio. Sin embargo, el miedo a los efectos adversos en el bebé juega un papel importante en la decisión materna de aceptar y seguir el tratamiento(8). Entre los ISRS la sertralina y paroxetina no revisten riesgos para el lactante(8,18).

Según una revisión Cochrane del año 2014 es necesario estudios más amplios y las decisiones de tratamiento para las pacientes con DPP deberán utilizar pruebas de otras fuentes como ensayos de poblaciones adultas generales y estudios observacionales de la seguridad de los antidepresivos en el período posnatal, en cuanto a seguridad durante la lactancia y efecto del tratamiento en la relación madre-hijo(19).

En cuanto a la terapia psicológica, las intervenciones cognitivas conductuales aparecen como alternativa adecuada para la reducción de la sintomatología depresiva materna pero no mejoran necesariamente el vínculo madre-bebé. En cambio, las intervenciones grupales que consideran la conexión con el niño, las visitas domiciliarias y las intervenciones psicoterapéuticas individuales modifican tanto los síntomas depresivos como el vínculo. Los estudios realizados hasta el momento determinan el efecto beneficioso sobre la DPP que tienen las intervenciones psicosociales y psicológicas, tanto las intervenciones alentadoras mediante visitas domiciliarias como la asistencia telefónica postparto, la psicoterapia interpersonal o las intervenciones individuales(20).

Por otra parte, en los últimos años se ha reconocido y aceptado el ejercicio físico como una opción válida en el tratamiento de la DPP. Al contrario que la terapia farmacológica, el ejercicio en la DPP tiene mínimos efectos adversos y no depende de factores externos como la habilidad del personal en terapia psicológica(10).

La atención a la nutrición de la mujer es un factor fundamental debido principalmente a que la combinación de la enfermedad y los cuidados al bebé pueden repercutir negativamente en la alimentación de la mujer. Si la alimentación no es correcta debe estimularse la toma de un complejo multivitamínico diariamente y derivarse a un especialista en dietética para consejo nutricional(21).

En cuanto a la alimentación se cree que una dieta carente de ciertas vitaminas, minerales u otros nutrientes puede causar DPP en algunas mujeres. La corrección de esta deficiencia con suplementos alimentarios podría prevenir la DPP. Algunos suplementos encaminados a prevenir la DPP incluyen ácidos grasos omega 3, hierro, folato, s-adenosil-L-metionina, vitamina B12, B6, B2, vitamina D y calcio(22).

La ausencia de tratamiento efectivo durante esta etapa de la vida de la mujer está asociado a consecuencias relevantes tanto para la madre como para el niño. En la mujer puede suponer el inicio de un trastorno depresivo recurrente y afectar a su calidad de vida de forma importante(9).

## CONCLUSIONES

La DPP es un trastorno depresivo de inicio en el postparto con una alta prevalencia debido a su consideración como vivencia normal lo que dificulta el diagnóstico. Existen numerosos instrumentos de detección de la DPP entre los que destaca la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, escala específica para trastornos depresivos del puerperio. La etiología de la DPP es desconocida si bien existen múltiples factores protectores y de riesgo asociados. La depresión materna genera consecuencias negativas en el niño que van desde alteraciones en el comportamiento, dificultades en el aprendizaje, en el desarrollo psicomotor, hasta alteraciones de

tipo afectivo. El tratamiento de la DPP estará basado en la terapia psicológica y la farmacológica, aunque serán necesarios más estudios para determinar el efecto en aspectos como la lactancia y el apego madre-hijo. Otros aspectos del tratamiento a tener en cuenta, y que pueden funcionar como potenciadores del tratamiento psicofarmacológico, pueden ser la práctica de ejercicio físico y la nutrición. Parece ser que las terapias psicológicas pueden mejorar la relación madre-hijo especialmente las intervenciones grupales, visitas en domicilio y las intervenciones psicológicas individuales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol. Reprod. Hum.* 2013; 27(3):185-193.
2. Mazaira S. Trastornos psiquiátricos del puerperio. *Rev Arg Psiquiat.* 2014;25:347-356.
3. Navas Orozco W. Depresión postparto. *RevMed Costa Rica y Centroamérica.* 2013;70(608):639-647.
4. Olhaverri M y cols. Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Terapia psicológica.* 2013;31(2):249-261.
5. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chile.* 2015;143:887-894.
6. Molero K y cols. Prevalencia de depresión postparto en puérperas adolescentes y adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2014;79(4):294-304.
7. García Vega M y cols. El estrés, uno de los principales factores psicosociales predisponentes en el desarrollo de la depresión puerperal. *C Med Psicosom.* 2012;103:65-71.
8. Dois Castellón A. Actualizaciones en depresión postparto. *Rev Cub Obst y Ginecol.* 2012;38(4):576-586.
9. Lasheras G, Farré-Sender B, Serra B. Detección in situ de la depresión postparto (DPP) y alteración del vínculo materno filial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus. Resultados preliminares. *C Med Psicosom.* 2014;109:22-31.
10. Méndez-Cerezo, AJ. Depresión postparto y ejercicio. *Perinatol Reprod Hum.* 2014;28(4):211-216.
11. Angulo Arias LM. La depresión postparto de la madre y sus implicaciones en el cuidado del recién nacido. *Revista Línea de Vida.* 2015;18:18-22.
12. Laviña Castán AB. Relación depresión postparto y prácticas del parto recomendadas en la estrategia de atención al parto normal. *Nure Inv.* 2013;10(63):1-13.
13. Maliszewka K, Swiatkowska-Freund M, Bidzan M and Preis K. Relationship, social support, and personality as psychosocial determinants of the risk for postpartum blues. *Ginecología Polska.* 2016;87(6):442-7.
14. Abdollahi F, Lye MS, Zarghami M. Perspective of postpartum depression theories: A narrative literature review. *North Am J Med Sci.* 2016;8:232-6.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. 2013. Washington, DC: American Psychiatric Association.
16. CIE-10: Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades décima revisión (CIE-10) 2003*; 2. Disponible: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>
17. Dois A, Lucchini C, Villarroel L, Uribe C. Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos postparto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. *Rev Chil Pediatr.* 2013;84(3):285-292.
18. Nardi B, Bellantuono C, Moltedo-Perfetti A. Eficacia de la terapia cognitivo conductual en la prevención de la depresión postparto. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2012;77(6):434-443.
19. Molyneux E, Howard L, McGeown H, Karia A, Trevillion K. Tratamiento antidepresivo para la depresión postparto. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2014; 9 (CD002018).
20. Dennis C, Dowswell T. Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión postparto. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;2(CD001134).
21. Kennedy HP, Beck CT, Driscoll JW. Una luz en la niebla: cuidados en las mujeres con depresión postparto. *Matronas profesión.* 2013;4(13):4-18.

## TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD

22. Miller B, Murray L, Beckmann M, Kent T, Macfarlane B. Suplementos alimentarios para la prevención de la depresión posparto. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;10 (CD009104).