



### Abordaje de la depresión posparto

**Fecha:** Viernes 17 de mayo del 2024.

**Entrevista realizada en la Universidad de Sonora.**

**Entrevistadora:** **Martha Cristina López Acuña**, estudiante de octavo semestre de la licenciatura en medicina de la Universidad de Sonora y asistente de editor en jefe en la Revista Estudiantil de Medicina de la Universidad de Sonora.

**Entrevistada:** **Dra. Elvia Guadalupe Núñez Rosas**, egresada de la Universidad de Sonora, especialista en ginecología y obstetricia, certificada por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Miembro de la Asociación Mexicana de Endocrinología Ginecológica. Actualmente labora en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social y en la práctica privada en Navojoa, Sonora.

#### Introducción:

Durante el embarazo y después del parto, puede ocurrir la depresión posparto, el cual es un trastorno del estado de ánimo que, según la PAHO, afecta hasta al 56 % de mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos durante los primeros 4 meses de vida del bebé. No obstante, la mayoría de las mujeres no son diagnosticadas y, por consiguiente, no reciben tratamiento, lo que trae consecuencias a la madre y al recién nacido.

- **Martha López:** ¿Cómo se puede distinguir entre tristeza, depresión y psicosis posparto?

**Dra. Elvira Nuñez:** La tristeza, también conocida como *baby blues*, es una alteración que se caracteriza por irritabilidad, tristeza, tendencia al llanto y ansiedad.

La depresión posparto representa un episodio depresivo mayor después del parto, generalmente, durante el primer mes del puerperio, el cual dura por lo menos dos semanas con síntomas como tristeza, anhedonia, alteraciones en el peso y sueño, agitación o retardo psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, incapacidad para tomar decisiones, pensamiento y concentración disminuidas, así como pensamientos de muerte o ideación suicida en ocasiones.

La psicosis puerperal se presenta después de unos días o semanas de lucidez sensorial. Los síntomas prodrómicos pueden aparentar un cuadro de melancolía o tristeza, no obstante, se diferencian de este por presentar alteraciones del sueño bastante específicas, como despertares ansiosos, sueños reiterados angustiosos o insomnio progresivo. Se pueden presentar también alteraciones amnésicas menores, rasgos de confusión mental, rarezas en el comportamiento, como resistencia a cuidar al recién nacido, manifestaciones psicosensoresiales, principalmente, alteraciones de la percepción visual, así como una interacción corporal entre madre e hijo no adecuada o mal apego.

Tradicionalmente, se ha descrito a la psicosis posparto como un proceso de inicio súbito y agudo, sin embargo, hay que reconocer esa fase prodrómica con pérdidas del sentido del tiempo, inestabilidad emocional, inseguridad, indecisión, sentimientos de vergüenza, asombro, aturdimiento y languidez. Para la prevención y terapia precoz, es muy importante la detección de las pacientes con factores de riesgo de padecerla, ya que esta es una verdadera urgencia psiquiátrica que en muchas ocasiones requiere internamiento de la paciente.

- ¿Cuáles son los mecanismos relacionados con la fisiopatología de la depresión posparto?

**R:** Se ha descrito que las mujeres puérperas son más susceptibles a la fluctuación de los niveles de estradiol y progesterona una vez que concluye la gestación, teniendo como consecuencias labilidad emocional y alteraciones en el sueño. El eje hipotálamo-hipófisis-adrenales podría contribuir al existir un aumento de cortisol sérico, similar a los que se presentan en el trastorno depresivo mayor; se ha relacionado con la hormona antidiurética, la cual, al encontrarse disminuida, produce un deterioro en la capacidad funcional. Con respecto al estado nutricional, los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga y cerebral contribuyen al estado de ánimo depresivo al estar reducidos en concentración sérica. Además, se ha visto una disminución en los receptos de serotonina de la hendidura postsináptica, a pesar de que en la fisiopatología de la depresión posparto no se ha comprobado completamente que estos factores estén implicados en los síntomas que presentan las mujeres durante el puerperio.

- ¿Cuáles son los signos clínicos que le permiten al médico de primer nivel identificar a una paciente con DPP? y ¿cuáles son los datos de referencia a segundo nivel?

**R:** El cuadro clínico se presenta las primeras 4 semanas posteriores al nacimiento del bebé, siendo los síntomas más importantes los establecidos por los criterios de depresión mayor del DSM-5, el cual establece que un episodio depresivo mayor debe presentar 5 requisitos para su diagnóstico acertado:

1. Una calidad depresiva del estado de ánimo (con pérdida del interés o el placer)
2. Por un curso mínimo de dos semanas
3. Acompañada de síntomas
4. Que estos síntomas desencadenen malestar o discapacidad
5. Que no contravenga criterios de exclusión

Además, debe presentar alguno de los siguientes síntomas expuestos por las dos semanas que establece el criterio diagnóstico:

- Estado de ánimo deprimido
- Anhedonia
- Afectación en apetito y peso
- Fatiga
- Enlentecimiento psicomotor
- Agitación

- Autoestima baja o culpa
- Falta de concentración
- Deseo de muerte o ideas suicidas

Al diagnosticar a una paciente con depresión posparto es de suma importancia referir a segundo nivel, principalmente, al servicio de psiquiatría a los casos con factores de riesgo importantes, con antecedentes en embarazos previos de depresión posparto, psicosis posparto o depresión durante el embarazo, o antecedente de depresión para una valoración integral y prevenir complicaciones y necesidad de internamiento de las pacientes.

- ¿Qué cribados existen para identificar factores de riesgo, biológicos y sociales de la DPP?

**R:** Para lograr una detección temprana es necesario realizar un examen entre el tercer y sexto día posparto.

Dentro de los instrumentos de cribado que existen se encuentran la entrevista clínica estructurada, la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos, y el cuestionario sobre la salud del paciente. No obstante, por su rapidez y facilidad, tanto en aplicación como comprensión, la más utilizada es la escala de depresión posnatal de Edimburgo.

La EDPD consiste en 10 preguntas relacionadas con disforia, ansiedad, sentimientos de culpa, ideas suicidas y concentración. Es importante evaluar también el historial médico psiquiátrico y general, examen físico y estado mental, además de pruebas de laboratorio para descartar alguna afección médica que pudiera estar causando síntomas similares a DPP.

- ¿Cuál es el protocolo de tratamiento a las pacientes con DPP?

**R:** Tras identificar síntomas de DPP, lo primero es valorar la gravedad de la depresión, así como determinar si representa una amenaza para sí misma o para otros.

Pacientes con síntomas graves, como psicosis, ideación suicida, tener un plan e intención específicos de comportamiento suicida o con alucinaciones, deben ser referidas a urgencias para una valoración por psiquiatría de manera urgente. En casos de depresión severa posparto en madres que estén en riesgo de suicidio, su hospitalización puede ser necesaria.

En las pacientes que presentan depresión leve a moderada es menos probable que desarrollen complicaciones como rasgos psicóticos y características catatónicas, ya que normalmente se puede administrar terapia ambulatoria (psicoterapia) como tratamiento inicial. Como psicoterapia generalmente se elige terapia cognitiva conductual o psicoterapia interpersonal.

Para las pacientes con respuesta mínima a la psicoterapia (menos del 25 % de mejoría) se recomienda cambiar a otra psicoterapia como activación conductual, asesoramiento no directivo, psicoterapia psicodinámica o adición de fármacos antidepresivos.

Pacientes con depresión severa, por lo general, demuestran un deterioro obvio del funcionamiento y manifiestan un mal juicio, que coloca al paciente y a su bebé en riesgo de daño inminente. A menudo requieren hospitalización; se utilizan antidepresivos en combinación con psicoterapia.

Entre los antidepresivos más usados y con mayor evidencia se encuentran los ISRS de elección, como la paroxetina o sertralina para el tratamiento inicial. El citalopram también es una alternativa razonable.

- ¿Cuál es la principal limitación que enfrentan las pacientes para apegarse de manera exitosa al tratamiento no farmacológico?

**R:** La red de apoyo familiar, ya que deben acudir a las sesiones de psicoterapia, si no tiene una adecuada red de apoyo es difícil que puedan acudir y realizar las actividades que les recomiendan. Es difícil que tengan el tiempo adecuado para descansar lo suficiente. Además del estigma social, pues muchas veces no quieren informar a sus familiares de su condición médica por miedo a ser juzgadas.

- ¿Cuáles son las indicaciones para recetar tratamiento farmacológico? y ¿cómo se superpone con la lactancia?

**R:** Pacientes que no presentaron adecuada respuesta a la psicoterapia, con depresión severa o psicosis son las candidatas para utilizar terapia farmacológica.

Se debe informar a la paciente la necesidad de iniciar el manejo farmacológico, y explicar claramente riesgos y beneficios para la madre y bebé de cada fármaco a considerar.

Es relevante que el bebé sea evaluado por un pediatra previo al inicio del tratamiento con mayor atención al ciclo de sueño, vigilia, irritabilidad, psicomotricidad y aspectos neurológicos, ya que estas áreas pueden ser vulnerables ante una intoxicación farmacológica, en especial, en casos de comorbilidad del bebé o prematurez.

Muchos antidepresivos son seguros durante la lactancia, la excreción de leche materna es variable según el medicamento. La recomendación de priorizar uno u otro se debe a los niveles de antidepresivo en la leche materna, que pueden ser bajos o indetectable, así como a la ausencia de efectos secundarios graves en el lactante.

El tratamiento de primera línea en el manejo de la DPP son los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina, como: sertralina, fluoxetina, escitalopram y citalopram.

Sertralina es el tratamiento de primera elección a dosis de 50 y 100 mg en el tratamiento de la depresión posparto; durante la lactancia muestra ausencia de efectos sobre el sistema nervioso central del lactante.

- ¿Cuál es el papel de la red de apoyo durante el tratamiento? y ¿qué medidas se pueden tomar para educar a sus integrantes?

**R:** El apoyo social es esencial para el desarrollo de un cuadro depresivo. La ausencia de tal se relaciona con la aparición y recurrencia de esta patología, siendo un facilitador en la transición de la mujer hacia la maternidad. Existe una relación entre depresión posparto y la funcionalidad familiar; las parejas y las madres de las mujeres son la principal fuente de apoyo.

En cuanto a las medidas, acompañar a las pacientes a sus consultas y sus sesiones de psicoterapia cuando se requiera. Se debe hablar con los familiares cercanos de la paciente, los que la apoyan en el cuidado de su recién nacido y en el de sus otros hijos si los tiene, explicarles claramente la condición que está presentando y como es de suma importancia el apoyo que ellos deben brindarle para el proceso de recuperación, cuidado de su bebé, labores del hogar, acompañamiento emocional. Hacerla sentir segura es lo que ayuda para que la paciente pueda continuar su tratamiento y poder mejorar.

- ¿Cuáles son las consecuencias a largo plazo de la DPP, para el infante y la madre?

**R:** Está demostrado que los hijos de madres deprimidas presentan déficits en su desarrollo cognitivo y social. Incluso, desde los 3 meses de edad, lo que los pone en riesgo de desarrollar síntomas depresivos en etapas tempranas. El grado de riesgo está directamente relacionado con la duración y la severidad de la depresión posparto de la madre.

Se han reportado efectos adversos de la depresión materna en niños mayores, por ejemplo, dificultades en la escuela y con su círculo social, baja autoestima y mayores problemas de conducta.

Para la madre que no recibe tratamiento o un manejo adecuado, la depresión posparto puede recurrir, volverse crónica o refractaria, lo cual trae las consecuencias previamente mencionadas para el recién nacido, incluso maltrato, así como para la madre, que puede terminar en suicidio.

- ¿Cuáles son las medidas profilácticas que deben tomar las mujeres con antecedentes de depresión posparto (DPP) que planean embarazarse?

**R:** Principalmente, asegurarse de tener una adecuada red de apoyo durante todo el embarazo y el puerperio, ya que desde el embarazo está en riesgo de padecer depresión. Esta red de apoyo debe estar informada de su antecedente y de los signos tempranos de depresión para poder ayudar a la paciente en caso de que se vayan presentando.

También, acudir a su consulta preconcepcional para asegurarse de estar en óptimas condiciones de salud para embarazarse y poder recibir vitaminas preconcepcionales, y corregir deficiencias en caso de presentarse.

Referir a las mujeres con antecedentes o problemas de salud mental graves para recibir consejería previa a la concepción de un servicio especializado en salud mental perinatal. Ofrecer psicoterapias, incluidas la consejería, terapia cognitivo conductual y terapia interpersonal; por lo que se recomienda valoración por psicología.

- ¿Cuáles acciones podrían implementarse para educar a la población y erradicar el estigma asociado con la DPP?

**R:** Desde que la pareja acude a sus consultas preconcepcional y se identifican factores de riesgo se debe iniciar el manejo y educación de la pareja y de la familia, ya que son la red de apoyo de la paciente y muchas veces los primeros en juzgarla cuando presenta los síntomas de depresión.

En los sistemas de salud, así como hay campañas de información sobre detección de signos y síntomas de hipertensión en el embarazo, también se deben realizar campañas para informar a la población de la DPP, ya que es algo que la paciente no puede controlar sin la intervención de los profesionales de la salud, como el médico, psicólogo o psiquiatra.