

Desarrollo de la Depresión Postparto

Development of Postpartum Depression

Camila Isabela Llobet Aguirre

1er. semestre Investigación Documental
Docente Lic. Brenda Estremadoiro

RESUMEN

Después del parto muchas mujeres empiezan a presentar episodios depresivos, siendo el puerperio la etapa con una mayor predisposición al estrés psicológico debido a la adquisición de nuevas responsabilidades. A este trastorno de ánimo se le llama depresión postparto y consta de tres etapas, que van desde el más suave al más complejo y estos son: tristeza postparto o baby blues, depresión mayor postparto y psicosis postparto. Se puede ver cómo los factores externos al parto pueden tener mucho peso a la hora de enfrentarse a este trastorno mental que sufren las mujeres, por lo que siempre se debe tratar de dar ayuda psicológica a la mujer embarazada y un ambiente armónico y seguro. Este es un trastorno que no se debe tomar a la ligera, por el contrario, debemos darle más importancia, pues el control y tratamiento hacen la gran diferencia entre lo que se considera normal, lo que puede llegar a ser depresión y lo que puede terminar en psicosis.

Palabras clave: depresión, postparto, trastorno

ABSTRACT

After giving birth, many women begin to experience episodes of depression, with the postpartum period being the stage with the greatest predisposition to psychological stress due to the acquisition of new responsibilities. This mood disorder is called postpartum depression and consists of three stages, ranging from the mildest to the most complex: postpartum sadness or baby blues, major postpartum depression, and postpartum psychosis. External factors related to childbirth can have a significant impact on how women cope with this mental disorder, so it is always important to provide pregnant women with psychological support and a harmonious and secure environment. This is a disorder that should not be taken lightly; on the contrary, it should be given more importance, as proper control and treatment can make a big difference between what is considered normal, what may become depression, and what could end in psychosis.

Key works: depression, disorder, postpartum

La tristeza postparto o baby blues es un estado transitorio de mayor intensidad emocional que ocurre en el 15-85% de las mujeres dentro de los primeros 10 días después del parto, alcanzando así su punto máximo entre los tres a cinco días después del parto, a menudo coincidiendo con el inicio de la lactancia. Puede tener una duración de varios días o semanas (Pearlstein et al., 2009).

Esta etapa podría ser un proceso fisiológico en el que la intensidad está influenciada por factores psicológicos, como ser la consecuencia de la baja autoestima con la maternidad y el aumento del estrés por tener que cuidar del bebé parecen ser factores que influyen en la intensidad que la melancolía puede llegar a tener. Además, este estado no patológico podría ser la primera etapa que lleva a las mujeres predispuestas a la psicosis, que se caracteriza principalmente por síntomas maníacos (M'baïlara et al., 2005).

En el estudio antes mencionado, podemos ver que la propensión a desarrollar tristeza postparto no se relaciona con antecedentes psiquiátricos, factores ambientales estresantes, contexto cultural, lactancia materna, aunque estos factores sí pueden influir. En sí, la melancolía puede llevarlas a una depresión mayor o no. Paralelamente, podemos ver que los factores que sí ayudan a evitar la tristeza postparto se dan cuando la madre cuenta con un gran apoyo y bajo estrés, lo que promueve el apego entre madres e hijos. Mientras que, cuando cuentan con alto estrés y apoyo inadecuado, puede provocar un aumento en la vulnerabilidad de la mujer ante la depresión (M'baïlara et al., 2005).

El término tristeza no es un nombre muy apropiado, ya que el estado de ánimo predominante de la mayoría de las mujeres con esta condición es la felicidad. Aunque eso no evite que presenten los síntomas más comunes que incluyen cambios de humor, júbilo leve, irritabilidad, lloran con facilidad, fatiga y confusión (Miller, 2002). Se realizó un estudio prospectivo de la depresión puerperal para indagar en la incidencia,

fenomenología y algunos rasgos asociados al blues. Para ello, se seleccionó a 100 mujeres al azar del interior del Hospital de Londres, y las entrevistaron entre el séptimo y el décimo día después del parto. Aquellas mujeres que se habían sentido más emocionales de lo normal y deprimidas en el puerperio fueron diagnosticadas de tener the blues. Además, el día que iniciaron con el estudio, se anotó cualquier factor que el paciente consideró relevante, y se hizo una "Calificación de Blues" que es una puntuación basada en los síntomas descritos por Hamilton (1962). La mitad de las mujeres fueron diagnosticadas con the blues, 33 (66%) desarrollaron esta condición dentro de los cuatro días después del parto, 13 (26%) en el tercer día (Hamilton, 1962, citado en Pitt, 2018).

Por este motivo, es importante entender que la tristeza postparto es una etapa común y transitoria, por lo que generalmente no requiere intervención, ya que muchos signos y síntomas de depresión son descartados como consecuencias normales asociados con el parto. Los trastornos depresivos son una complicación común del embarazo y período postparto. Los llamados baby blues o también llamados tristeza post parto tienen un impacto funcional menor y responden bien al apoyo social, pero debemos tomar en cuenta que su reconocimiento es importante por las consecuencias que puede traer (Pearlstein et al., 2009).

Depresión postparto

La depresión postparto se puede definir como un trastorno mental que una mujer puede llegar a presentar dentro de un rango de cuatro a seis semanas después del parto, con una incidencia de 3% a 27% y la prevalencia estimada de depresión postparto va entre el 6,5% y el 12,9 % o incluso mayor en países de bajos y medianos ingresos en los que puede durar de un mes hasta más de un año, siendo esta una de las complicaciones más comunes de la maternidad, y que aunque es incapacitante es tratable. Se han visto muchas razones por las cuales se puede

presentar este trastorno, como ser: las relaciones matrimoniales complicadas, los problemas de la mujer al asumir el papel de madre, una personalidad inadecuada, los episodios depresivos previos, la caída dramática en los niveles hormonales, los factores culturales, y la calidad de vida (Canaval et al., 2000).

El curso de la depresión postparto es variable, y aunque ésta se puede resolver de manera espontánea dentro de las semanas después de su aparición, aproximadamente el 20% de las mujeres con depresión postparto todavía tienen depresión más allá del primer año después del parto, y el 13 % después de dos años. Aproximadamente, el 40% de las mujeres tendrán una recaída ya sea durante embarazos posteriores o en otras ocasiones no relacionadas con el embarazo (Stewart & Vigod, 2016).

La depresión postparto se relaciona con síntomas psicológicos y alteración de patrones biológicos, entre los que están un estado emocional triste, mucho cansancio, trastornos del sueño y afectación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, responsable de la secreción de la hormona cortisol, necesaria para hacer frente a situaciones de estrés. Aunque los síntomas suelen aparecer tras el nacimiento del bebé, las mujeres que posteriormente desarrollan depresión postparto presentan síntomas psicológicos durante el embarazo (somatización, depresión, ansiedad y estrés específico del embarazo) y mayores niveles de cortisol desde el primer trimestre (Caparros-Gonzales et al., 2018).

En el estudio realizado por Canaval et al. (2000) existe evidencia que apunta al hecho de que las mujeres que tuvieron depresión mayor en el periodo postnatal pueden tener recurrencias de episodios depresivos mayores a lo largo de su vida, además de afectar la relación madre – hijo, ya que los hijos de madres deprimidas tienden a presentar resultados psicológicos y de comportamientos para nada favorables, además de contar con un bajo peso al nacer, quejas somáticas, accidentes, retardo en el crecimiento,

depresión y dificultades en el aprendizaje. Esta, al no ser tratada, puede tener efectos significativos a largo plazo. Para la madre, el episodio puede ser el precursor de depresión recurrente, mientras que, para sus hijos, la continua depresión de una madre puede contribuir a problemas emocionales, cognitivos e interpersonales más adelante en su vida (Miller, 2002).

La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale), es la prueba más utilizada, por la accesibilidad de realizarla sin costo, la rapidez y facilidad de su aplicación, calificación e interpretación. Esta escala fue desarrollada para identificar síntomas depresivos y depresión clínica, específicamente en mujeres puérperas, buscando discriminar aquellos síntomas físicos y psicológicos, propios de la gestación, de los síntomas asociados a la depresión. Aunque en algunos casos, cuando la mujer no cumple con todos los criterios para un trastorno o episodio depresivo, pero presenta síntomas significativos e incapacitantes, la estricta clasificación de ambos compendios puede llegar a dificultar su detección (Medina-Serdán, 2013).

En el estudio de Miller (2002) se encontró que los factores de riesgo incluyen historial de psicopatología (especialmente depresión y ansiedad), un embarazo no planeado o deseado, problemas familiares, también abandono o separación de la pareja. En una cultura con una prevalencia aparentemente baja de la depresión postparto, se observó que se caracteriza por un fuerte apoyo social para las nuevas madres, como ayuda con el cuidado de los niños, alimentos especiales, baños rituales o devolución de la madre a su hogar de origen.

Un alto porcentaje de mujeres con depresión postparto tiene egodistónicos, lo cual se refiere a pensamientos que discrepan marcadamente de lo que uno realmente desea o cree. Estos pensamientos son obsesivos en calidad y rara vez se actúa en ausencia de psicosis, con esto se refieren a los pensamientos que pueden tener

las mujeres de dañar a sus bebés. Sin embargo, cuando una mujer con depresión postparto severa se vuelve suicida, ella también puede matar a su bebé y a sus hijos pequeños y por lo general no es por enojo, sino por un deseo de no abandonar a los niños (Miller, 2002).

En relación con la intervención, lo primero sería detectarla, especialmente en sus inicios, cuando se perciban síntomas o se presenten signos de alarma, como quejas psicósomáticas, cansancio, dolores, múltiples llamadas para pedir ayuda, o se observe que la mujer está triste, preocupada o con miedo. A continuación, es necesario ver a un especialista (psicólogo, terapeuta o psiquiatra) para que sea evaluada y reciba el tratamiento adecuado, que puede ser la intervención terapéutica o medicación y, en casos donde se presenta una depresión de moderada a grave, lo ideal es combinar ambas (Medina-Serdán, 2013).

Depresión psicótica postparto

La psicosis postparto ocurre en una de 500 madres, con inicio rápido en las primeras dos a cuatro semanas después del parto (Pearlstein et al., 2009). Las mujeres con depresión psicótica del parto pueden aparentar estar bien por un tiempo, engañando a profesionales de la salud y cuidadores dejándolos pensar que se han recuperado, pero poco después se ponen profundamente deprimidos o psicóticos. Comparado con los episodios de depresión no psicóticos, las mujeres con psicosis postparto que albergan pensamientos de hacerle daño a sus bebés son más propensas a actuar y llevar a cabo dichos pensamientos (Miller, 2002).

La psicosis postparto incluye alteraciones en el pensamiento y en el lenguaje, cambios de humor, perturbaciones en la percepción del tiempo, delirios, paranoia, comportamiento desorganizado, afectaciones del sueño, principalmente insomnio, falta de contacto con la realidad, actos que pueden poner en riesgo la vida del hijo, irritabilidad y deterioro del funcionamiento (Medi-

na-Serdán, 2013).

La psicosis postparto se considera una emergencia psiquiátrica y generalmente resulta en hospitalización psiquiátrica. Los factores de riesgo incluyen un episodio previo de psicosis postparto, complicaciones obstétricas durante el embarazo, el parto o después del mismo, hospitalización previa por episodio maníaco o psicótico, suspensión reciente de estabilizadores del estado de ánimo, primiparidad, complicaciones obstétricas, privación del sueño y antecedentes familiares de trastorno bipolar o psicosis postparto (Pearlstein et al, 2009).

Al comienzo, es necesario un tratamiento farmacológico enérgico, y en la mayoría de los casos, se recomienda la hospitalización. Dependiendo de cada mujer, suelen prescribirse antipsicóticos y estabilizadores del ánimo, pero también se tiende a utilizar benzodiacepinas para controlar los episodios de agitación y de ansiedad. Si la paciente no responde favorablemente a la farmacoterapia o los síntomas van en aumento, puede ser necesaria la terapia electroconvulsiva, y una vez que la sintomatología psicótica ha comenzado a remitir, es necesario introducir medidas terapéuticas de tipo psicosocial (Medina-Serdán, 2013).

Para empezar, esta intervención mencionada por Medina-Serdán (2013) está encaminada a identificar y reducir todo aquello que pueda resultar estresante, por lo que es necesario trabajar en las siguientes áreas: elaborar el impacto de la crisis; afrontar los efectos de la misma en su identidad, autoestima y rol como madre, así como en el vínculo materno-infantil y en el de pareja; y recibir apoyo en la resolución de problemas, así como en el fortalecimiento, mejora o reeducación de habilidades.

Cuando la mujer está en condiciones de cuidar al bebé, y ya no existe riesgo de daño hacia ella misma o hacia su hijo, se puede restablecer poco a poco este vínculo. A partir de este momento, es necesario que al principio esté siem-

pre presente algún familiar o profesional de la salud con la finalidad de supervisar y apoyar a la madre en el cuidado de ella misma y del menor. Además, es indispensable continuar con el tratamiento psiquiátrico y con el proceso psicosocial. Gradualmente, y después de algunas evaluaciones del equipo multidisciplinario, la mujer podría retomar sus actividades, y finalmente, el cuidado de su hijo sin vigilancia o supervisión (Medina-Serdán, 2013).

El pronóstico es generalmente favorable, con una curación del 70 a 80% de los casos. Los estudios de larga duración indican que de un 10% a un 15% de la psicosis postparto evolucionan a una esquizofrenia crónica. La psicosis postparto requiere un reconocimiento temprano, con un manejo pluridisciplinario. Se tiene que tener claro que la psicosis puerperal es una urgencia psiquiátrica, pues compromete el pronóstico de madre-hijo, por el riesgo de agresión que presenta el trastorno. Actualmente, se está desarrollando el concepto de psiquiatría perinatal que tiene como objetivo ayudar a las madres a prevenir lo más precozmente posible las alteraciones psiquiátricas posteriores al parto y garantizar un buen desarrollo mental del neonato (Fonseca-Villanea, 2018).

Incidencia en Latinoamérica

En Latinoamérica se han realizado diversos estudios y se han encontrado datos de depresión postparto en Chile (22%) y hasta un 57% de sintomatología depresiva reportada en Colombia (Romero et al., 2017).

Por otro lado, el proyecto de investigación de Meléndez et al. (2017) en la Universidad de Carabobo en Venezuela fue de tipo prospectivo y de acuerdo con su diseño no es experimental y cuyo nivel alcanzado es correlacional. La muestra estuvo conformada por 592 pacientes que acudieron al servicio de hospitalización y la recolección de datos se obtuvo aplicando el Test de Edimburgo y un tipo de cuestionario que tuvo preguntas abiertas, cerradas dicotómicas

y otras de selección múltiple, que permitieron indagar la información requerida respecto a las dimensiones de la investigación, como lo son: el estado anímico de las pacientes, las psicológicas (antecedentes de depresión), obstétricas (complicaciones), familiares (apoyo y violencia doméstica) y sociales (desempleo).

Los resultados se presentaron en frecuencias absolutas, y la incidencia de depresión postparto 34.46% (204 pacientes), las adolescentes representaron 16.89%, las adultas 17.57%, las mujeres multíparas con depresión 22.13% y las primíparas 12.33%. Los factores de riesgos más frecuentes fueron el desempleo, complicaciones obstétricas, estrato social y embarazo no deseado. 75% de las 204 pacientes presentaron factores de riesgo, sin embargo, la correlación no fue estadísticamente significativa (Meléndez et al., 2017).

Conclusión

En conclusión, la tristeza postparto o baby blues se podría decir que es la etapa inicial, pero es la única que no necesita un tratamiento como tal pues se considera algo normal (Pearlstein et al., 2009). Mientras que la depresión postparto, que es la siguiente etapa, se considerada como un trastorno mental que amerita importancia y compromiso, y que no debemos subestimar (Stewart & Vigod, 2016). Por tanto, se debe incentivar tanto a la sociedad como a los institutos encargados a prestar asistencia médica a las mujeres en edad reproductiva en los centros de salud públicos y privados, así como fomentar la consulta postparto, para evaluar el estado emocional de las mujeres, tomando en cuenta los factores de riesgo que pueden estar involucrados en el desarrollo de esta patología, para así no llegar a la última etapa llamada psicosis postparto (Fonseca-Villanea, 2018).

Se recomienda que los hospitales cuenten con personal capacitado en salud mental y que se realicen diagnósticos de la depresión postparto a cada embarazada después del parto y durante

el embarazo. Lo ideal sería hacerlos mediante exámenes psicológicos de las pacientes en las etapas del puerperio y aplicando el Test de Edimburgo, seleccionando así a las mujeres más propensas a padecer de estos trastornos, ya que como sabemos la depresión postparto tiene un gran impacto en la relación entre la madre y el niño, por lo que los profesionales de la salud mental tienen un papel crucial en la reducción de las complicaciones emocionales postparto.

Referencias

- Canaval, G. E., Gonzáles, M. C., Martínez Schallmoser, L., Trovar, M. C., & Valencia, C. (2000). Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 31(1), 4-10. <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/144>
- Caparros-Gonzalez, R. A., Romero-Gonzalez, B., & Peralta-Ramirez, M. I. (2018). Depresión postparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e97. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>
- Fonseca-Villanea, C. (2018). Psicosis postparto. *Revista Médica Sinergia*, 3(8), 7-12. <https://doi.org/10.31434/rms.v3i8.134>
- García, M., Gonzáles, P., Rodríguez, D., Jiménez, M., & Zouain, J. (2016). Incidencia de depresión postparto en adolescentes y adultas. *Anales de Medicina PUCMM*, 6(1), 78-93. http://investigare.pucmm.edu.do:8080/xmlui/bitstream/handle/20.500.12060/1762/AMP_20160601_78-93.pdf?sequence=1
- Gonzáles, R. A., López Tello, V., Merino Salán, M., Fernández Fernández, P., Fernández Díaz, M. N., & Alonso del Rivero Hernández, V. d. (2017). Actualización en depresión postparto. *Revista oficial de la Asociación Española de Enfermería y Salud*, 1(3), 18-22. <https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/50>
- M'baïlara, K., Swendsen, J., Glatigny-Dallay, E., Dallay, D., Sutter, A. L., Demotes-Mainard, J., & Henry, C. (2005). Baby blues characterization and influence of psycho-social factors. *L'Encéphale*, 31(3), 331-336. [https://doi.org/10.1016/s0013-7006\(05\)82398-x](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(05)82398-x)
- Medina-Serdán, E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y Reproducción Humana*, 27(3), 185-193.
- Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., Castrillo, M., & Corbino, J. (2017). Depresión postparto y los factores de riesgo. *Salus*, 21(3), 7-12.
- Miller, L. J. (2002). Postpartum depression. *JAMA*, 287(6), 762-765. <https://doi.org/10.1001/jama.287.6.762>
- Moreno, M. D., Bonilla García, M.D., & Rodríguez Villar, V. (2015). Depresión postparto. *TRANCES, Revista de Transmisión del Conocimiento Educativo y de la Salud*, 7(3), 499-508.
- Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., & Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200(4), 357-364. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.11.033>
- Pitt, B. (2018). Maternity Blues. *The British Journal of Psychiatry*, 122(569), 431-433. <https://doi.org/10.1192/bjp.122.4.431>
- Romero, D., Orozco, L. A., Ybarra, J. L., & Gracia, B. I. (2017). Sintomatología depresiva en el postparto y factores psicosociales asociados. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 82(2), 152-157. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000200009>
- Stewart, D., & Vigod, S. (2016). Postpartum Depression. *New England Journal of Medicine*, 375(22), 2177-2186. <https://doi.org/10.1056/nejmcp1607649>