



REVISIÓN

T

rastornos del estado de ánimo en el postparto

T. CARRO GARCÍA*, J. M.^a SIERRA MANZANO**, M^a J. HERNÁNDEZ GÓMEZ***, E. LADRÓN MORENO****, E. ANTOLÍN BARRIO*

*Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ***Enfermera del Centro de Salud de Soria Norte. ****Coordinador de la Unidad Docente de Soria.

■ INTRODUCCIÓN

Durante el embarazo y el puerperio se sucede una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasiona una mayor vulnerabilidad para la aparición de los trastornos psíquicos en la mujer (1).

Los trastornos del estado de ánimo en el postparto acontecen de una manera frecuente en las primeras semanas tras el parto y comportan considerables repercusiones tanto para la propia mujer, que ve mermado su nivel de salud y su capacidad para experimentar el gozo de la maternidad, como por los posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos y el deterioro de las relaciones conyugales y familiares, sin olvidar las consecuencias económicas que conllevan las bajas laborales de las mujeres afectadas (2).

El médico general, debido al aumento que esta patología ha experimentado en los últimos años y a su privilegiada posición en el ámbito de la familia, juega un papel decisivo en la identificación de este problema, que sin embargo sigue estando infradiagnosticado. Esto es debido tanto a su desconocimiento por parte del personal sanitario como por la escasa frecuencia con que las mujeres consultan, ya que es un tema del que la madre rehúye hablar porque lo vive como un fracaso personal, con una importante carga de culpa, que provoca una disminución de su autoestima y que conduce a una dificultad para establecer una buena relación con el bebé.

■ FACTORES ETIOPATOGÉNICOS

No se conocen con certeza los desencadenantes de los trastornos del estado de ánimo en el puerperio, pero se han descrito diversos factores relacionados con su presentación (2).

• Teorías bioquímicas

Se han investigado distintas teorías, entre ellas la existencia de (1,3):

– Un *fenómeno de retirada* por el rápido descenso de las hormonas sexuales asociado a la modificación del cortisol plasmático. Una especial susceptibilidad de ciertas mujeres a estos cambios podría ser responsable del problema.

– Una disminución del nivel de triptófano libre en suero. La disponibilidad del triptófano circulante es el factor principal que regula la actividad del enzima que constituye el paso limitante en la síntesis de serotonina, cuyo descenso juega un papel predominante como desencadenante de la depresión. Sin embargo, la administración de triptófano en el embarazo no la previene, con lo que parece existir algún otro mecanismo de modulación en la síntesis de los neurotransmisores.

– La existencia de una alta respuesta a la hormona de crecimiento tras la administración de apomorfina (agonista dopaminérgico) en mujeres que desarrollan psicosis afectivas, hallazgo similar al encontrado en la psicosis postparto.

– Alteración de la función tiroidea, ya que los síntomas remedian un hipotiroidismo. Además, existe una mayor incidencia de tiroiditis autoinmune en el periodo puerperal. Otros hallazgos, como una elevada concentración de anticuerpos antimicrosomales y antitiroglobulina entre el cuarto y el sexto mes postparto, asociados a síntomas depresivos, requieren un mayor estudio.

Antecedentes psiquiátricos previos

Aunque en un 50% de los casos constituye el primer episodio de un trastorno depresivo, se han relacionado con la depresión postparto (1):

– Antecedentes personales: estudios prospectivos y retrospectivos señalan que una historia de depresión previa aumenta la incidencia un 10%-24%. Si la depresión ocurre durante el embarazo el riesgo es más alto (35%); si existen antecedentes de depresión postparto, el riesgo de recurrencia se dispara hasta el 50%.

– Antecedentes familiares de depresión.

Factores psicológicos

El embarazo y el parto precisan la adaptación de la mujer a una serie de cambios que ocurren no sólo en su cuerpo y en su mente sino con su pareja y con el resto de las relaciones interpersonales.

El modelo de *madre ideal*, abnegada, sacrificada y entregada a su hijo, provoca enfrentamientos intrapsíquicos en la mujer.

El tener un hijo para reivindicar la feminidad, abandonar la familia de origen, unir a la pareja, evitar un duelo o satisfacer a un hermanito, indican problemas psicológicos que pueden manifestarse durante el embarazo y después de éste, al igual que tener un hijo no deseado provoca desde el inicio alteraciones del vínculo madre-hijo que pueden condicionar secuelas (1).

Factores psicosociales

La percepción subjetiva de falta de apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos, ya sea en la realización de tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional, ya sea por parte de familiares o de su pareja, supone un incremento en el riesgo de estos trastornos (2,4).

La existencia de otros acontecimientos como el cambio de domicilio, la pérdida del puesto de trabajo, la no disponibilidad del periodo de baja maternal,

el fallecimiento de un familiar o los conflictos con la pareja constituyen factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno (4).

Factores sociodemográficos

La edad temprana o tardía de la madre, el estado civil, el nivel de estudios, la situación económica, y la situación laboral de ambos cónyuges son otras variables que se han estudiado en relación a este problema (2,4).

Factores de morbilidad

– La morbilidad materna, que incluye la existencia de problemas de fertilidad en la pareja, embarazo múltiple, abortos previos, complicaciones durante el embarazo y el parto y la coexistencia de enfermedades crónicas en la madre.

– La morbilidad del recién nacido, en la que se han estudiado como factores asociados la presencia de anomalías o enfermedades, como problemas respiratorios, infecciosos, prematuridad, bajo peso, ictericia, problemas traumatológicos, muerte neonatal y otros (2).

■ CUADROS CLÍNICOS

Los trastornos del estado del ánimo con los que nos podemos encontrar en el puerperio son (1-5):

- Depresión postparto leve o *Maternity Blues*.
- Depresión mayor postparto.
- Psicosis postparto.

Depresión postparto leve o *Maternity Blues*

Es un síndrome leve, transitorio, que se presenta aproximadamente en un 20-80% de las madres (6). Ocurre alrededor de los 2-4 días después del parto y desaparece sin secuelas, de forma espontánea, en un plazo de dos semanas.

El cortejo sintomático se caracteriza por ansiedad, insomnio, irritabilidad, labilidad emocional, cefaleas, cambios del apetito y sentimiento de minusvalía.

Presenta una mínima implicación sobre la actividad habitual de la madre y se ha considerado como un proceso mental fisiológico de adaptación a la nueva situación. No obstante debería vigilarse la posibilidad de que estos síntomas persistan o aumenten de intensidad y deriven a una depresión postparto (1).



Depresión mayor postparto

La clínica de este cuadro es más florida. Se inicia a las 2-3 semanas tras el nacimiento, con una duración de 4-6 semanas e incluso superior al año sin tratamiento (1,2,7). La prevalencia de este trastorno es del 5-22% de las nuevas madres según las distintas series (1-5,7-10).

Puede manifestarse en forma de episodio maníaco que luego evoluciona a depresivo, aunque la forma de inicio más característica es la de una depresión melancólica, con fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad total de hacerse cargo de su hijo y de ambivalencia en relación con el afecto por éste (1).

La mujer que sufre una depresión postparto generalmente experimenta varios de los síntomas mostrados en la Tabla I (1,3,5,7,11).

Psicosis postparto

La psicosis postparto es una enfermedad aguda y grave que ocurre en 1-2 de cada 1.000 nacimientos (1,3,5). Aparece generalmente de forma brusca entre el del tercer y el noveno día postparto, aunque puede iniciarse incluso en el sexto mes (1-3). La psicosis postparto no se diferencia clínicamente de otras psicosis (1,3). Su aparición clínica comporta labilidad del humor, agitación grave, confusión, incapacidad para dormir, pensamiento desorganizado y alucinaciones que implican al niño (pueden pensar que el niño está muerto, que esta poseído por un demonio y debería morir, o que es un salvador con una misión divina (1,3,5,12)). A lo largo del día puede existir una variabilidad sintomática importante (1); puesto que la madre puede con frecuencia autolesionarse o dañar a su niño, la psicosis postparto es una emergencia médica (5).

El 15-20% de las mujeres con psicosis postparto ha tenido episodios psicóticos previos (1,3). Las primigestas son doblemente vulnerables a la psicosis (11). Tras un episodio de psicosis postparto, las mujeres tienen un riesgo de recaída con episodios maníacos o depresivos (1).

■ DIAGNÓSTICO

La detección precoz de estos trastornos es difícil, lo que provoca que su incidencia esté subestimada y que muchas de estas pacientes pasen desapercibidas, ya que en función de las expectativas sociales

■ TABLA I

Síntomas de la depresión postparto

- Peseza.
- Fatiga.
- Tristeza.
- Alteración del sueño y del apetito.
- Falta de concentración, confusión.
- Pérdida de memoria.
- Irritabilidad hacia el marido o los otros hijos.
- Sentimiento de culpa.
- Pérdida de libido.
- Miedo a autolesionarse o dañar al niño.
- Sobreprotección del niño; la madre ve al niño siempre como enfermo, lo que motiva repetidas consultas al especialista. A veces esta situación es el único síntoma de una depresión silenciosa de la madre.
- Puede aparecer raramente una intolerancia extrema hacia el bebé: llega a gritarle e incluso a pegarle.
- Síntomas ansiosos; angustia intensa, miedo, taquicardia, taquipnea, temblor, mareo, pánico, etc.

deben estar contentas y llenas de satisfacción tras el acontecimiento y pueden mostrarse recelosas de revelar sus sentimientos. Dificulta aún más el diagnóstico el hecho de que el período postparto está asociado a cambios psicológicos y complicaciones somáticas que pueden remedar un cuadro depresivo.

Un diagnóstico exacto es el primer escalón; para ello es imprescindible establecer unas líneas generales de actuación, que incluyan (1,7):

- Historia clínica completa junto con un examen físico y analítico: La fatiga y astenia pueden ser debidas a la excesiva pérdida de sangre durante el parto, a la disminución del sueño y a la adaptación a las necesidades del recién nacido. La pérdida de iniciativa y los cambios de humor pueden deberse al hipotiroidismo, generalmente transitorio, que ocurre en el 4-7% de las pacientes entre el cuarto y sexto mes postparto (1).

- La identificación de los grupos de riesgo: sería aconsejable profundizar en las características pre y postnatales que pudieran predecir una mayor probabilidad de desarrollar esta patología (1,5,7).

- Información-Educación: Existe una escasa documentación de este problema entre el personal sanitario; sería necesario para una detección precoz ofrecerles una información adecuada, junto con la creación de grupos de apoyo a las madres embara-

■ TABLA II

Test diagnósticos usados en la depresión postparto

- The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).
- Semi-structured clinical interview (SADS) (18).
- Scale and Goldberg's Standardised Psychiatric Interview (19).
- The Bromley postnatal depression scale (detecta episodios depresivos en el postparto o previos(20))
- The Zerssen self-rating scale (se ha usado en los primeros días tras el parto para el diagnóstico de la depresión postparto leve o *Maternity Blues* (6)).
- Zung Scale (21,22).
- The Psychiatric Assessment Schedule (23).

das, que hicieran participar también a los padres, en los que se tratasen los síntomas de la depresión y los posibles sentimientos de ansiedad, miedo o inseguridad que pueden aparecer tras el parto (1).

- Relación médico-paciente: El médico de Atención Primaria debería atender a las quejas somáticas inespecíficas de la mujer y ser capaz de distinguir lo que es debido a la adaptación al cambio y lo que puede considerarse un cuadro depresivo (1).

La depresión postparto es un término clínico referido a un trastorno depresivo mayor que está temporalmente asociado con el nacimiento. La depresión mayor postparto no ha sido catalogada como una entidad diferenciada en ninguna clasificación internacional. La única salvedad que hace el DSM-IV es que permite añadir el criterio de inicio en el postparto para las pacientes con un trastorno depresivo mayor que acontece dentro de las cuatro primeras semanas del mismo (13).

Se han usado distintos métodos para evaluar la depresión postparto (Tabla II), aunque el más usado es *The Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Esta escala ha sido desarrollada para ayudar a los profesionales de Atención Primaria en la detección de las madres que sufren depresión postnatal. El EPDS se desarrolló en centros de salud de Livingston y Edimburgo y se han realizado diversas validaciones en numerosos países. Consta de diez preguntas cortas, autoaplicadas, que hacen relación a cómo se han sentido las madres en la última semana. Cada una de las respuestas es valorada de 0 a 3; se obtiene una puntuación global de la suma de todas ellas. Un total de 12 o más puntos indicarán la probabilidad de padecer el trastorno. La escala no detecta ansiedad, neurosis, desórdenes de personali-

dad o fobias de la madre. En casos dudosos puede repetirse después de dos semanas (5,13).

■ MANEJO TERAPÉUTICO

Existe escasa literatura que se ocupe de la prevención y del tratamiento multifactorial de estos trastornos, pero un manejo terapéutico adecuado incluye:

- *Tratamiento psicoterapéutico*. La importancia que han demostrado tener las medidas de apoyo y psicoeducacionales para disminuir de forma significativa la incidencia de los síntomas depresivos ha dado lugar a la creación de grupos de soporte y asociaciones dirigidas al tratamiento de estos problemas (1,5). En el *Maternity Blues*, dado que es un cuadro transitorio y sin consecuencias, dar seguridad y apoyo, junto a información sobre su posible aparición y clínica suele ser suficiente en la mayoría de los casos (1). Sin embargo, su resolución a veces puede verse comprometida y las mujeres que lo experimentan pueden tener un riesgo aumentado para desarrollar depresión postparto (1,5).

- *Tratamiento farmacológico*. Existen muy pocos estudios que permitan obtener conclusiones fiables sobre este tema. Aunque la psicoterapia constituye el tratamiento de primera línea, muchas pacientes con una depresión postparto moderada o grave requieren el tratamiento con psicofármacos; los más usados son los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Se sabe poco de los riesgos de la exposición del niño a la medicación a través de la leche materna, ya que se suele retirar la lactancia, por lo que se debe valorar de forma individualizada la relación beneficio/riesgo y siempre debe informarse a la mujer y su pareja de los datos que se conocen acerca de la lactancia y el uso de psicofármacos.

Si la mujer tiene una historia previa de depresión postparto la medicación con antidepresivos debe iniciarse inmediatamente después del parto para prevenir una posible recaída. El tratamiento debe mantenerse de seis meses a un año (1,5,24).

Si en la psicosis postparto existe riesgo para el niño (abandono, abuso, infanticidio) o para la madre (autoagresión o suicidio), está indicado el ingreso psiquiátrico. Deben utilizarse fármacos estabilizadores del estado de ánimo y, con gran frecuencia, neurolepticos para controlar las crisis agudas y los episodios de agitación. En caso de que la paciente no responda a la farmacoterapia o los síntomas vayan en escalada puede ser necesaria la terapia electroconvulsiva (1,5,11).



■ BIBLIOGRAFÍA

- Ríos Rial B, García-Noblejas Sánchez-Migallón J, Sánchez Cubas S.** Depresión Postparto. En: *Trastornos depresivos en la mujer (Depresión en patologías orgánicas)*. Ed. Edicomplet, S.A. Madrid 1999. 12-26.
- Manchado Ramírez F, García Serrano T, Moya Rüegg N, Bernabéu Sáez N, Cerdá Díaz R.** Depresión puerperal. Factores relacionados. *Aten Primaria* 1997; 20(4): 161-66.
- Postpartum Disorders.** The Harvard Medical School Mental Health Letter, May 1989.
- Sebastián Romero E, Mas Lodo N, Martín Blázquez M, Raja Casillas MI, Izquierdo Zamarriego MJ, Vallés Fernández N, Metola Gómez M.** Depresión Postparto en el Área de Salud de Toledo. *Aten Primaria* 1999; 24(4): 215-219.
- Neill Epperson MD.** Postpartum Mayor Depression: Detection and Treatment. *American Family Physician* 1999; 59(8): 2247-2254.
- Bonnin F.** Screening of depressive disorders during the postpartum period with the Zerssen self-evaluation scale. *Encephale* 1992; 18(5): 551-5.
- McCarthy A.** Postnatal depression: diagnosis and treatment. National strategy for prevention and treatment of postnatal illness is long overdue. *Consultant Psychiatrist. National Maternity Hospital, Holles St, Dublin 2.* 1998 March/April. 91(2).
- Richards JP.** Postnatal depression: a review of recent literature. *Br J Gen Pract* 1990; 40(340): 472-6.
- Dobie SA, Walker EA.** Depression after childbirth. *J Am Board Fam Pract* 1992; 5(3): 303-11.
- Bergant A, Nguyen T, Moser R, Ulmer H.** Prevalence of depressive disorders in early puerperium. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch* 1998; 38(4): 232-7.
- Caballol Angelats R, Iragüen Eguskiza P, Zaera Buitrago JL.** Consultantes con trasfondo de depresión. En: *Programa del adulto 5*. Ed. Doyma, S.A. Madrid 1999. 98-99.
- Susman JL.** Postpartum depressive disorders. *J Fam Pract* 1996; 43 (6 Suppl): S17-24.
- Asociación Psiquiátrica Americana.** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson, S. A. Barcelona, 1995.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R.** Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-786.
- Bergant AM, Nguyen T, Heim K, Ulmer H, Dapunt O.** German language version and validation of the Edinburgh postnatal depression scale. *Dtsch Med Wochenschr* 1998; 123(3): 35-40.
- Bergant ES, Heim K, Ulmer H, Illmensee K.** Assotiations with obstetric and psychosocial factors.
- Warner R, Appleby L, Whitton A, Farragher B.** Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1996; 168(5): 607-11.
- Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo E.** Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale in Portuguese mothers. *Br J Psychiatry* 1996; 169(1): 30-5.
- Cox JL, Murray D, Chapman G.** A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 27-31.
- Stein G, Van den Akker O.** The retrospective diagnosis of postnatal depression by questionnaire. *J Psychosom Res* 1992; 36(1): 67-75.
- Augusto A, Kumar R, Calheiros JR, Matos E, Figueiredo E.** Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched control. *Psychol Med* 1996; 26(1): 135-41.
- Duch Campodarbe FR, Ruiz De Porras Roselló L, Gimeno Ruiz De Porras D, Allué Torra B, Palou Vall I.** Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en Atención Primaria. *Semergen* 1999; 25(3): 209-225.
- Jadresic E, Jara C, Araya R.** Depression in pregnancy and puerperium: study of risk factors. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1993; 39(1): 63-74.
- Appleby L, et al.** A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *BMJ* 1997; 314: 932-6.