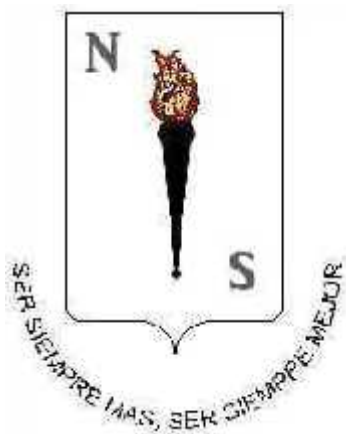


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

CLAVE: 8722



TESIS

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN
POSPARTO EN LA PERSPECTIVA DE MARJORY GORDON

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MARIANA AGUILAR PÉREZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios, mi Madre y Padre por todas sus bendiciones derramadas sobre mí, por darme ese ejemplo de humildad y servicio a la humanidad. Por haberme concedido tantas veces ese don de ciencia que tanto les pedía desde el fondo de mi corazón. A mis padres Sandra Araceli Pérez Quintana, Juan Aguilar Bautista, por ser los pilares de mi vida, por enseñarme lo que es el amor al prójimo, por sus ejemplos de humildad, consistencia, trabajo y sobre todo por guiarme en el camino de la fe. Por nunca haberse dado por vencidos a pesar de estar lejos de casa y venirme a otra ciudad a terminar mi carrera y mayormente por no haber permitido que yo me diera por vencida, por siempre tener esas palabras de aliento y enseñarme con su ejemplo a ser perseverante. Mis viejitos, los amores de mi vida, porque sin ellos nunca hubiera cumplido este sueño. Papito y mamita, MIL GRACIAS por hacer de mí, no la Enfermera que hoy alcancé ser, sino por la mujer al servicio de Dios y de la humanidad que al día de hoy soy.

DEDICATORIA

Le dedico esta Tesis a mis Padres que tanto amo, a mi Madre que es la mujer más maravillosa del mundo, que Dios me permita estar con ella siempre porque es el amor de mi vida Sandra Araceli Pérez Quintana al igual que a mi Padre porque es el hombre ideal, gracias por tanto y nunca dejarme sola y haces que mi sueño se haga realidad eres el mejor Papá del mundo Juan Aguilar Bautista.

Las razones que acabo de expresar, agradezco a la vida por permitirme tener tan excelentes padres y de nuevo agradezco a Dios por hacerme la hija más feliz de este mundo. Hoy concluye todo el esfuerzo y dedicación que demando la realización de esta tesis, mis estudios mis prácticas, pero el camino continúa por la vida y dentro de este camino, tengo claridad y certeza de que mis padres me apoyarán y querrán lo mejor para mi hasta el último día de sus vidas.

Los amores en la vida vienen y van dentro de nuestra juventud, cada día descubrimos cosas nuevas que nos permiten aprender y ser mejores cada día, incluso podemos aprender de aquellos momentos que a plena vista parecen ser no tan buenos, pero lo que realmente podemos descubrir a través de la vida, es que hay pocas personas que en todo momento estarán a tu lado, personas que estarán a tu lado por consecuencia de ese afecto hacia ti y no por su interés.

De esto me pude dar cuenta con claridad dentro del desarrollo de esta tesis, pude ver y evidenciar con claridad que a pesar que cometí errores y tomé algunas decisiones que no fueron las mejores, siempre las dos únicas personas que estuvieron y permanecieron a mi lado fueron mis padres, ellos me permitieron darme cuenta que realmente son mi compañía indispensable, a través de ellos pude entender y comprender el tamaño y alcance de su amor, su entrega, y confianza en mí.

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN.....	1
2.- MARCO TEÓRICO.....	4
2.1.- Vida y Obras.	5
2.2.- Hipótesis.	6
2.3.- Justificación.....	6
2.4.- Planteamiento del problema.....	7
2.5.- OBJETIVOS.....	7
2.5.1.- General.	7
2. 5.2.- Específicos.....	7
2. 6.- METODOLOGÍA.	8
2. 7.- VARIABLES.	8
¿Qué es una variable?	8
2.8.- ENCUESTA Y RESULTADOS.	10
2.9.- Graficado.	11
3.- GENERALIDADES.	12
3.1.- Concepto.	12
3.2.- Síntomas.....	13
3.3.- Depresión postparto:.....	14
3.4.- Prevalencia.....	15
3.5.- Factores Etiopatogénicos.....	16
3.6.- Tipos de alteraciones.....	17
4.- APARECE LA DEPRESION POSPARTO.	17
4.1.- Causas.	17
4.2.- Cambios en las relaciones sociales y laborales.	18
4.3.- El embarazo no es planeado.....	18
4.4.- Incapacidad de cuidar del niño.	19
4.5.- Puede estar sufriendo una depresión Posparto.	21
4.6.- Los factores de riesgo más importantes son.	24
4.7.- Otros factores de riesgo incluyen.	24
4.8.- ¿Por qué es importante buscar tratamiento?.....	26
4.9.- ¿Qué es la ansiedad posparto?	26

4.10.- Trátate bien.....	27
4.11 No te exijas demasiado.	27
4.12.- Pide ayuda.	28
4.13 Comparte tus sentimientos con otros.....	28
4.14.- No te abandones "por fuera".	28
4.15.- Descansa.....	29
4.17.- Tómate las cosas con calma.....	29
4.18.- Mi pareja tiene depresión posparto. ¿Cómo puedo ayudarla?.....	30
4.19.- ¿Cuándo llamar al médico?.....	33
4.20.- Cómo ayudar a alguien con una depresión posparto.....	35
4.21.- De cara al futuro.	36
4.22.- Analizan la depresión posparto y la depresión materna en México.....	37
4.23.- Depresión Postparto realidad en el Sistema Público de Atención de Salud.	40
4.24.- PSICOSIS POSTPARTO.....	45
4.25.- Consecuencias de la depresión pre y posparto.	46
4.26.- Depresión perinatal en grupos particulares.	51
4.27.- En México no hablan de la depresión pos parto.	57
5.- DIFERENCIAS ENTRE <i>BABYBLUES</i> Y DEPRESIÓN POSPARTO.	57
5.1 Apoyo emocional.	58
5.2 DEPRESIÓN POSPARTO Y EJERCICIOS.	59
5.3 INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO.	61
5.4.- BIOMARCADORES DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO.	61
5.5 Pautas de Tratamiento.	62
6. EJERCICIO EN EL EMBARAZO.....	64
6.1.- El ejercicio en la Depresión Postparto.	67
6.2 Maternidad.	67
6.3.- Prevención de Manejo de la Depresión.....	70
6.4 Promoción.....	72
6.5 Diagnóstico.	73
6.7 Tratamiento.....	75
7.- ANTECEDENTES DE DEPRESION POSPARTO.....	80
7.1 Antecedentes de Depresión Posparto.....	80
7.2.- Depresión Posparto.	82

7.3.- Depresión Posparto sin Psicosis (DPSP).....	84
7. 4.- Depresión Posparto con Psicosis (DPCP).....	85
7.5.- Etiología de los trastornos afectivos posparto.	90
7.6.- Diagnóstico de Depresión Posparto.....	94
7.7. Tratamiento.....	95
7.8.- Intervenciones Psicoterapéuticas.	95
7.9 Tratamiento Farmacológico.	95
7.10 Depresión preparto.....	98
8.- MUCHAS EMBARAZADAS CON DEPRESIÓN NO SE TRATAN.	101
8.1.- La Depresión Antenatal.....	101
8.2.- Tratamiento.	103
8.3.- Depresión posparto.....	103
8.4.- Psicosis posparto.	104
8. 5.- Estilo de vida y remedios caseros.	105
8.6.- Estrategias de afrontamiento y apoyo.	105
8.7.- Preparación para la consulta.....	106
8. 8.- Los síntomas que has tenido y su duración.....	106
9.- CONCLUSIÓN.	109
La depresión postparto no recibe la atención profesional que merece	109
El papel de la pareja	110
10.- BIBLIOGRAFÍA.	112
10.1.- Básica.	112
10.2.- Complementarias.	115
11.- GLOSARIO.	118

1.- INTRODUCCIÓN.

La depresión posparto, es la complicación más común de la maternidad a nivel mundial, viéndose un incremento de casos y convirtiéndose en una patología de importancia para la OMS situándola entre las 5 enfermedades de mayor interés para investigación. Morelia no es la excepción ya que estos casos pueden ser secundarios a muchos factores, un ejemplo es la pobreza y las limitaciones que se tienen a nivel salud para brindar una atención más completa a las pacientes durante su embarazo, parto y puerperio. La depresión posparto es una situación psicológica y psiquiátrica la cual se traduce a una discapacidad. Esta se presenta entre la 2da. Y 4ta. Semana después del parto. Puede llevar hasta la muerte por suicidio, y no está de más el enfatizar los problemas que esto conlleva, siendo uno de los más importantes la dificultad de un buen desempeño de la mujer como madre y el apego con su hijo y el desarrollo emocional, cognitivo y de relación del niño con su entorno, también los problemas familiares que se suscitan desde el esposo y cualquier persona que se encuentre en su núcleo familiar

La definición de depresión posparto: "Es una depresión de moderada a intensa en una mujer después de que ha dado a luz y se puede presentar poco después del parto o hasta un año más tarde. La mayor parte del tiempo ocurre dentro de los primeros tres meses después del parto."

"La depresión es una de las alteraciones emocionales que pueden acompañar a la mujer gestante durante o después del proceso del embarazo. La evolución en el tiempo dependerá de factores personales (características psicológicas, estilos de afrontamiento, etc.) o socio demográficas fundamentalmente. Dicha alteración negativa repercute a su vez en el proceso de adaptación al embarazo y como consecuencia en el proceso de vinculación afectiva con el niño tanto antes como después del nacimiento". Esta afirmación resume de una manera breve los puntos más destacables que abarca este trabajo de fin de grado: importancia de tal alteración en nuestros días, factores de riesgo, consecuencias, etc. para lo cual se ha documentado con una revisión bibliográfica, así como también con la

participación de personas que han aportado su testimonio y experiencia de haber sufrido tal patología tras el parto de alguno de sus hijos.

La depresión postparto (DPP) es una patología psiquiátrica que afecta a entre un 10 y un 15% de la población siendo un porcentaje que no puede pasar desapercibido. El objetivo del presente trabajo fin de grado es conseguir que las mujeres sepan definir e identificar este problema a través de educación para la salud, recibir tratamiento durante el proceso de la enfermedad, y lograr reconocimiento y apoyo tanto familiar como social, a la vez que se forma a profesionales y a la sociedad en cuanto a esta patología. Mediante un Plan de Cuidados se han identificado las necesidades humanas de las pacientes, propuesto objetivos y planteado una serie de intervenciones y actividades para dar respuesta a esta patología. En este estudio se utilizarán diferentes recursos y escalas para tratar la depresión postparto de una manera objetiva y profesional, sin olvidar el lado humano que forma parte intrínseca de la profesión enfermera. Así mismo se subrayará que pesar de ser de etiología desconocida, la depresión postparto tiene factores de riesgo a tener en cuenta para una detección precoz, evitando consecuencias más graves.

Muchas mujeres sienten melancolía o tristeza después de haber dado a luz. Pueden sentir cambios en el estado de ánimo, sentirse ansiosas o abrumadas, sufrir crisis de llanto, pérdida de apetito o dificultad para dormir. Pero esto, generalmente, desaparece en unos días o una semana y los síntomas no son graves ni necesitan tratamiento.

Sin embargo, los síntomas de la depresión postparto duran más tiempo y son más graves. La nueva mamá puede sentirse desesperanzada e inútil y puede perder interés por el bebé. También, puede sentir deseos de lastimarse o lastimar a su hijo recién nacido. Muy pocas veces, estas nuevas mamás desarrollan algo más serio. Cuando es así, tienen alucinaciones o tratan de hacerse daño o hacer daño a su bebé. En este caso, necesitan tratamiento urgente, generalmente en un hospital.

La depresión postparto puede comenzar en cualquier momento dentro del primer año de haber dado a luz. La causa se desconoce, pero puede ser que los cambios hormonales y físicos después del parto y el estrés de cuidar a un bebé jueguen un papel importante. Las mujeres que ya sufrían de depresión, presentan un riesgo mayor.

Si cree que sufre de depresión postparto, coménteles a su proveedor de cuidados de salud. El tratamiento con medicamentos, incluyendo antidepresivos y terapia puede ayudarle a sentirse mejor.

El embarazo y el puerperio son períodos decisivos para el desarrollo de un nuevo ser y para establecer la estructuración de una vinculación futura entre la madre y el hijo, y entre éste y sus progenitores. Durante el embarazo y de forma fisiológica, aparecen en la mujer modificaciones afectivas que tienen que ver con los cambios hormonales que se producen en su organismo y con las expectativas vitales y fantasías ante el nacimiento de su hijo.

Es una etapa en la que hay un conflicto de intereses entre las necesidades y aspiraciones individuales y la obligación de asumir una nueva responsabilidad. Igualmente, pueden surgir dudas sobre la capacidad personal para ejercer los cuidados que el recién nacido requiere, por lo que hay una mayor predisposición hacia el estrés psicológico, lo que a su vez determina que sea una etapa de mayor vulnerabilidad para la posible aparición de ansiedad y depresión. Desde los tiempos de Hipócrates, los clínicos notaron una asociación entre los trastornos del humor y el período posterior al parto.

Este vínculo entró oficialmente en la nomenclatura psiquiátrica cuando el DSM-IV (Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales, cuarta edición) definió a la depresión mayor con comienzo en el postparto como episodios de depresión que comienzan hasta 4 semanas luego del mismo. Este período se corresponde con rápidos cambios hormonales, postulando la idea que estos contribuyen a la vulnerabilidad a la depresión. Sin embargo, debido a que los

factores psicosociales tienen una relevancia mayor como desencadenantes de la depresión puerperal, muchos investigadores usan una definición operativa del período en cuestión de hasta 6 meses luego del parto. Un cuadro depresivo postparto, aparece en el 10-15% de los partos a término. Su inicio ocurre generalmente las 6 primeras semanas después del parto y se caracteriza por tristeza, con ansiedad intensa y preocupación excesiva por la salud y alimentación del recién nacido. La madre se siente incapaz de atender al recién nacido y aparecen cansancio, irritabilidad, insomnio, anorexia y pérdida de libido.

2.- MARCO TEÓRICO.

Etiología. Antecedentes/Factores de riesgo Entre las características físicas, psicológicas, sociales, culturales, etc. que se identifican como antecedentes predisponentes y factores de riesgo se encuentran los que se van a nombrar a continuación. La causa con mayor peso en la etiología de la depresión postparto parecen ser los cambios hormonales debido a la relación entre las variaciones en estos niveles de hormonas en períodos clave de desequilibrio como el período premenstrual, postparto y climaterio. Por tanto, se sitúa la causa física como la mayor predisposición a la aparición de esta complicación del puerperio. Además, los estrógenos y la progesterona afectan de manera directa al sistema nervioso, estimulando o inhibiendo los centros del hipotálamo e hipófisis. Según sostienen los artículos consultados, estas modificaciones tienen repercusión en el estado de ánimo de las mujeres, pudiendo llegar a provocar depresión.

Siguiendo en la línea de relación entre hormonas y estados de ánimo, es sabido que los estrógenos tienen un carácter (indirectamente) antidepresivo. Esto es originado porque los estrógenos estimulan la producción de noradrenalina y separan el triptófano de la albúmina de los alimentos, a partir de la cual el cuerpo sintetiza serotonina. Los compuestos que consiguen aumentar la cantidad de neurotransmisores libres en las zonas de sinapsis logran un efecto antidepresivo). Otros factores que se han demostrado relevantes según los artículos revisados y

entrevistas facilitadas por pacientes son los factores psicológicos, influenciados también por componentes sociales, culturales, antecedentes personales, etc. Así mismo existen situaciones sociales que pueden favorecer una respuesta negativa en la nueva madre al producir un estrés añadido en esta época de aumento de responsabilidades entre las que se encuentran la reciente condición de la mujer que debe compatibilizar esta nueva etapa de su vida con el trabajo, el aumento de demandas del bebé que no siempre van a la par con la ayuda que nos pueda ofrecer la pareja o familia, y el encontrarse sola en casa mientras la pareja trabaja, sintiéndose sin apoyo o protección. Además, las estadísticas se ven influenciadas si la paciente ha padecido depresión previa o tiene antecedentes familiares de depresión.

En este sentido si a la depresión postparto le añadimos el aliciente psicológico de haber padecido depresión anterior, las probabilidades aumentan pues según estudios publicados: “haber padecido episodios de depresión previa incrementa la incidencia un 10 -24%. Si la depresión se da durante el embarazo, el riesgo aumenta a 35%., y si existen precedentes de depresión postparto, el valor se dispara hasta el 50%.” También, cuando una mujer ya ha tenido un episodio de depresión postparto en embarazo anterior, aumenta en un 25% el riesgo de padecer de nuevo otra depresión en partos posteriores. Finalmente, es factor de riesgo las características del propio embarazo, como la morbilidad materna o fetal en ese mismo embarazo o en anteriores, abortos previos, embarazos múltiples, incluso si el parto es por cesárea o vaginal, ya que el cuerpo pasa por el proceso normal de adaptarse al cambio hormonalmente, y no de manera brusca. Así mismo según algunos estudios, la depresión postparto también es más frecuente en primíparas, especialmente si son adolescentes.

2.1.- Vida y Obras.

Marjory Gordon fue una teórica y profesional estadounidense, que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud de Gordon. Fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería. Fue la primera presidenta de la NANDA. Ha sido miembro de la ACADEMIA AMERICANA DE

ENFERMERIA desde 1977 y fue nombrada como una leyenda viviente por la misma organización en 2009

La doctora Gordon fue profesora de enfermería en Boston Collage en Chestnut hill, fue ex alumna de la escuela de enfermería del hospital monte sanai.

Obtuvo la licenciatura de master en el hunter collage de la universidad de la ciudad de nuevo york, y su doctorado en el Boston collage.

Falleció el 29 de abril de 2015 en la ciudad de Boston

Es autora de cuatro libros, incluyendo Manuel de diagnóstico enfermeros, actualmente en su edición número doce. Sus libros aparecen en diez idiomas, en cuarenta y ocho países y seis continentes

2.2.- Hipótesis.

La problemática que representa mi tema es la muerte materna la depresión postparto está definida como el apareamiento de síntomas depresivos persistentes, tales como llanto, insomnio, irritabilidad, cambios de ánimo, fatiga, ansiedad y miedo de no cuidar bien al bebé, cefalea, falta de concentración y confusión, en las primeras cuatro semanas después del parto.

¿Qué la causa?

La causa exacta de la depresión postparto no es clara. No obstante, las investigaciones realizadas y los profesionales especializados en esta rama de la medicina indagar e investigar sobre el problema o que factores alteran a las pacientes embarazadas

2.3.- Justificación.

El importante porcentaje de riesgo y prevalencia de la depresión post parto, ponen de manifiesto la necesidad de realizar un abordaje integral de la mujer que sufre esta complicación tras el parto mediante un programa de salud específico a los habituales programas de puerperio.

2.4.- Planteamiento del problema.

Me interesa mucho el investigar este tema ya que aproximadamente el 15 % de las mujeres sufre depresión postparto ya que con esta investigación sea útil para que cuando antes se detecte, diagnostique y trate, mas rápido será la recuperación. La depresión postparto puede durar más de tres meses, a veces hasta años, si no se trata

A menudo es algún familiar o amigo el/la que se da cuenta de que algo no va bien, antes incluso que la propia madre.

2.5.- OBJETIVOS.

2.5.1.- General.

Promocionar la atención de la mujer embarazada para identificar los factores de riesgo de la depresión post parto y prevenir en su caso las complicaciones de la misma. Tratar adecuadamente a la paciente con depresión postparto, llevando a cabo los cuidados individualizados que se establecen en el Plan de Atención de Enfermería o proceso de atención de enfermería (PAE).

Normalizar el entorno familiar de la madre para conciliar la acogida del bebé en casa con la demanda de cuidados y convivencia.

2. 5.2.- Específicos.

Educar a la población en general acerca de la depresión postparto para sensibilizar su apoyo y comprensión en los casos ya instaurados.

Evaluar el riesgo que tienen las pacientes durante su puerperio inmediato, de padecer depresión postparto en la Maternidad

Normalizar el entorno familiar de la madre para conciliar la acogida del bebé en casa con la demanda de cuidados y convivencia.

2. 6.- METODOLOGÍA.

La metodología que se va a emplear se basa en un Plan de Atención de Enfermería o proceso de atención de enfermería (PAE), donde se valorará a la paciente, según los patrones funcionales de Marjorie Gordon a partir de lo cual se definirán los objetivos a conseguir y se elaborará un Plan de Cuidados estandarizado.

2. 7.- VARIABLES.

¿Qué es una variable?

- A mayor depresión menos cuidados del recién nacido
- Mayor cuidado del recién nacido menor riesgo de enfermedades
- A mejor investigación menos número de pacientes con depresión
- A mayor de cuidado menos muertes maternas

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	indicador
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento	Se calculará la edad a partir de la fecha de nacimiento	Cuantitativa de razón	Menor de 15 años Entre 15-25 años Entre 26-35 años Entre 36-45 años Mayor de 45 años
Originaria/residente	Lugar de nacimiento y lugar de	Información obtenida	Cualitativa nominal	Capital Departament o

	vivienda actualmente	de la paciente		
Ocupación	Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo	Dato obtenido de la paciente	Cualitativa nominal	Trabaja No trabaja Ama de casa
Estado civil	Situación en relación de dependencia con la pareja	Informació n obtenida de la paciente	cualitativa	Casada Divorciada Viuda Unida Separada Soltera
Antecedentes familiares de mujeres diagnosticadas con depresión postparto	Antecedentes de familia consanguíne a de la paciente que ha padecido o padece de depresión postparto	Informació n obtenida de la paciente	Cualitativa nominal	Si No
Nivel económico	Posición económica y social. Individual o familiar en relación a otras personas	Informació n obtenida de la paciente	Cualitativa	Alto Medio bajo

	basada en sus ingresos			
--	---------------------------	--	--	--

2.8.- ENCUESTA Y RESULTADOS.

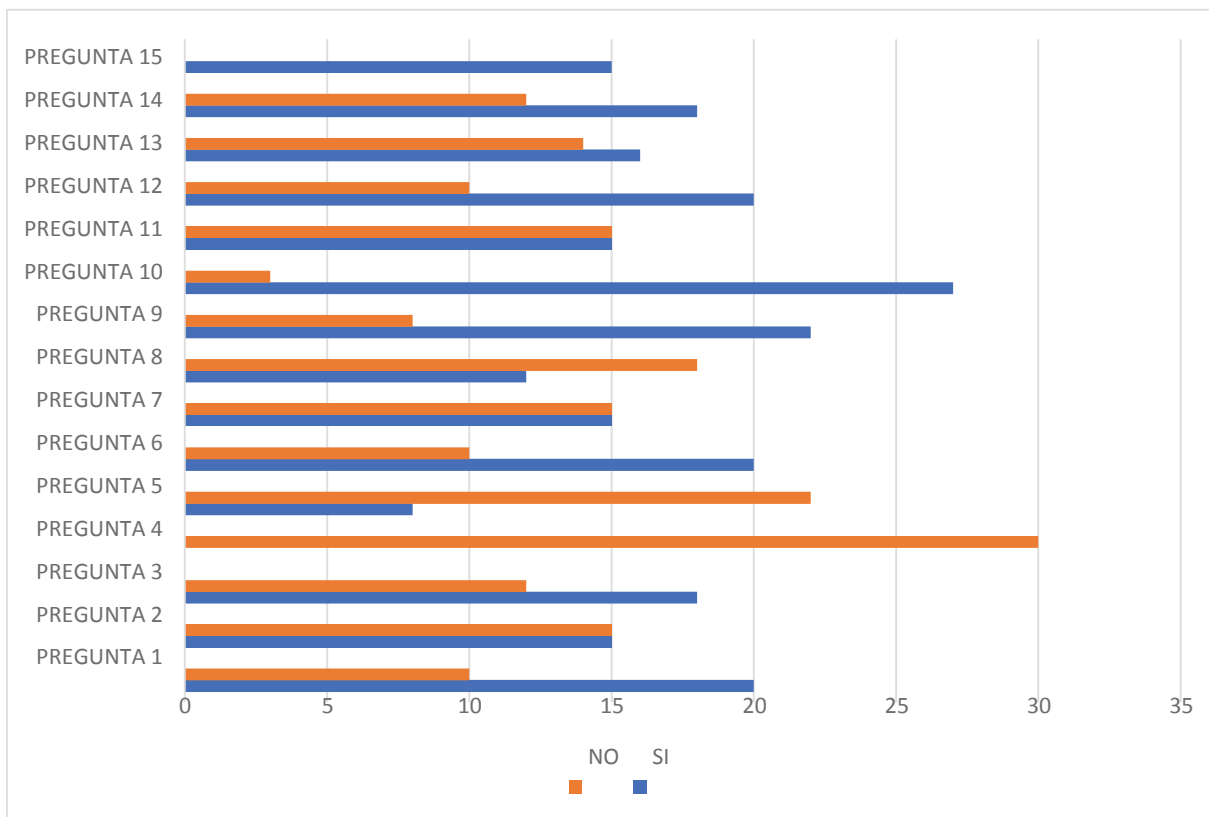
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

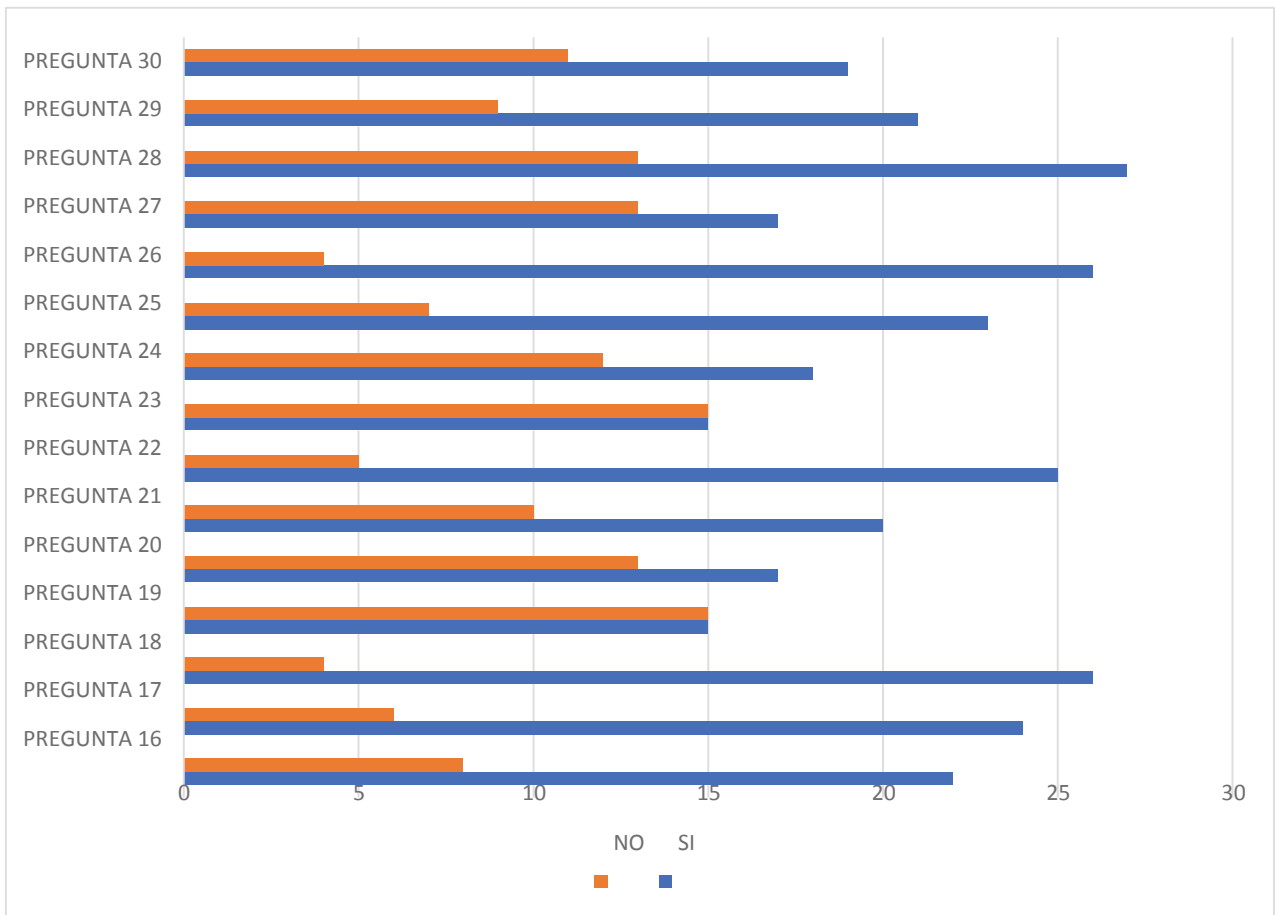
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN POSPARTO.

PREGUNTAS	SI	NO
¿Ha sido mamá?		
¿Es casada?		
¿Cuenta con su pareja?		
¿Es madre soltera?		
¿Abandono o separación de la pareja?		
¿Problemas familiares?		
¿Embarazo no planeado?		
¿Falta de apoyo familiar?		
¿Pareja presente, pero no proporciona apoyo emocional?		
¿Situaciones estresantes?		
¿Abuso físico, emocional o sexual?		
¿Dificultades económicas?		
¿Fallecimiento, abandono de un ser querido?		
¿Mala relación con la madre?		
¿Sensibilidad emocional?		
¿Sensibilidad a los cambios hormonales?		
¿Tuvo un buen cuidado prenatal?		
¿En los embarazos que tuvo, presento depresión?		
¿Presento embarazo de alto riesgo?		
¿Complicaciones obstétricas durante el embarazo?		
¿Dedicaste tiempo al cuidado de ti misma?		

¿Ha llegado a tener depresión?		
¿Aceptas ayuda de tus familiares y amigos?		
¿Te conectaste con otras madres primerizas?		
¿Conoce tipos de ayuda?		
¿Recibió alguna información de ayuda?		
¿Presento embarazo de alto riesgo?		
¿Presento depresión durante el embarazo?		
¿Te han diagnosticado otras enfermedades?		
¿Sientes que el vínculo con tu bebé es como esperabas?		

2.9.- Graficado.





3.- GENERALIDADES.

3.1.- Concepto.

Según Benson/Pernoll: diagnóstico de embarazo y cuidados prenatales. En el Manual de Obstetricia y Ginecología. Embarazo es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses-calendario).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación).

En 2007 el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió el embarazo como la reproducción humana natural la cual es un proceso que comprende la producción de gametos masculinos y femeninos y su unión durante la fertilización. El embarazo es una parte del proceso, que comienza con la implantación del “conceptus” en el seno materno y que termina con el nacimiento de un bebé o con un aborto

Según el CIE-10, en los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

3.2.- Síntomas.

Una persona tiene el síndrome de depresión clínica, si muestra por lo menos 5 de los siguientes síntomas de forma interrumpida y a lo largo de dos semanas incluyendo siempre el estado de ánimo deprimido o la disminución del placer o interés en cualquier actividad:

Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.

Disminución importante del interés o de la capacidad para el placer (disfrutar la vida) en todas o casi todas las actividades.

Pérdida importante de peso (sin haber realizado dieta) o aumento significativo de peso, o disminución o aumento del apetito a diario.

Insomnio o hipersomnia (sueño durante el día).

Agitación o retardación psicomotora.

Fatiga o pérdida de la energía.

Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.

Disminución de la autoestima y de la confianza en sí mismo.

Disminución de la capacidad para pensar, tomar decisiones o concentrarse.

Visión pesimista, o "negra" del futuro.

Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. Estos síntomas persisten por lo menos dos semanas y producen un malestar muy significativo que altera la vida familiar, social, laboral y de otras áreas importantes de la actividad de la persona. Según el nuevo manual Merck de información médica y general, la depresión es un sentimiento de intensa tristeza; puede producirse tras una pérdida reciente u otro hecho triste, pero es desproporcionado con respecto al hecho y persiste más allá de un periodo de tiempo razonable.

3.3.- Depresión postparto:

Al analizar la depresión posparto se muestran los siguientes criterios.

- La depresión postparto está definida como el apareamiento de síntomas depresivos persistentes, tales como llanto, insomnio, irritabilidad, cambios de ánimo, fatiga, ansiedad y miedo de no cuidar bien al bebé, cefalea, falta de concentración y confusión, en las primeras cuatro semanas después del parto.
- Criterios diagnósticos para depresión posparto:
- Requiere 5 de los siguientes síntomas presentes por 2 semanas o más, que causan dificultad en la funcionalidad
- Ánimo triste o depresivo
- Anhedonia
- Baja de energía
- Disminución en la concentración o toma de decisiones
- Retardo o agitación psicomotora
- Ideación suicida

Se considera depresión posparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento. Consiste en una fuerte vulnerabilidad a la depresión que empieza de manera importante entre las cuatro y las seis semanas posparto.

La depresión posparto tiene un efecto significativo en la salud del neonato porque es frecuente que sufra diversas formas de abandono o alejamiento afectivo. Algunos de los cambios emocionales son: tristeza, llanto fácil, ansiedad, sensación de estar rebasada, pensamientos obsesivos, enojo, irritabilidad, aislamiento, sentimiento de soledad, culpa, desinterés por las cosas y cansancio, entre otros.

Los conflictos más comunes con el recién nacido son: dificultades e inseguridad en el rol materno, ambivalencia y rechazo a ser madre, problemas de comunicación con el padre del niño o con su propia madre. Los factores sociales, económicos e interpersonales, y el antecedente de depresiones previas ⁹ contribuyen, en buena medida, a la evolución de este padecimiento. En los episodios depresivos graves del postparto se deteriora seriamente la actividad social o laboral, hay dificultades para alimentarse, vestirse o mantener un mínimo de higiene personal y, sobre todo, maltrato o descuido al neonato; en algunos casos pensamientos suicidas o de daño al menor.

3.4.- Prevalencia.

El estado depresivo puede ser detectado dentro de las cuatro a seis semanas después del parto, siendo el pico de la sintomatología depresiva entre las 10 a 15 semanas postparto. La conjunción de factores psicosociales, familiares y cambios hormonales hacen que la depresión se ubique dentro de las enfermedades más frecuentes del periodo puerperal encontrándose, en diferentes estudios alrededor del mundo, una prevalencia oscilante entre 10-20% de las mujeres que recientemente han dado a luz. Sin embargo; se observa que poco se hace en relación a su diagnóstico y tratamiento en los centros de atención materno-infantil, pese a que su prevalencia supera la correspondiente a patologías obstétricas tales como parto pretérmino, preeclampsia y diabetes gestacional.

Por otro lado, la depresión postnatal es más prevalente en poblaciones social y económicamente desventajadas. Además, la mayoría de las mujeres que experimentan depresión después del parto no tienen ayuda profesional. Aún más, casi el 50% no tiene ayuda desde los familiares ni de los amigos. Por otro lado las mujeres que tienen contacto con profesionales de la salud en sus controles posteriores al parto, no están dispuestas a manifestar sus problemas emocionales, en especial la depresión. Además, su diagnóstico es complicado por la renuencia de las pacientes, al desconocimiento de los síntomas característicos de la afección por profesionales y madres, como por su dificultad para detectarla, posiblemente se deba a que las consecuencias de la depresión postparto no sean objetivables inmediatamente sino en el curso de la enfermedad, afectando a la madre en sí, al niño y a la familia en general. Así, se afecta directamente el conocimiento de la prevalencia de este trastorno, por lo cual es necesaria su medición.

3.5.- Factores Etiopatogénicos.

Existen factores de riesgo que predisponen al desarrollo de una depresión postparto, entre ellos se señala las edades extremas, actitud negativa hacia el embarazo, antecedentes de patología en el embarazo, parto por cesárea, enfermedad en el recién nacido, dificultad en la lactancia, ansiedad prenatal, depresión prenatal, antecedentes personales o familiares de depresión mayor, acontecimientos vitales estresantes, historia de disforia premenstrual, estrés psicosocial, inadecuado apoyo social, mala relación de pareja, bajo nivel socioeconómico y embarazo no deseado, entre otros resalta: que en el parto anterior haya tenido depresión postparto; que durante el embarazo haya tenido circunstancias difíciles: como un embarazo difícil o complicaciones mayores; tener otros hijos que estén viviendo ahí en casa; dar a luz gemelos; tener sentimientos ambivalentes acerca del embarazo: sentimientos encontrados y no claros acerca de su embarazo; y tener antecedentes de depresión. A veces, esta depresión puede tener una fácil explicación, bien porque el hijo no ha sido deseado o porque nace con defectos físicos o malformaciones congénitas. 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.

3.6.- Tipos de alteraciones.

Existen dos tipos de alteraciones que pueden presentarse en el postparto:

- **DISFORIA POSTARTO O MATERNITY BLUES:**

Un estado pasajero que se inicia en los primeros 2-4 días posteriores al parto y que no dura más de 2 semanas, caracterizado por irritabilidad, llanto fácil, rasgos hipocondriacos, insomnio fatiga pérdida de apetito, falta de concentración y dolor de cabeza. Este cuadro pertenece en un 86% de las mujeres que acaban de dar a luz y es una reacción pasajera esperable después del parto.

- **PSICOSOS POSTPARTO:**

Es una enfermedad aguda y grave que se produce en 1-2 de cada 1.000 nacimientos. Los signos más tempranos en la madre son ansiedad, irritabilidad e insomnio, los cuales avanza rápidamente generando desorientación personalización y conducta desorganizada. Las ideas delirantes suelen centrarse en el niño, e incluyen ideas de que el niño está muriendo . de que el niño tiene poderes especiales, o atribuciones divinas o diabólicas. Frecuentemente se presentan alucinaciones auditivas que indican a la madre que se lastime o lastime a su bebe de manera leve grave.

4.- APARECE LA DEPRESION POSPARTO.

4.1.- Causas.

Las causas concretas de la aparición de la depresión tras el parto se desconocen. Se sabe que durante el embarazo y después del dar a luz los niveles hormonales se ven alterados, lo que influye en el estado anímico y puede causar tristeza, apatía, irritabilidad y otras sensaciones que pueden llevar a un estado de depresión. Además de los trastornos hormonales existen una serie de factores ambientales o

situaciones que se producen a raíz del parto y que también condicionan el ánimo de la madre como:

- **DISPONER DE MENOS TIEMPO LIBRE:** Un hijo necesita cuidados y atención durante todo el día, por lo que la madre ve reducido de forma drástica su tiempo libre y su ocio, algo que puede llegar a causar malestar y estrés.
- **CAMBIOS FISICOS TRAS EL PARTO:** Durante el embarazo y después de dar a luz, se producen una serie de cambios físicos y estéticos que pueden distorsionar la imagen de sí misma de la madre, como la aparición de estrías o el aumento del volumen del abdomen.

4.2.- Cambios en las relaciones sociales y laborales.

- **INSEGURIDAD**

En ocasiones, algunas mujeres experimentan una excesiva preocupación por su capacidad para ser madre.

Pueden sentirse poco preparadas y superadas por la situación y las responsabilidades, lo que puede conducir a situaciones de ansiedad estrés y depresión. No descansar bien.

FACTORES DE RIESGO

Ciertas circunstancias hacen que algunas mujeres sean más propensas a sufrir depresión posparto que otras. Los factores de riesgo que incrementan las posibilidades de padecerlas son:

4.3.- El embarazo no es planeado.

Si el embarazo se ha producido por accidente, es decir, sin una voluntad para quedarse embarazadas, esto puede acarrear el desarrollo de sentimientos y percepciones negativas hacia el mismo, condicionando el estado de ánimo de la madre y elevado las probabilidades de sufrir depresión posparto.

LA MADRE TIENE MENOS DE 20 AÑOS O SE TRATA DE UN EMBARAZO PRECOZ.

LA MADRE YA HA SUFRIDO DEPRESIÓN

Cuadros de ansiedad o alteraciones psicológicas como el trastorno bipolar.

CONSUMO DE ALCOHOL, ALUCINOGENOS Y OTRAS DROGAS, que además de ser un factor de riesgo para desarrollar depresión, pueden afectar gravemente a la salud de la madre y del bebe

LA MADRE VIVIO UNA SITUACION NEGATIVA DURANTE EL EMBARAZO O EL PARTO.

Como por ejemplo un parto de emergencia o con mucha complicación, una enfermedad congénita o anomalía en el bebe o la muerte de un ser querido.

LA PROGENITORA NO RECIBE APOYO FAMILIAR O TIENE PROBLEMAS DE OTRO TIPO:

FINANCIEROS, AMOROSOS ETC

SÍNTOMAS

No hay que confundir la depresión postparto con los sentimientos que tienen lugar en tiempo inmediato posterior al parto. Tras dar a luz, es normal que se experimente inquietud, ansiedad, irritabilidad y hasta cierta tristeza; estos síntomas se denominan DEPRESIÓN PUERPERAL y suelen desaparecer a las pocas semanas después del parto.

EXPERIMENTAR SENTIMIENTOS NEGATIVOS HACIA EL NIÑO: En otros casos sucede lo contrario, es decir, que la madre se preocupa excesivamente y de manera compulsiva por su hijo.

4.4.- Incapacidad de cuidar del niño.

Se puede llegar a sentir temor por quedarse a solas con el bebe. También puede llegar en caso de que la madre no sea capaz de cuidar de sí misma

TRATAMIENTO

Si se experimenta cualquiera de los síntomas propios de una depresión posparto, es necesario consultar a un especialista, que a través de pruebas psicológicas y físicas, como un análisis de sangre para comprobar los niveles hormonales, realizará un diagnóstico para llevar a cabo un tratamiento.

Para superar una depresión posparto, se puede utilizar un **tratamiento farmacológico, psicoterapia**, o ambas vías. En estos casos, pueden resultar de mucha ayuda la terapia interpersonal y la terapia conductual cognitiva, que junto al uso de medicamentos, en la mayoría de los casos, ayuda a reducir o eliminar los síntomas de manera eficaz.

Además de los tratamientos, el **apoyo familiar y del entorno**, así como la propia **actitud de la persona afectada** también son muy importantes para superar una depresión posparto. Las principales recomendaciones en estos casos son:

- **Diálogo:** Es positivo que la paciente hable con su entorno sobre los sentimientos y problemas que han aparecido después del parto. Esconder la situación sólo ayudará a empeorarla.
- **Solicitar ayuda:** Es recomendable que la madre pida ayuda a su entorno a la hora de cuidar al bebé y realizar las tareas del día a día.
- **Descansar:** Dormir lo suficiente es muy importante para la salud física y psíquica. Hay que procurar conciliar el sueño de la madre y del bebé, de manera que cuando el niño descansa, la madre también pueda descansar y recuperarse.
- **Sacar tiempo libre:** Las relaciones sociales y el tiempo personal también tienen mucha importancia en la salud psíquica de las personas. En la medida de lo posible, hay que tratar de disponer de un tiempo de ocio para estar sola, con la pareja, o con amigos.

¿Por qué me siento tan triste si acabo de tener un bebé?

Acabas de traer al mundo a un hermoso bebé y todos están encantados. Todos... excepto tú. Si se supone que esta debe ser la etapa más linda de tu vida,

¿Por qué tú no te sientes feliz?

En primer lugar, piensa que no estás sola. Esto les ocurre a muchas mujeres. Entre el 40 y el 80 por ciento de las nuevas mamás experimentan lo que se conoce como la tristeza de después del parto, una reacción emocional que incluye ganas de llorar, desdicha, preocupación, inseguridad y fatiga. La tristeza posparto suele comenzar unos días después de tener al bebé, y mejora por sí misma en una o dos semanas.

Sin embargo, si tu tristeza es muy intensa o ya dura más de dos semanas continuas, puede que te preguntes si se trata de algo más serio.

4.5.- Puede estar sufriendo una depresión Posparto.

A veces es difícil distinguir entre la depresión clínica, y el estrés y el cansancio normales de la maternidad. Pero si tu tristeza o desesperación son tan intensas que te impiden hacer tus actividades normales, como cuidar de ti misma y de otras personas, podrías tener depresión posparto. Alrededor del 10 por ciento de las nuevas mamás desarrollan depresión posparto, pero muchos expertos creen que este número es aún mayor, ya que muchas mujeres no buscan tratamiento. Si estás teniendo dificultades, habla inmediatamente con tu médico para que te hagan una evaluación. Según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, la depresión posparto puede empezar en las semanas siguientes al nacimiento del bebé o incluso antes. Cerca de la mitad de las mujeres con depresión posparto presentan síntomas durante el embarazo.

Si en cualquier momento después del nacimiento de tu bebé, tu médico piensa que padeces de depresión, podría recomendarte a un terapeuta y recetarte un

medicamento antidepresivo, si es necesario. También podría referirte a un psiquiatra para que te brinde tratamiento. Ya sea que te diagnostiquen una depresión antes, durante o después del embarazo, es importante buscar tratamiento.

- Cuáles son los síntomas de la depresión posparto.

Los síntomas de la depresión posparto son los mismos que los de una depresión que ocurre antes o durante el embarazo. Podrías tener depresión posparto si experimentas cinco o más de los siguientes síntomas casi todos los días, durante la mayor parte del día, y por dos o más semanas consecutivas:

- Sensación de tristeza profunda, vacío o desesperanza.
- Llanto constante.
- Pérdida de interés en actividades que antes resultaban agradables.
- Dificultad para dormir de noche o mantenerte despierta durante el día.
- Pérdida de apetito o consumo excesivo de alimentos, o cambio de peso no intencional.
- Sentimiento abrumador de inutilidad o culpa excesiva.
- Agitación o pereza.
- Dificultad para concentrarte o tomar decisiones.
- Sensación de que vivir no vale la pena.

Otros síntomas que también podrían indicar depresión incluyen:

- Irritación o enojo.
- Evitar los amigos y la familia.
- Preocuparte excesivamente por el bebé.
- No interesarte por el bebé o no lograr cuidarlo.
- Sentirte tan exhausta que eres incapaz de salir de la cama por varias horas.

En raras ocasiones, algunas mujeres con depresión posparto tienen delirios o alucinaciones y pueden hacer daño a sus bebés.

Nota: Si tienes pensamientos relacionados a lastimarte a ti misma o a tu bebé,

busca ayuda profesional de inmediato.

¿Cuáles son las causas de la depresión posparto?

La depresión posparto deriva de una combinación de factores hormonales, medioambientales, emocionales y genéticos que no podemos controlar.

Algunas mujeres podrían sentirse responsables de tener depresión posparto, pero la depresión no es el resultado de algo que hiciste o dejaste de hacer.

También podrías estar más propensa a tener depresión posparto si tuviste ansiedad o depresión durante el embarazo o si pasaste por un periodo de tristeza después de dar a luz. Otros factores que colaboran al desarrollo de la depresión posparto incluyen el cansancio extremo, la adaptación emocional a la maternidad y la falta de sueño.

¿Cuál es la diferencia entre depresión posparto y depresión?

Una de las diferencias es el momento en que se desarrolla. Se conoce como depresión posparto cuando ocurre después de tener un bebé. Y a diferencia de la depresión que no está relacionada con el embarazo, la depresión posparto está vinculada a cambios hormonales específicos que suceden en el cuerpo de la madre después del nacimiento del bebé.

Los investigadores creen que estos cambios repentinos en los niveles hormonales pueden desencadenar una depresión en las mujeres que son más sensibles a las alteraciones en los niveles de estrógeno y progesterona.

¿Quiénes corren más riesgo de desarrollar depresión posparto?

Algunas mujeres tienen más propensión que otras a desarrollar depresión posparto.

4.6.- Los factores de riesgo más importantes son.

- Depresión o ansiedad durante el embarazo.
- Situaciones o eventos estresantes durante el embarazo o poco tiempo después de dar a luz.
- Una experiencia de parto traumática.
- Nacimiento prematuro.
- Internación del bebé en la unidad de cuidado intensivo neonatal.
- Falta de apoyo social.
- Haber sufrido de depresión previamente.
- Dificultad para amamantar al bebé.

4.7.- Otros factores de riesgo incluyen.

- Haber experimentado tristeza de después del parto.
- Un embarazo no deseado o planeado.
- Tener un bebé con malformaciones congénitas o problemas médicos.
- Más de un bebé (mellizos o trillizos, por ejemplo)
- Antecedentes familiares de problemas psiquiátricos.
- Ser soltera.
- Bajos recursos financieros o falta de estabilidad financiera.
- Violencia doméstica.
- Desempleo.
- Tener muchas consultas médicas durante el embarazo.
- Diabetes o diabetes gestacional.

Sin embargo, recuerda que estos factores de riesgo no *causan* la depresión posparto. Muchas mujeres con varios factores de riesgo no se deprimen, mientras que otras con un solo factor de riesgo, o quizás ninguno, padecen una depresión seria.

¿Cómo se trata la depresión posparto?

El tratamiento de la depresión posparto es igual al tratamiento de una depresión que ocurre antes o durante el embarazo. Si tus síntomas son muy leves, la

recomendación médica podría ser simplemente esperar un tiempo mientras te mantienen en observación a través de consultas médicas periódicas. Si tus síntomas son más severos, tu médico podría referirte a un psicoterapeuta o recetarte medicamentos antidepresivos, o ambas cosas.

La psicoterapia (terapia con un psicólogo, consejero o psiquiatra) podría ser individual o con un grupo de mujeres en la misma situación que tú. Si te recomiendan terapia familiar, el terapeuta trabajará contigo y tu pareja u otros familiares.

Los antidepresivos estabilizan las sustancias químicas en el cerebro que afectan el estado de ánimo. Habla con tu médico acerca de los diferentes tipos de antidepresivos. A veces se combinan varios medicamentos para obtener el mejor resultado. Probablemente empieces a sentirte mejor después de tres o cuatro semanas de empezar el tratamiento. Los antidepresivos podrían tener efectos secundarios, pero la mayoría de ellos desaparecen en poco tiempo. Si estos efectos secundarios interfieren en tus actividades diarias, o si tu depresión se intensifica, habla inmediatamente con tu médico.

Algunas mujeres tienen un tipo de depresión posparto muy severa que no se logra combatir con medicamentos y psicoterapia. En esos casos, los médicos podrían sugerir el uso de la terapia electroconvulsiva (ECT por sus siglas en inglés). Es un tratamiento seguro y eficaz que consiste en la aplicación de pequeñas corrientes eléctricas al cerebro mientras estás bajo anestesia general. Los expertos creen que este tipo de estimulación eléctrica provoca cambios químicos en el cerebro que alivian los síntomas de la depresión.

¿Es seguro tomar antidepresivos mientras estás amamantando?

Generalmente se considera seguro tomar antidepresivos durante la lactancia.

Los medicamentos llegan al bebé a través de la leche materna, pero en niveles muy bajos.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI por sus siglas en inglés) se consideran los más seguros y se recetan frecuentemente a mujeres que tienen depresión y están amamantando. Otros medicamentos para la depresión también parecen ser seguros, incluyendo los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (SNRI por sus siglas en inglés), y la mayoría de los antidepresivos tricíclicos (TCA por sus siglas en inglés). Según algunos estudios, los bebés lactantes cuyas madres toman antidepresivos podrían ser un poco más irritables o tener más dificultad para alimentarse o dormir. Sin embargo, los bebés cuyas madres sufren depresión y no reciben tratamiento también pueden presentar estos síntomas. Si has notado cambios en los patrones de alimentación o sueño de tu bebé, o en su comportamiento, y te preocupa que estos cambios se deban a los antidepresivos que estás tomando, habla con tu médico (sigue tomando el medicamento, a no ser que tu médico te recomiende lo contrario.)

4.8.- ¿Por qué es importante buscar tratamiento?

Si no tratas la depresión, podrías sentirte desamparada, confundida e incluso asustada si el problema se agrava. La buena noticia es que sí es posible tratar la depresión, o sea que no tienes que sufrir. El tratamiento te brindará el apoyo necesario para impedir que entres en una depresión profunda y más difícil de tratar. Además, tener a un terapeuta y un médico que entienden tu problema también te ayudará a sentirte menos sola. Y al sentirte mejor podrás conectar mejor con tu bebé y cuidarlo mejor. Si tu médico te recomendó simplemente esperar mientras permaneces bajo observación, es importante que te presentes a todas tus citas mientras sigas teniendo síntomas, así podrás empezar con la psicoterapia o los medicamentos inmediatamente si empiezas a sentirte peor.

4.9.- ¿Qué es la ansiedad posparto?

Muchas mujeres con depresión posparto también se sienten ansiosas o preocupadas, pero si la sensación de pánico o preocupación es intensa y persiste hasta el punto de provocar una angustia profunda e impedirte de hacer tus actividades diarias, tal vez tengas un trastorno de ansiedad. Los estudios indican que hasta el 8.5 por ciento de las mamás sufren de ansiedad clínica después del parto.

Algunos de los miedos más comunes son la preocupación incontrolable de que el bebé padezca el síndrome de muerte súbita infantil o de que te quite el bebé. Además, quizás tengas una preocupación excesiva de que critiquen tu forma de criar a tu bebé, o de que tus amigos y familiares no te apoyen. También podrías sentir una vergüenza o inseguridad muy grande con relación a tu cuerpo posparto y te cohibas de tener relaciones con tu pareja. Un trastorno de ansiedad también podría afectar a tu salud. Por ejemplo, podrías sufrir tensiones musculares o tener dificultad para dormir. Hay buenos tratamientos para la ansiedad posparto, por tanto habla inmediatamente con tu médico si experimentas una sensación abrumadora de preocupación o pánico.

¿Cómo puedo sobrellevar la depresión posparto?

Además de obtener la ayuda de un experto, éstas son algunas formas de cuidarte si tienes depresión posparto:

4.10.- Trátate bien.

Asegúrate de que atiendes tus necesidades principales: intenta dormir y comer bien, y no te sientas culpable acerca de cómo te sientes ahora. El hecho de que tengas una depresión posparto no significa que seas una mala madre o que no quieras a tu bebé. Una vez que te sientas mejor, los sentimientos de culpa y desesperación disminuirán.

4.11 No te exijas demasiado.

Si tienes depresión clínica o ansiedad, simplemente salir de la cama y enfrentar tu día ya es difícil lo suficiente. Sé comprensiva y bondadosa contigo misma, y tómate las cosas con calma.

4.12.- Pide ayuda.

Una parte muy importante de ser una buena madre es saber cuándo pedir ayuda, de manera que no tengas miedo de hacerlo durante estos momentos difíciles. Dile a tu pareja cómo te puede ayudar, ya sea cuidando del bebé, cocinando o limpiando, o acompañándote al doctor. Los familiares y amigos cercanos también te pueden echar una mano.

4.13 Comparte tus sentimientos con otros.

Mantén una buena comunicación con tu pareja y cuéntale lo que estás sintiendo. Llama a un familiar o a una amiga que te sepa escuchar. Únete a un grupo para mamás para encontrar apoyo, o habla con mamás en nuestros foros. Puede que te sorprenda saber cuántas mamás están experimentando sentimientos similares.

4.14.- No te abandones "por fuera".

Cuidar tu aspecto físico a veces te puede ayudar por dentro. Haz que tu esposo o un familiar o amigo cuiden de tu bebé mientras tú te das una ducha relajante. Maquíllate, si lo haces normalmente. Sal de compras y elige cosas solo para ti. También te puedes poner tus prendas favoritas en esos días que son particularmente difíciles. Sentirte mejor por fuera te ayudará a sentirte mejor por dentro.

Averigua cuando puedes comenzar a hacer ejercicio para ponerte en forma después del parto

4.15.- Descansa.

El cuidar de un recién nacido 24 horas al día es muy cansado y podrías estar exhausta. Desafortunadamente, es común que las mamás que sufren de depresión posparto no puedan dormir cuando lo desean. Pero es importante buscar momentos de descanso. Puedes simplemente relajarte leyendo una revista o viendo la televisión. Pídele a un familiar o a una amiga que vigile a tu bebé, aunque sea por una hora, todos los días. Si no hay nadie que te pueda ayudar, puedes contratar a una niñera que tenga experiencia con recién nacidos.

Nota: Pon siempre a tu bebé a dormir sobre una superficie segura (como su cuna o moisés) antes de acostarte tú. Dormitar en el sofá o en la cama con el bebé en brazos es uno de los factores que aumentan el riesgo del síndrome de muerte súbita infantil y otros tipos de lesiones y muertes accidentales relacionadas con el sueño.

4.16.- Sal a la calle.

Pon a tu bebé en su carriola (cochecito) y llévalo a dar un paseo, aunque sea alrededor de la cuadra, o sal con una amiga a un café cercano. El aire fresco, el sol y la compañía les harán bien a tu bebé y a ti. Si un paseo es demasiado para ti en este momento, simplemente vete fuera, cierra los ojos, respira hondo, y siéntate al sol durante unos minutos. Te ayudará.

4.17.- Tómate las cosas con calma.

Resiste la tentación de lavar la ropa mientras el niño duerme y deja que el resto de las tareas esperen. Haz que te traigan la comida, o pídele a tu pareja que te traiga algo de camino a la casa. Resiste también el impulso de verificar tu email o teléfono, y mejor relájate con un buen libro y un té de manzanilla. Si estás de baja por maternidad, olvídate de todo lo referente al trabajo. Recuerda que en poco tiempo estarás lista para trabajar de nuevo.

4.18.- Mi pareja tiene depresión posparto. ¿Cómo puedo ayudarla?.

Lo más importante es que tu pareja obtenga el tratamiento adecuado. Tú no puedes quitarle la depresión posparto, pero puedes estar a su lado para apoyarla.

Tu apoyo es vital para su recuperación, o sea que ofrécele ayuda cuando lo necesite e intenta no juzgarla. Puedes hablar con el ginecólogo, comadrona (o partera) o psicólogo de tu pareja para obtener más información sobre su condición e intentar comprender mejor por lo que está pasando. El periodo del posparto es también difícil para los papás, por eso asegúrate de descansar todo lo que puedas y cuidarte tú también. Después de todo, tú también estás atendiendo a las necesidades del bebé. Adaptarse a la paternidad puede ser aún más difícil cuando tu pareja tiene depresión posparto, sobre todo si esperaban que después de tener al bebé iban a tener una etapa feliz en familia. Algunos papás desarrollan depresión posparto debido a factores como el miedo a la paternidad, las preocupaciones financieras e incluso el hecho de que su pareja esté pasando por una depresión. Presta atención a tus sentimientos y habla con tu médico si tú también estás experimentando síntomas de depresión.

¿Qué es la tristeza posparto?

La mayoría de las madres experimentan lo que se conoce como **tristeza posparto**, sentimientos de tristeza y de preocupación que se inician los primeros

días después del parto. En la tristeza posparto, es posible que una mujer se sienta feliz en un momento y triste o superada por las circunstancias al minuto siguiente. Se puede sentir triste, irritable, desanimada, infeliz, cansada o malhumorada. La tristeza posparto suele durar solo unos pocos días, aunque puede durar hasta una semana o dos.

¿Por qué ocurre?

Se cree que estos cambios en el estado de ánimo son un efecto natural de los cambios hormonales que acompañan al embarazo y al parto. Las concentraciones de estrógeno y progesterona, que aumentaron durante el embarazo, bajan súbitamente después del parto, y esto puede afectar al estado de ánimo. Estas hormonas recuperan las concentraciones previas al embarazo al cabo de una semana aproximadamente. A medida que estas concentraciones se normalizan, la tristeza suele remitir sin tratamiento médico alguno.

¿Qué hacer?

Reposar, alimentarse bien y contar con el apoyo adecuado son importantes, ya que estar agotada, dormir poco o sentirse estresada pueden empeorar los sentimientos de tristeza.

Para afrontar la tristeza posparto, las madres que acaban de dar a luz deben tratar de aceptar la ayuda de sus allegados los primeros días y semanas después del parto. Deje que su familia y amigos la ayuden con los recados, la compra de alimentos, los quehaceres domésticos o el cuidado de los niños. Deje que alguien prepare la comida o atienda al bebé mientras usted se relaja con una ducha caliente, un baño relajante o toma una siesta.

Descanse al máximo y coma alimentos nutritivos. Hablar con personas cercanas o con otras madres que acaban de dar a luz puede ayudarle a sentirse apoyada y recordarle que no está sola. No reprima el llanto si tiene la necesidad de llorar un

poco, pero trate de no obsesionarse con las ideas tristes. Deje que la tristeza posparto siga su curso y pase.

Cuándo llamar al médico

Si la tristeza posparto dura más de una o dos semanas, hable con su médico para saber si una depresión posparto podría ser la causa de su estado emocional.

¿Qué es una depresión posparto?

Para algunas mujeres, la tristeza y el agotamiento son más profundos y duran más que la tristeza posparto típica. Los síntomas de la depresión posparto están desencadenados por el nacimiento del bebé.

La depresión posparto generalmente puede empezar poco antes de dar a luz o en cualquier momento hasta los 12 meses después del parto.

Una mujer con depresión posparto se puede sentir triste, desesperada, con ganas de llorar, ansiosa, muy desanimada, inquieta, inútil y/o sola. También puede:

- tener problemas para concentrarse o para completar las tareas cotidianas
- perder el apetito o dejar de interesarle la comida
- sentir que no es una buena madre
- perder el interés por su bebé o estar muy preocupada por la salud del pequeño
- sentirse agobiada y superada por la situación y creer que no hay esperanza de que las cosas mejoren

Tener sentimientos y pensamientos como estos es doloroso para cualquier mujer, sobre todo en una época en que se supone que debería sentirse feliz. Muchas mujeres son reacias a explicárselo a otra persona cuando se sienten así. Pero la depresión posparto es una afección médica que requiere atención y tratamiento.

¿Por qué ocurre?

Al igual que la tristeza posparto, se cree que la depresión posparto está relacionada con los cambios hormonales que ocurren durante y después del parto. Estas fluctuaciones hormonales pueden conducir a la tristeza, la ansiedad y la depresión, que es más grave y dura más tiempo que la tristeza posparto.

La depresión posparto puede afectar a cualquier mujer, pero hay algunas que pueden tener un mayor riesgo a desarrollarla. Las mujeres con antecedentes de depresión (lo que también incluye la depresión posparto en embarazos previos) o con antecedentes familiares de depresión tienen más probabilidades de desarrollar una depresión posparto.

Otros factores que favorecen la depresión posparto son el estrés grave durante el embarazo, los problemas médicos durante el embarazo o después del parto y la falta de apoyo en casa.

4.19.- ¿Cuándo llamar al médico?.

Si los sentimientos de tristeza o depresión son fuertes, si permanecen la mayor parte del día durante varios días seguidos o si duran más de una semana o dos, hable con su médico. Una madre que acaba de dar a luz que se da por vencida, que cree que no vale la pena vivir o que tiene ideas de hacerse daño a sí misma o de lastimar a su bebé debe informar a su médico de inmediato.

La depresión posparto puede durar varios meses o incluso más si no se trata. Con el tratamiento adecuado, una mujer se puede recuperar y volver a encontrarse bien. El tratamiento puede incluir psicoterapia, medicamentos o ambas cosas a la vez. Además, llevar una dieta saludable, hacer ejercicio, descansar lo suficiente y contar con apoyo social puede ser de gran ayuda.

Las mujeres con depresión posparto pueden tardar varias semanas en empezar a encontrarse mejor desde el punto de vista emocional después de iniciar el

tratamiento, aunque hay algunas que se empiezan a encontrar mejor antes. Pregunte a su médico para cuándo puede esperar una mejoría y sobre formas de cuidar de sí misma mientras tanto.

¿Qué es una psicosis posparto?

Una afección más grave y muy poco frecuente es la **psicosis posparto**. Puede incluir alucinaciones, como escuchar voces o ver cosas que no existen, pensamientos paranoicos, insomnio grave y comportamientos extraños.

En la psicosis posparto, una mujer puede tener ideas irracionales sobre su bebé, como que el bebé está poseído o que se tiene que hacer daño a sí misma o lastimar a su hijo. Esta afección es sumamente grave, y las madres que acaban de dar a luz que experimenten estos síntomas necesitan atención médica de inmediato.

¿Por qué ocurre?

Las mujeres que tienen otras enfermedades psiquiátricas, como un trastorno bipolar o una esquizofrenia, tienen un riesgo más alto de desarrollar una psicosis posparto.

Cuándo llamar al médico

La psicosis posparto requiere atención médica inmediata y, a menudo, internamiento hospitalario. Si usted o alguien que conoce está experimentando síntomas de esta afección, pida atención médica inmediata.

¿Cómo puedo obtener ayuda?

Si está teniendo problemas en el estado de ánimo, la ideas y los sentimientos después del parto, explíquesele a su médico. Cuénteselo también a alguien que sea de su confianza, como su pareja, un amigo o un familiar. Este es un buen momento para acudir a alguien y aceptar la ayuda y el apoyo de sus allegados. Aparte de recibir tratamiento para la depresión posparto, hay pequeñas cosas que pueden hacer más llevaderos los momentos difíciles. Tal vez le ayude:

- **Dedicarse tiempo a sí misma.** Contrate a un cuidador en un horario regular. Así, tendrá la seguridad de tener tiempo para sí misma y sabrá cuándo.
 - **Centrarse en programar pequeñas cosas para el final del día.** Se podría tratar de una ducha caliente, un baño relajante, un paseo por su barrio o visitar a una amiga.
 - **Leer algo que levante el ánimo.** Debido a que la depresión puede dificultar la concentración, elija algo ligero y positivo y que se pueda leer a ratos cortos.
 - **Permitirse pequeños placeres sencillos.** Hojear una revista, escuchar música que le guste, tomarse una taza de té.
 - **Estar con otras personas.** Busque oportunidades para pasar tiempo con otros adultos, como la familia y los amigos, quienes le pueden brindar apoyo y buena compañía.
 - **Pedir ayuda.** No se avergüence por tener que pedir apoyo emocional o ayuda para cuidar del bebé o hacer las tareas domésticas.
 - **Aceptar la ayuda.** Aceptar la ayuda no la convierte en una inútil; si acude a alguien, se estará ayudando a sí misma y a su bebé.
 - **Descansar.** Ofrezca a su hijo un lugar silencioso para dormir, e intente descansar cuando lo haga él.
 - **Moverse.** Una caminata diaria puede ayudarle a levantar el ánimo. (Consulte a su médico antes de iniciar cualquier nuevo programa de ejercicio físico).
 - **Tener paciencia.** Debe saber que puede costarle un tiempo encontrarse mejor; vaya paso a paso.
 - **Ser optimista.** Trate de pensar en todas las pequeñas cosas por las que se siente agradecida.
-
- **Unirse a grupos de apoyo.** Pregúntele a su médico o al centro de mujeres de su localidad sobre los recursos disponibles.

4.20.- Cómo ayudar a alguien con una depresión posparto.

Si le preocupa que su pareja o alguien que conoce tengan una depresión posparto, es importante animarla a hablar con su médico y con un profesional de salud mental. Una mujer puede ser reacia a pedir ayuda o es posible que no reconozca sus propios síntomas.

Considere la posibilidad de ofrecerle información sobre la depresión posparto y ofrézcase a leerla los dos juntos. Puede ofrecerse también a concertarle una visita con el profesional de la salud y a acompañarla si ella lo desea.

Cuando ya esté recibiendo los cuidados que necesita, el apoyo, el amor, y la amistad también son una buena medicina. He aquí lo que puede seguir haciendo por ella:

- Preguntarle con regularidad cómo se encuentra y cómo se siente.
- Escucharla cuando quiera hablar.
- Dar un paseo con ella.
- Prepararle una comida nutritiva.
- Darle un respiro en las tareas domésticas y en cuidar de los niños.
- Animarla a echarse una siesta o a darse un baño relajante mientras usted cuida del bebé.
- Ser paciente y amable.
- Creer en ella, y recordarle sus verdaderas cualidades y sus puntos fuertes.

4.21.- De cara al futuro.

Como todos los tipos de depresión, la depresión posparto crea en la mujer que la padece un nubarrón de sentimientos y pensamientos negativos sobre sí misma, las personas que la rodean, su situación y su futuro.

Con el tratamiento y el apoyo adecuados, esa forma de ver la vida se disipa y se supera. Esto puede liberar a la mujer para que vuelva a ser ella misma otra vez, y pueda recuperar su perspectiva y el sentido de su propia fuerza, energía, alegría y esperanza. Aplicando estos consejos, resulta más fácil afrontar los cambios, ver soluciones a los desafíos que nos plantea la vida y volver a disfrutar de los placeres de estar vivo.

4.22.- Analizan la depresión posparto y la depresión materna en México.

Debido a las bajas tasas de detección y atención en los sistemas de salud, la depresión materna y en particular la depresión posparto (o postnatal) son problemas de salud pública que requieren de la implementación de protocolos eficaces y de bajo costo que abarquen al personal de salud en contacto directo con las mujeres principalmente en las clínicas de primer nivel de atención, a fin de salvaguardar el bienestar de las madres y sus hijos, ante las complicaciones que pueden desarrollarse a causa de este padecimiento

A nivel mundial se estima que la prevalencia de la depresión postnatal es del 13% en países con ingresos altos, mientras que en países con ingresos bajos y medios es del 20%, en los que se calcula que las mujeres embarazadas o con hijos son tres veces más susceptibles de presentar depresión que en otra etapa de su vida . No obstante, en este último grupo de países las tasas de detección y atención en los servicios de salud son bajas como lo reconoce la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 2009 debido principalmente a la falta de estudios y a la disparidad en los protocolos de levantamiento de datos, por lo que el conocimiento del comportamiento de la depresión postnatal en los países de ingresos medios y bajos no es completo. Sin embargo, en los últimos años se han llevado a cabo investigaciones encaminadas a resolver este vacío y a brindar recomendaciones para hacerle frente a este padecimiento.

De acuerdo con la OMS, las mejores acciones para prevenir y atender la depresión postnatal en países de ingresos bajos y medios, como México, comprenden la integración de programas de atención de salud mental en los servicios perinatales, sensibilización y capacitación del personal médico, así como intervenciones consistentes en terapia y grupos de apoyo, además de proporcionar toda la información necesaria a las pacientes, principalmente en las clínicas del primer nivel de atención.

En el caso de México, el estudio "Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo", encabezado por la doctora Filipa de Castro, investigadora del Centro de Investigación en Salud Poblacional (CISP) del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), da a conocer la magnitud de este padecimiento en el país, reconocido por el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*⁽³⁾ como un trastorno depresivo mayor perinatal, el cual forma parte de un amplio espectro de desórdenes mentales que se presentan antes, durante o después del embarazo, con diferentes grados de afección, sintomatología, presencia y tiempo de manifestación.

La tristeza materna (también llamada *baby blues*) suele ser asociada con la depresión postnatal. Sin embargo, la tristeza materna tiene una presencia leve ya que sus síntomas (ansiedad, llanto, irritabilidad, cambios repentinos de ánimo) se presentan en los primeros días tras el nacimiento hasta la segunda semana y se disipan sin necesidad de un tratamiento. En cambio, la depresión postnatal puede manifestarse en cualquier momento durante el primer año después del alumbramiento y genera en la madre tristeza, miedo, ansiedad, insomnio o exceso de sueño, así como sentimientos de incompetencia y de falta de confianza que reducen su capacidad para atender de forma óptima las necesidades del niño, situación crítica para el desarrollo y bienestar del infante dada la completa dependencia del recién nacido durante su primer año de vida.

Al analizar datos de 7, 187 mujeres adultas, recabados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, la investigación del INSP mostró que la depresión entre

mujeres con al menos un hijo menor de 5 años tiene una prevalencia en México del 19.9% (equivalente a 2 millones de mujeres), es decir, 1 de cada 5 mujeres presentan un cuadro depresivo que, de no ser detectado y atendido, se podría prolongar y agravarse.

Por otra parte, cerca de 4.6 millones de niños y niñas viven con madres que presentan depresión moderada o grave, lo que les dificulta cuidar de sus hijos apropiadamente. En particular, los niños son más susceptibles de desarrollar problemas de salud física, por ejemplo desnutrición, diarrea, bajo peso, interrupción precoz de la lactancia, así como mentales y emocionales, debido a la afectación del vínculo entre madre e hijo.

El estudio también reportó la distribución de la depresión posparto entre los estados de la república: el Distrito Federal, Guerrero e Hidalgo tienen una prevalencia de menos del 15%, mientras que Baja California Sur, Baja California, Chihuahua, Nuevo León, Durango, Zacatecas, Aguascalientes, Colima, Michoacán, Querétaro, Estado de México, Morelos, Puebla, Veracruz, Tabasco, Chiapas, Campeche y Yucatán cuentan con más del 20%.

Por otro lado, el estudio mostró tasas de detección y atención bajas (17.06% y 15.19%, respectivamente) que se explican por la falta de herramientas, protocolos y capacitación adecuadas para el reconocimiento de este desorden mental en las mujeres embarazadas por parte del personal clínico, desde médicos obstetras, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos, en los tres niveles de atención médica de los servicios de salud del país. A esto se suma que las mujeres sin afiliación a las instituciones de salud del país son más vulnerables, en contraste con las que sí cuentan con filiación en alguna institución de salud.

Ante este panorama, es de suma importancia la implementación de instrumentos correctos para el tamizaje de la depresión postnatal a fin de que las señales de alerta y factores de riesgo sean identificados más fácilmente por el personal médico para brindar un tratamiento adecuado o, de requerirse, canalizar a las mujeres con

este padecimiento a un especialista. Además, es necesario poner en marcha políticas públicas para la prevención y atención efectiva, dirigidas principalmente a la población desprotegida y de bajos recursos, ya que de acuerdo con la evidencia las probabilidades de que una mujer padezca depresión postnatal disminuyen 55% si se emplean las medidas apropiadas para eliminar los factores de riesgo más asociados a esta psicopatía, los cuales son la violencia de pareja, la inseguridad alimentaria, el valor negativo de tener un bebé del sexo femenino y el bajo peso del recién nacido.

4.23.- Depresión Postparto realidad en el Sistema Público de Atención de Salud.

La depresión postparto es un problema de salud pública con prevalencia que oscilan entre un 10 y 15% en la literatura mundial. Durante el puerperio existen cambios bioquímicos y estrés que pueden desencadenar estos trastornos. No existen trabajos a nivel nacional que enfoquen este problema. Realizamos un estudio prospectivo a nivel de atención primaria para evidenciar la real incidencia, y algunos factores de riesgo para esta condición.

Durante el puerperio, factores bioquímicos y estrés psicológico pueden desencadenar trastornos psiquiátricos en la mujer. Los primeros se relacionan con Psicosis puerperal y tristeza postparto, cuadro auto limitado, que dura 3 a 6 días y afecta al 50% de las mujeres según la literatura.

La depresión postparto, una condición seria, es en general no auto limitada. Existe un consenso generalizado que la depresión postparto es un problema de salud pública mayor. La prevalencia de depresión no psicótica, usualmente asociada con síntomas de ansiedad, fluctúa entre 10 a más de 15% en mujeres durante los primeros 6 meses después del parto. La depresión postnatal es más prevalente, sin embargo, en poblaciones social y económicamente desventajadas.

Las mujeres que tienen una de tales experiencias tienen un aumento en el riesgo de ocurrencia de depresión postparto en el parto siguiente. Aparte de las consecuencias adversas para las mujeres, hay un posible impacto negativo en la

relación entre la madre y el niño, así como en el desarrollo emocional, cognitivo y de relación del niño. La mayoría de las mujeres que experimentan depresión después del parto no tienen ayuda profesional. Aún más, casi el 50% no tiene ayuda desde los familiares ni de los amigos. Por otro lugar las mujeres que tienen contacto con profesionales de la salud en sus controles posteriores al parto, no están dispuestas manifestar sus problemas emocionales, en especial la depresión.

No existen trabajos nacionales que enfoquen esta problemática, el presente estudio permite estimar la incidencia y factores de riesgo de esta condición, en pacientes beneficiarias del sistema público de salud.

Se realizó un estudio prospectivo en pacientes beneficiarias del sistema de atención primaria que acudían a sus controles habituales postparto. Para ello los internos de medicina acompañados por matrona o enfermera realizaron una encuesta a aquellas mujeres que se encontraban entre el quinto o sexto mes postparto. Como instrumento diagnóstico se utilizó los criterios del CIE 10 para depresión, considerando casos positivos para depresión, aquellas mujeres que presentaron 5 o más de los 9 criterios, por un tiempo mínimo de 2 semanas.

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto.

Los trastornos del estado de ánimo del puerperio: tristeza postparto, depresión postparto y psicosis postparto tienen una alta prevalencia, tanto en nuestro país como en otras partes del mundo. Éstos afectan directamente la salud física y emocional de la madre, al igual que la del recién nacido y la pareja, produciendo inestabilidad en el entorno familiar y social de quien la padece. Por lo mismo, se han convertido actualmente en la primera complicación perinatal, así como en un problema de salud pública. El presente artículo muestra una revisión de la literatura e investigaciones más recientes sobre estos padecimientos, con la intención de ayudar al profesional de la salud a detectarlos, diagnosticarlos y, en su caso,

tratarlos o canalizar a la mujer con un especialista. Dentro de la nomenclatura psiquiátrica, la DPP es definida rigurosamente como un trastorno/episodio depresivo de inicio en el postparto.¹⁴ En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR),¹⁹ la clasificación es la siguiente: F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x) Mientras que en el CIE-10: trastornos mentales y del comportamiento,²⁰ la categorización aparece como: F32 Episodio depresivo leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos. F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como leves (depresión postnatal/postparto NOS). En algunos casos, cuando la mujer no cumple con todos los criterios para un trastorno/episodio depresivo, pero presenta síntomas significativos e incapacitantes, la estricta clasificación de ambos compendios puede llegar a dificultar su detección. Aunado a esto, muchas mujeres, al no tener suficiente información pueden suponer que sus síntomas son parte de un proceso transitorio y sin aparente relevancia, o que son comunes y normales dentro de la etapa perinatal. Se ha visto, también, que la familia o los amigos pueden llegar a manipularlas directa o indirectamente para que no verbalicen sus sentimientos negativos, lo cual se ve reforzado por algunas actitudes sociales de idealizar esta etapa. Entre los métodos y herramientas para un adecuado diagnóstico se encuentra la Entrevista Clínica Estructurada (SCID I por sus siglas en inglés: Structural Clinical Interview). Es una entrevista semiestructurada para establecer los diagnósticos más importantes del Eje I del DSM-IV, y se utiliza el módulo del estado de ánimo.^{21,22} Aunado al uso del SCID I, existen diversos instrumentos para detectar la DPP, como el Cuestionario de Depresión de Beck II, la Escala de Depresión Postparto,²³ la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y el Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9.²² Tanto en nuestro país, como en otras partes del mundo, la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS por su abreviatura en inglés: Edinburgh Postnatal Depression Scale), es la prueba más utilizada. Esto debido posiblemente a la accesibilidad de reproducirla sin costo, y a 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.⁵ Es una escala de autorreporte que explora los síntomas comunes de un episodio o de un TDM o menor, que hayan ocurrido 15 días anteriores a su aplicación

La observación de la interacción madre-hijo, así como del bebé, son también herramientas muy valiosas para corroborar y complementar el diagnóstico.⁴ Existen diferentes investigaciones a nivel mundial sobre la prevalencia de este padecimiento, las cuales fluctúan entre el 6 y 34%.^{5,6} En nuestro país, los estudios reportan una prevalencia que va desde 13.9 hasta 32.6%.^{5-7,25-28} A pesar de esta situación, se podría hablar de que cerca del 20% de las mujeres que dan a luz (Figura 1) pueden presentar síntomas de DPP. En cuanto a la recurrencia, existe una probabilidad del 10 al 35% de volverla a presentar en embarazos posteriores.⁹

Hasta el momento, no se conocen las causas de la depresión postparto (DPP); únicamente se han podido observar factores de riesgo (Cuadro II). Sin embargo, este padecimiento se puede presentar incluso cuando la madre no ha mostrado ningún antecedente. Suele comenzar en cualquier momento posterior al parto, ya sea días, semanas, meses y hasta un año después.⁹ Puede afectar en cualquier tipo de parto o número de embarazo.⁵ Los principales síntomas de este padecimiento, corresponden a los que marca el DSM IV-TR y el CIE10 para el trastorno/episodio depresivo. Aunado a éstos, también se pueden presentar otros importantes síntomas que requieran tratamiento (Cuadro III). En relación a la intervención, el primer paso es 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.²⁹⁻³¹ A continuación, es necesario canalizarla con un especialista (psicólogo, terapeuta o psiquiatra) para que sea evaluada y reciba el tratamiento adecuado, buscando el apoyo multidisciplinario y una atención integral.

El tratamiento tiene dos opciones de intervención terapéutica:

- 1) Terapia (individual o de grupo) y/o 2) medicación.

2) En aquellos casos en que se presenta una depresión de moderada a grave, lo ideal es combinar ambas.⁹ La psicoterapia, ya sea interpersonal o con un enfoque cognitivo-conductual,^{9,14,32-34} debe basarse en los siguientes aspectos: a) Educación e información a la mujer, la pareja y los familiares sobre la DPP. ^{4,15} b) Control, disminución y extinción de los síntomas.^{4,15} c) El nuevo rol como madre, las dificultades, miedos o angustias que esto puede generar

d) Uso de estrategias para proteger, mejorar o fortalecer el vínculo madre-hijo, así como la relación de pareja. En esta última, se buscará una adecuada comunicación, así como tener espacios de calidad sin el bebé.¹⁴ e) Promover un buen funcionamiento familiar, especialmente cuando existan otros hijos.¹⁴ f) Disminución de las situaciones estresantes actuales.¹⁴ g) Búsqueda y fortalecimiento de redes de apoyo (familiares, sociales e institucionales).

En cuanto al tratamiento psiquiátrico, dependiendo de cada caso, los medicamentos más usados son los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), para combatir los síntomas depresivos.^{1,2,12,21} Por otra parte, se tiende a utilizar benzodiazepinas para tratar la ansiedad y el insomnio.^{12,14,21} Si la mujer tiene una historia previa de DPP, lo más recomendable es iniciar la medicación inmediatamente después del parto, para prevenir una posible recaída.

Existe una gran controversia sobre el uso de medicamentos cuando la mujer está amamantando, y verificar si se pueden combinar ambos aspectos. Por lo mismo, es indispensable informar a la mujer y a su pareja sobre los datos más recientes que se conozcan acerca de la lactancia y el uso de psicofármacos. De esta forma, al estar asesorados por todo el equipo interdisciplinario que los rodea, podrán tomar la decisión más adecuada, ya sea de continuar amamantando o dejar de hacerlo, y en este último caso, la forma más apropiada para llevarlo a cabo.

Independientemente de la intervención que se elija, para que la recuperación sea realmente exitosa se requiere el apoyo y la comprensión de la pareja, los familiares y amigos.^{8,31} Cuando la mujer con DPP no recibe tratamiento, puede presentar

dificultades^{13,25} y estrés para cuidar al recién nacido, lo que tiende a generar problemas en el vínculo materno-infantil.³⁵ Dichos bebés pueden llegar a presentar retraso en el desarrollo psicomotor, temperamento difícil o irritabilidad,¹³ así como mostrar un apego inseguro.^{13,36} Así mismo, se ha observado que algunos no son tan atentos y activos, y sonríen menos,¹³ lo que puede generar déficits en el área social y cognitiva.^{3,15,18} Las madres que no reciben atención médica o psicológica, suelen percibir de forma negativa a sus hijos, y considerar que son difíciles de criar.^{14,18} Con una intervención adecuada, la DPP es temporal y se puede alcanzar una completa recuperación.

Por el contrario, cuando la mujer no recibe tratamiento, se puede convertir en un padecimiento crónico, recurrente y/o refractario,⁹ y en algunos casos, tener graves consecuencias.

4.24.- PSICOSIS POSTPARTO.

En la actualidad, la psicosis postparto (PPP) no existe como un trastorno independiente. En el DSM IV-TR se clasifica como: Trastorno psicótico breve de inicio en el postparto. Mientras que en el CIE-10,²⁰ la categorización aparece como: Trastorno psicótico agudo y transitorio debido a situación no estresante aguda.

Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como graves (psicosis puerperal NOS). En términos generales, se define como un episodio afectivo con síntomas psicóticos, y se presenta en 1 a 2 de cada 1,000 partos, siendo más común en primíparas.^{29,37-40} Las mujeres que han padecido un trastorno psicótico previo tienen un riesgo del 35% de desarrollarla. En aquellos casos en que la psicosis apareció por primera vez durante el postparto, el riesgo de recurrencia en un siguiente nacimiento es del 50 al 60%.^{12,29} Después de un episodio de PPP, hay una posibilidad de recaída con episodios maníacos o depresivos.¹ En el cuadro IV se presentan los factores de riesgo más comunes para desarrollar este padecimiento. Las manifestaciones inician generalmente de forma brusca entre el tercer y noveno día postparto, aunque puede iniciarse incluso hasta el sexto mes.¹ Los síntomas suelen comenzar como insomnio o incapacidad para

descansar, junto con irritabilidad,^{4,18} ansiedad²⁹ e inestabilidad del estado de ánimo.

A continuación pueden darse conductas suspicaces, signos de confusión, preocupación excesiva por trivialidades o rechazo de la comida. Después de la fase inicial, generalmente de una semana, tiene lugar la fase aguda, en la que aparece propiamente la actividad delirante y alucinatoria,¹² así como otros síntomas graves (Cuadro V). 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.^{1,38-42} Por otra parte, se tiende a utilizar benzodiazepinas 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. Una vez que la sintomatología psicótica ha comenzado a remitir, es necesario introducir medidas terapéuticas de tipo psicosocial. En primera instancia, esta intervención está encaminada a identificar y reducir todo aquello que pueda resultar estresante. Posteriormente, es necesario trabajar en las siguientes áreas:³⁸

- 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
- Recibir apoyo en la resolución de problemas, así como en el fortalecimiento, mejora o reeducación de habilidades.

4.25.- Consecuencias de la depresión pre y posparto.

Como se mencionó, la depresión perinatal tiene consecuencias graves para la propia madre, el curso del embarazo y el desarrollo de las y los infantes. El embarazo por sí mismo es un periodo de cambios y transformaciones en los ámbitos biológico, psicológico y social, sobre todo para quienes son madres por primera vez. Desde un punto de vista psicodinámico, estos cambios conllevan deseos, temores y recuerdos que determinarán o influenciarán sus sentimientos, acciones y

relaciones interpersonales alrededor de ciertos tópicos: 1) ¿Será capaz de mantener sano a la o el bebé?, 2) ¿Cómo se relacionará con él o ella?, 3) ¿Contará con el apoyo que requiere para cuidar al hijo o hija? y 4) ¿Podrá reorganizar su identidad para cumplir con sus funciones?³⁴ Padecer depresión en este periodo hace más complicado este proceso.

La depresión interfiere con la disposición de la madre a cuidar su salud, por ejemplo, no busca atención prenatal a tiempo y es más propensa a conductas de riesgo, como tomar medicamentos sin prescripción médica, abusar del alcohol, tabaco y otras drogas, y llevar una alimentación inadecuada. Estos comportamientos inciden en un mayor riesgo de parto prematuro y en que la persona recién nacida tenga bajo peso y sufra retraso en su desarrollo. Aunado a lo anterior, la depresión en el embarazo incrementa la probabilidad de padecer depresión posparto. Cuando la depresión se presenta en el posparto puede incidir en el hecho de que la madre disfrute su maternidad.

La DPP puede demoler la vida de la madre así como la de la pareja, infante y familia. En un gran número de casos, la depresión es vivida en soledad, ya que es difícil que las mujeres hablen de estos sentimientos por vergüenza y temor al estigma. La DPP que no es atendida oportunamente es un obstáculo para que la madre pueda satisfacer las necesidades de las y los hijos, lo cual impacta, a su vez, en el desarrollo cognitivo, conductual y emocional de ellos y ellas. La DPP se ha relacionado con un mayor uso de los servicios de emergencias, problemas de nutrición, interacción madre-hija/o de baja Consecuencias de la depresión pre y posparto calidad, lo cual provoca apego inseguro y mayor riesgo de padecer trastornos psiquiátricos en infantes así como problemas respiratorios y diarreas, en países de bajos ingresos.

Aliviar el sufrimiento y reducir los síntomas de depresión que padece la madre tiene que ser el objetivo primario de las intervenciones para reducir las consecuencias de la DPP, lo que puede implicar romper con la construcción social de la maternidad como un vehículo para la reproducción y de la “buena madre” como alguien que debe sacrificar todo por el beneficio del hijo o hija. Llevar a buen término el

embarazo y satisfacer las necesidades de las y los infantes durante el primer año de vida, no depende solo de los cuidados maternos, sino de la participación de la pareja (en caso de que exista), familia, sociedad y proveedores de salud.

Factores de riesgo

Los factores psicosociales juegan un papel importante en la aparición de DPP y, aunque algunos factores biológicos podrían estar implicados (por ejemplo: cambios en estradiol y progesterona) los resultados de estos estudios continúan siendo controvertidos. Los agentes psicológicos más sólidamente relacionados a la DPP son la historia de depresión, la ansiedad durante la gestación y la carencia de apoyo social, ya sea en tareas de la vida diaria o como apoyo emocional. En México (se han realizado cinco estudios que incluyen factores Algunos factores de riesgo identificados son muy similares a los referidos en países desarrollados, tales como, historia previa de depresión, ansiedad prenatal, bajo apoyo social, estrés prenatal y mala relación de pareja, y otros más característicos de los países en desarrollo: ingreso económico bajo, baja escolaridad, no trabajar fuera del hogar, embarazo no planeado, abortos y número de embarazos, entre otros. Estos últimos aluden a problemas estructurales, al estatus social y al poder de decisión de las mujeres en los países menos desarrollados.

Según la literatura internacional, entre los factores más frecuentemente relacionados con la depresión en el embarazo se encuentra tener historia de depresión y/o de pensamientos suicidas alguna vez en la vida, así como tener antecedentes de abortos, ser multípara, soltera, con escaso apoyo social y no haber planeado y/o deseado el embarazo.^{27,41} Factores de riesgo muy similares, como historia de depresión e ideación suicida, ser multípara, no haber deseado el embarazo y no contar con apoyo también se han identificado en madres mexicanas, así como vivir en unión libre versus estar casada.^{15,42} La violencia por parte de la pareja también incrementa el riesgo de sintomatología depresiva 6.2 veces,⁴³ y el abuso en la infancia y adolescencia, particularmente la concurrencia de abuso sexual, físico y verbal se asocia con mayor riesgo de sintomatología depresiva y ansiosa.

Estudios específicos

Ciertos estudios han profundizado sobre aspectos específicos relacionados con la depresión perinatal, como el abuso sexual en la infancia y adolescencia, la violencia de pareja, el género y el apego materno. Abuso en la infancia y adolescencia. Estas experiencias son una de las violencias de género que más vulneran la salud mental de las mujeres. Según algunos estudios, 35% de las diferencias en depresión entre hombres y mujeres puede explicarse por el abuso sexual que sufren algunas en la infancia.⁴⁵ Asimismo, las experiencias de abuso en la infancia y adolescencia tienen efectos de por vida y particularmente, en la salud emocional de las mujeres durante el embarazo. Un análisis secundario de datos de una muestra de mujeres embarazadas con síntomas de depresión mostró que la experiencia de múltiples formas de abuso antes de los 17 años: verbal (24.4%), físico (54.8%) y sexual (32.8%) incrementó tres veces el riesgo de padecer síntomas depresivos y 3.7 de ansiedad en el embarazo, y 13.7 veces el de presentar conducta suicida a lo largo de la vida.

Violencia de pareja. La violencia de pareja (VP) durante el embarazo, legitimada en la cultura patriarcal, también es frecuente en muchas sociedades alrededor del mundo. De acuerdo con algunos estudios la VP en el embarazo es parte de un continuum de violencia, esto es, la VP que sufren las mujeres en este periodo no empieza, por lo general, con la gravidez, sino que el fenómeno tiende a persistir a lo largo de la convivencia y puede llegar a presentarse con mayor intensidad durante el embarazo y, en ocasiones, en el posparto.

Un estudio poblacional en nuestro país encontró que la prevalencia de cualquier tipo de VP en mujeres embarazadas fue de 5.4%, por otra parte, 53.4% de quienes habían reportado VP durante el último año tuvo sintomatología depresiva, mientras que esta se presentó solo en 14.1% de quienes no fueron victimizadas. Una de las condiciones que más peso tuvo en la relación entre VP y sintomatología depresiva fue tener menos de nueve años de escolaridad.⁴³ Género. La condición de género de las mujeres en relación a la depresión perinatal ha sido estudiada en cuanto al

grado de apego al papel tradicional femenino. Un estudio transcultural que incluyó a México encontró.

Que la adopción de un papel menos tradicional (tener experiencia laboral, mayor nivel de escolaridad, mayor edad de matrimonio y uso de anticonceptivos) se relacionó con una reducción en la diferencia en depresión entre mujeres y hombres.⁴⁸ También se ha observado que mujeres embarazadas con un rol femenino más tradicional (que se describían como más sumisas, pasivas, dependientes) presentaban síntomas de ansiedad y depresión.³⁰ Abuja et al.,⁴⁹ por su parte, estudiaron el apego a un rol tradicional de género en la relación entre la falta de apoyo social y la DPP. Observaron que las mujeres que recibían poco apoyo por parte de sus familiares y pareja, y que tenían un rol femenino más tradicional presentaban mayor riesgo de padecer DPP, que quienes se describían con un papel menos convencional. Estos resultados sugieren que las mujeres que adoptan, en mayor grado, un rol de género tradicional han aprendido a preocuparse y a atender las necesidades de los demás por encima de las propias, además tienen mayor dificultad para solicitar apoyo por miedo a ser juzgadas como poco autosuficientes y, en general, reciben menos apoyo de otras personas en el cuidado de las y los hijos.

Diversos estudios encuentran que el estatus de la mujer respecto al hombre en nuestra sociedad determina que las mujeres no pueden tomar decisiones sobre su salud y bienestar. En este sentido, se ha documentado que es frecuente que mujeres gestantes no puedan decidir sobre ser entrevistadas por personal de salud, a menos que su pareja le “dé permiso” y si accede, es en presencia de él. Asimismo, algunas necesitan “permiso” para participar en los programas preventivos para la depresión posparto.

La familia extendida (generalmente la familia política) también ejerce este control, no permitiendo la comunicación telefónica o negándola si se le busca en su domicilio.¹⁶ La representación idealizada de la maternidad que equipara la identidad femenina con ser madre, se ha observado en mujeres con embarazos de

alto riesgo, en los que estas ponen en riesgo su salud con tal de tener un hijo, preferentemente varón. Apego materno. La depresión perinatal interfiere con el proceso de apego de la madre hacia el feto (en el embarazo) y hacia el infante (en el posparto). El apego fetal se expresa a través de las representaciones mentales maternas, por ejemplo, a través del tipo de narrativa respecto a la descripción del bebé, sus expectativas, etc.

El apego fetal es importante porque está fuertemente relacionado con la calidad de la relación madre infante que se establecerá en el posparto. Ibarra encontró que la sintomatología depresiva fue una de las variables asociada con bajo apego fetal, expresado a través de pocos o nulos pensamientos en torno al bebé y el desarrollo intrauterino o posnatal, entre otros.⁵² Por su parte Nieto et al. ⁵³ observaron que la depresión en el embarazo incrementó tres veces el riesgo de bajo apego materno, mientras que la DPP, 3.97 veces. Se sabe que el bajo apego materno se relaciona con mayor probabilidad de problemas de apego en infantes, y aquellos que desarrollan patrones de apego inseguro podrían ver afectadas sus relaciones interpersonales a lo largo de su vida.

4.26.- Depresión perinatal en grupos particulares.

Embarazo de alto riesgo. La noticia de que el embarazo es de alto riesgo puede generar un choque inicial y ansiedad en la madre, en especial, cuando se le indica que debe guardar reposo.⁵⁵ La inmovilidad prolongada afecta tanto a la madre como a la familia y puede conllevar labilidad emocional, sensación de pérdida de control, preocupación por la salud de la o el bebé, así como, ansiedad y depresión. En México, hay dos estudios sobre el embarazo de alto riesgo. con un diseño cualitativo comparó a mujeres que cursaban un embarazo normal y mujeres que tenían problemas de salud. Encontró que, en las primeras, su atención estaba puesta en las expectativas y preparativos para la llegada del bebé y en la relación de pareja, mientras que en las segundas, en la preocupación por su salud física y la de la o el bebé, así como en los cuidados y procedimientos que debía seguir para lograr que su gestación llegara a buen término. Gómez-López et al. también estudiaron a través de una metodología cualitativa el malestar emocional en mujeres

con embarazo de alto riesgo y observaron que, en estos casos, la maternidad es vivida como una experiencia dolorosa que les produce mucha ansiedad y miedo de perder al bebé por las complicaciones médicas.

Embarazo adolescente. Las adolescentes que enfrentan la maternidad tienen una situación muy complicada al verse obligadas a lidiar, simultáneamente, con el proceso de desarrollo fetal es importante porque está fuertemente relacionado con la calidad de la relación madreinfante que se establecerá en el posparto. encontró que la sintomatología depresiva fue una de las variables asociada con bajo apego fetal, expresado a través de pocos o nulos pensamientos en torno al bebé y el desarrollo intrauterino o posnatal, entre otros.⁵² Por su parte Nieto et al. ⁵³ observaron que la depresión en el embarazo incrementó tres veces el riesgo de bajo apego materno, mientras que la DPP, 3.97 veces. Se sabe que el bajo apego materno se relaciona con mayor probabilidad de problemas de apego en infantes, y aquellos que desarrollan patrones de apego inseguro podrían ver afectadas sus relaciones interpersonales a lo largo de su vida.⁵⁴ 20 propio de la edad y asumir la responsabilidad de cuidar a una persona recién nacida.

Bajo estas condiciones, la maternidad puede representar una experiencia difícil, no deseada y vivida con culpa provocada por la sensación de que sus aspiraciones se ven frustradas. Hay evidencia de que las jóvenes madres están en alto riesgo de enfrentar adversidades como violencia, consumo de sustancias, poco o nulo respaldo de sus parejas y familia, deserción escolar y pobreza.

En México, en un estudio poblacional, la prevalencia de sintomatología depresiva grave en adolescentes se estimó de 10% a 15 % en la gestación y de 3.0% al 24.7% en el primer año posparto. El mayor riesgo se encontró en jóvenes que no estaban en la escuela y en quienes tenían un hijo o hija mayor a un año.⁶¹ Otros estudios en México encontraron frecuencias de depresión de 39% durante el embarazo⁵⁹ y de 16.05%²¹ y 33%⁶² en el posparto. Entre los factores de riesgo de DPP más importantes se encuentran que el hijo o hija ya tenga un año o más, no asistir a la escuela⁶¹ tener menos apoyo social, baja autoestima y haberse sentido deprimida en el embarazo.

La maternidad adolescente muestra, de manera más dramática, las diferencias en el significado de maternidad y paternidad. De la joven madre se espera un compromiso total con la o el infante, mientras que el padre tiene la opción de negar su paternidad, rehuirla o ejercerla, en la medida que crea conveniente

Depresión posparto en el padre. La depresión durante el periodo perinatal también se observa en los padres: alrededor de 10.4% de padres presenta depresión perinatal y solo en algunos casos, esta está vinculada a la depresión de la madre.⁶³ El único estudio en México encuentra que, durante el embarazo de la pareja, el 10% de los padres cumplió con criterios para depresión, así como 4.6% a la cuarta semana del posparto.¹⁵ Un padre con depresión no puede ser soporte para la pareja, ni puede proporcionar protección y cuidados al infante. Las expectativas de género masculino respecto a la fortaleza e invulnerabilidad de los hombres, dificulta el reconocimiento y tratamiento de la depresión en estos.

Atención a la depresión perinatal

Esta revisión muestra que la depresión perinatal es frecuente y tiene consecuencias perjudiciales en la madre y en las y los infantes, por lo tanto, es necesario atenderla. Dado que las madres están en contacto con los servicios de salud durante el embarazo y el posparto hay una ventana de oportunidad para detectar la depresión e implementar estrategias de prevención y tratamiento. Para que dichas estrategias beneficien a las mujeres tienen que estar acompañadas de respuestas empáticas respecto a las circunstancias y síntomas de depresión que presentan las mujeres embarazadas, a la vez que buscar su empoderamiento. Para ello, debe alentarse la reflexión del personal de salud sobre actitudes, prejuicios y representaciones sobre la maternidad y los trastornos mentales perinatales, con el fin de que no se conviertan en un procedimiento burocrático.

Detección. Un primer paso para atender la depresión es la detección sistemática de esta, la cual es recomendable en la medida en que se tengan previstas acciones para responder a la población que sea diagnosticada, ya sea por el personal de salud en los mismos servicios o a través de la canalización a consulta especializada.

En México se han validado diversos instrumentos para la detección de depresión posparto y del riesgo de padecerla.⁶⁵⁻⁷⁰ Prevención. La prevención tiene como objetivo reducir el riesgo de que las mujeres padezcan depresión perinatal. Un estudio meta-analítico muestra que diversas intervenciones preventivas tienen efectos positivos sobre la DPP.⁷¹ Las estrategias de prevención universal pretenden llegar a toda la población por lo que recaen en los profesionales y las instituciones de salud. Generalmente, buscan educar a la población sobre el problema a través de los medios de información. Ejemplos recientes de estas acciones son el impulso a propuestas como la de establecer el Día Internacional de la Salud Mental Materna 2017.⁷² Las estrategias de prevención selectiva buscan llegar a las mujeres embarazadas o que recién dieron a luz y proveerlas de información en los servicios de atención perinatal sobre la depresión. En México, aún están por implementarse estas estrategias

Finalmente, las intervenciones indicadas, son aquellas que van dirigidas a mujeres que muestran claros factores de riesgo de depresión o síntomas leves de la misma. Estas intervenciones han mostrado su efectividad ⁷³ y tienen como objetivo proveer a las mujeres de herramientas para modificar pensamientos negativos, motivarlas a buscar su bienestar emocional, brindarles información sobre servicios de salud mental, entre otras. En México, una intervención psicoeducativa grupal con perspectiva de género mostró que fue posible reducir la prevalencia e incidencia de la DPP y fue evaluada como útil y satisfactoria por las participantes.

Una maniobra diferente es la suplementación de ácidos grasos Omega 3 en gestantes. En nuestro país, un estudio confirmó la reducción de síntomas de depresión en el posparto cuando se suministró Omega 3 a mujeres embarazadas.

Tratamiento. Hay evidencia de la efectividad de los tratamientos psicológicos y farmacológicos para la DPP.^{4,79,80} Los tratamientos psicológicos son preferidos por las madres, debido al temor generalizado de que los psicofármacos puedan tener efectos secundarios en el feto o que se transmitan a través de la leche materna.^{79,80} Las mujeres en quienes se confirma el diagnóstico de depresión pre

o posnatal deben recibir tratamiento de acuerdo a sus preferencias para evitar la discapacidad que genera y que esta se prolongue por años.

Una experiencia importante en México es la de la Clínica de Depresión Postparto de la Coordinación de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. Esta clínica brinda tratamiento a las mujeres que padecen DPP, en habitación compartida con el/la bebé. Consta de diez días de internamiento, con una semana intermedia de externamiento para observar los avances en el estado de ánimo.⁸¹ No se encontró un seguimiento de la efectividad de este tratamiento.

Servicios de Salud

Algunos países como Australia y Gran Bretaña han implementado medidas para atender la salud mental perinatal. Estos países cuentan con mayor infraestructura para el cuidado de la salud mental, lo que facilita la atención de condiciones psiquiátricas/psicológicas dentro de los mismos servicios de atención en el primer nivel, así como a través de referir los casos que detecten a servicios especializados de salud mental.

En países con menor desarrollo, la sola demanda de atención al embarazo, parto y puerperio puede rebasar los recursos de los servicios. En este contexto, el esfuerzo que debe hacerse para atender a las madres que requieren

atención para su salud mental es enorme, pero puede construirse a partir de la experiencia de países con ingresos medios y bajos.

En México, se elaboró en 2014 la guía “Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Depresión Prenatal y Postparto en el Primero y Segundo Niveles de Atención,”⁸⁵ en la cual se establecen recomendaciones para atender problemas de salud mental en el periodo perinatal, similar a las de otros países.

Pero no es sino hasta 2016 que se actualiza el proyecto de Norma Oficial Mexicana de 2010 para la “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida,” para incluir la identificación de síntomas depresivos o

cualquier trastorno en relación a la salud mental, durante las consultas y revisiones médicas en este periodo.⁸⁶ Sin embargo, la norma no especifica los mecanismos para su implementación, de manera que se destinen de forma generalizada recursos materiales y humanos para este propósito.

Estas medidas representan avances, pero hay aún mucho por hacer para reponer más de dos décadas de atraso en este tema respecto a otros países. Se requiere de la evaluación de la efectividad y costo-beneficio de intervenciones de prevención y tratamiento a través de estudios naturalísticos, que faciliten la transferencia de los mismos a los servicios de salud. Hay intervenciones de otros países de ingresos bajos que pueden ser implementadas por personal de salud no especializado en salud mental que pueden servir de modelo.

Aunque el embarazo adolescente es considerado en nuestro país como un problema prioritario de salud pública, ha sido muy poco abordado en cuanto a la salud mental, por ello, es necesario profundizar en su estudio. Asimismo, la depresión posparto en los varones requiere de mayor atención. La salud mental de las madres debería estudiarse en relación a la calidad de los servicios, particularmente donde el cuidado perinatal no solo es lejano a la norma oficial, sino se da en condiciones de maltrato y abuso.

Implicaciones

La revisión anterior permite constatar que, si bien ha habido avances en México en cuanto a la investigación y atención a la depresión perinatal, aún es necesario identificar algunos huecos sobre los cuales comenzar a trabajar. Los estudios realizados en México sobre depresión perinatal han permitido conocer la prevalencia y factores de riesgo, y con ello han contribuido a estimar la magnitud de este trastorno en el país. Sin embargo, se requiere de estudios que comparen a mujeres de diversas áreas geográficas, de grupos urbanos, rurales e indígenas y de diversos niveles socioeconómicos, de manera que se tenga una visión más

completa del problema. Asimismo, es importante fortalecer la metodología de investigación, a través de cuidar el diseño de selección y representatividad de las muestras y la realización de estudios longitudinales. Se encontraron escasos estudios en México sobre los efectos de la depresión perinatal en la salud y desarrollo del infante. Esta temática es de importancia por sí misma y podría contribuir a hacer más patente la necesidad de atender la salud mental de las mujeres en el embarazo y posparto.

4.27.- En México no hablan de la depresión pos parto.

Mientras en otras partes del mundo hablar de la depresión posparto (DPP) es cada vez más común, en México aún se le considera un tema muy privado para quien se atreve a decir que sufre o sufrió DPP.

Durante el embarazo, las futuras mamás se concentran casi exclusivamente en el nacimiento, en el dónde cómo, cuándo, con qué doctor, natural o cesárea, niño o niña, y se pierde de vista que el nacimiento del bebé es apenas el disparo de salida para la maternidad.

Sin embargo, la depresión postparto es algo mucho más común de lo que creemos, el problema es que las mujeres no se atreven a decir “no me siento bien”, además que se considera un tema íntimo.

A veces, al principio del posparto pareciera que los síntomas son los mismos que la tristeza puerperal, también conocida como babyblues, sin embargo, es importante revisar si esos estados emocionales de tristeza y desasosiego van pasando con los días o se instalan de manera permanente en la nueva mamá e incluso si aumentan.

5.- DIFERENCIAS ENTRE *BABYBLUES* Y DEPRESIÓN POSPARTO.

La diferencia entre *babyblues* y una depresión posparto es una línea tan delgada, que por eso resulta indispensable estar atentas a los estados de ánimo y emocionales, ya que no es lo mismo tener ganas de llorar porque las cosas no

salieron como las habíamos planeado o estar muy sensibles a comentarios de familiares y amigos; y otra muy diferente es aislarse del mundo para quedarse en cama sin bañarse, sin comer, sin hablar con el círculo más cercano o sin cuidar al bebé.

Toda nueva mamá tiene dudas y temores que la podrían hacer sentir incapaz de cuidar a su pequeños en los primeros días, pero aun con el miedo, muchas mujeres siguen haciéndose cargo de ellos y van aprendiendo lo que necesitan hacer para cuidarlos, con los días esto les va reduciendo los temores y las dudas, y así logran superar estos momentos de desasosiego.

En México entre 13.9 y 32.6% de las mamás padecen depresión posparto diagnosticada por un especialista. Mientras que 5 de cada 6 mujeres con DPP no habla de sus síntomas y por lo tanto no reciben la ayuda que necesitan.

5.1 Apoyo emocional.

Este proceso emocional se desata de poco a poquito, no de un día para otro y es aquí donde la pareja y la familia juega un papel muy importante. No se trata de tener a las mamás bajo microscopio, por el contrario, darles apoyo, respetar sus emociones y sentimientos les darán confianza para expresarse cuando se sientan mal.

Es necesario evitar los juicios ante los sentimientos que expresan las mamás, porque de lo contrario comienzan a no decir lo que les pasa.

Muchas mujeres se sienten abrumadas al convertirse en mamás porque además de la permanente atención que requiere un recién nacido, muchas se hacen cargo de las tareas domésticas, preparar la comida, lavar la ropa o limpiar la casa, así como continuar con su vida laboral; esta carga de trabajo es demasiado para una sola persona.

Por esto, una manera de apoyar a las mamás a prevenir una DPP es involucrarse con las labores del hogar, al menos en la cuarentena, para que así las mamás se dediquen a atender al bebé y a descansar.

5.2 DEPRESIÓN POSPARTO Y EJERCICIOS.

La depresión postparto es una entidad conocida y tratada en nuestro medio. Actualmente, existen diversos métodos con entrevistas e incluso intervenciones farmacológicas efectivas para su corrección. Se conoce que afecta de forma severa al binomio madre-hijo en distintas maneras. Este artículo recopila los aspectos importantes de la depresión postparto y las diversas formas de tratarla. Se hace referencia al efecto del ejercicio y la actividad física durante el embarazo, sus complicaciones y formas de aplicarlos, ya que se han propuesto intervenciones usándolos con el fin de modificar el curso de esta entidad. También se aborda cómo la actividad física puede igualmente influir en la etapa perinatal.

La etapa gestacional se caracteriza por cambios fisiológicos y psíquicos acentuados que modifican las relaciones de la mujer con su pareja, sus padres, el medio social y consigo misma. Es una etapa de crisis.

La depresión postparto es un término clínico que se refiere a un trastorno depresivo mayor asociado al periodo después del parto. Esta entidad no debe ser considerada únicamente como abatimiento, disminución en la energía o del estado de ánimo, sino que se trata, en gran medida, de una entidad nosológica claramente identificada que responde a diversos diagnósticos diferenciales y debe ser atendida por los servicios de salud.

El *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition* (DSM-IV) usa el término de "depresión postparto" en referencia a los síntomas de una depresión mayor, trastorno bipolar o evento psicótico que empieza después de las cuatro semanas del parto.

Se estima una incidencia del 13% en las primeras 12 semanas de puerperio. Sin embargo, esta cifra se incrementa hasta un 25% si ya se ha tenido un evento de

depresión postparto previo. En el caso de México, la prevalencia descrita es cercana a 19% en la segunda semana después del parto y a 22.5% a las cuatro semanas del mismo, habiéndose identificado diferencias con lo reportado en la literatura mundial. Ésta es una de las razones fundamentales para buscar estrategias de tratamiento preventivo en nuestro país.

Se ha establecido una alta morbilidad de este problema, con consecuencias tanto para la madre como para el hijo y la familia. El binomio madre-hijo se verá afectado negativamente, con efectos a futuro para el hijo, como inseguridad, alteraciones en las emociones sentimentales y alteraciones en la interacción social.

Se pueden tener diversos grados de depresión, existiendo en primer lugar la tristeza postparto, también referida como "*maternal blues*", y en segundo lugar, la psicosis postparto. Aproximadamente del 50 al 85% de las mujeres experimentan la tristeza postparto, que se caracteriza por síntomas depresivos menores y fluctuantes, ansiedad, irritabilidad, llanto fácil, aumento de la sensibilidad y fatiga.

Sin embargo, estos síntomas no reflejan una psicopatología, sino una alteración por el estrés y una adaptación que no afecta la habilidad de la madre para el cuidado de su hijo.

La psicosis postparto ocurre en un 0.2% de las mujeres. Esta entidad tiene signos de alerta tempranos, como insomnio durante varias noches, agitación, irritabilidad y descuido del cuidado del hijo. Puede estar acompañada de alucinaciones y asociarse hasta en un 4% a infanticidios, siendo considerada como una emergencia médica.

Aquellas mujeres que experimentan tristeza post-parto tienen un incremento en el riesgo de sufrir depresión postparto. Se ha observado que dos tercios de las mujeres que desarrollaron depresión postparto habían tenido esta característica.

Así mismo, un 10% de las mujeres que presentaron depresión post-parto tuvieron un estado de euforia e incremento de energía unos días después del parto, con posterior aparición de depresión meses después.

Se tienen otros factores de riesgo que incrementan la posibilidad para el desarrollo de depresión postparto, como el estado marital, el nivel socioeconómico y la forma de alimentación.

5.3 INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO.

La detección de la depresión postparto es complicada. Sin embargo, es una entidad tratable y potencialmente prevenible. Existen diversas herramientas para su búsqueda, como la escala de depresión postnatal de Edinburgh (EPDS).

Las preguntas de este cuestionario se refieren a un periodo de siete días previos al día de aplicación de la escala, por lo que no sólo se refiere a los sentimientos en el momento de la evaluación. Cada pregunta cuenta con un puntaje de 0 a 3.

En población mexicana, un puntaje igual o mayor a 14 puntos es sugestivo de depresión perinatal, con una sensibilidad del 90%, especificidad del 82%, valor predictivo positivo del 77% y un valor predictivo negativo del 94% cuando se aplica entre las semanas 24 y 34 de gestación. Igualmente, existen diferentes puntos de especificidad y sensibilidad a nivel mundial.

Existen otras escalas de medición, como la Escala de Depresión Postparto, la cual consiste en un cuestionario de 35 preguntas que incluyen cuestionamientos que se refieren a trastornos para dormir, comer, ansiedad, inseguridad, labilidad emocional, alteraciones cognitivas, pérdida del "yo", sentimiento de culpa o vergüenza y pensamientos de daño a sí mismo. Involucra un periodo de dos semanas previas.

5.4.- BIOMARCADORES DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO.

Los biomarcadores como la serotonina han tenido un gran impacto para el diagnóstico de la depresión postparto. Por muchos años, se pensó que un marcador en sangre periférica podría diagnosticar una depresión y establecer la dosis para un tratamiento. La serotonina es un marcador que está contenido en las plaquetas y cruza de forma adecuada la barrera hematoencefálica. Se encuentra en densos gránulos y vesículas de 50 a 300 nm. Como parte del proceso hemostático, las

plaquetas liberan serotonina durante la activación plaquetaria, ya que ésta sirve como un vasoconstrictor.

Se ha observado que los niveles de este biomarcador se correlacionan con los puntajes obtenidos en las escalas para detección de depresión postparto, estableciéndose una asociación del descenso de la serotonina sérica durante la depresión postparto; por esta razón es que se ha propuesto a la serotonina como un marcador periférico de esta psicopatología.

Otro biomarcador que se ha usado es la hormona liberadora de corticotropina (CRH). El estrés activa el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), incrementando la CRH; ésta, a su vez, aumenta la actividad metabólica y cardiovascular, que sirve como un mecanismo de defensa. Normalmente, el incremento en el cortisol termina esta respuesta al estrés por una retroalimentación negativa mediada por receptores de corticoesteroides, pero en la presencia de estrés crónico, estos receptores no causan el cese de respuesta. Así mismo, otros neurotransmisores son afectados por la CRH, como la norepinefrina, la tirosina hidroxilasa y la serotonina. La activación del eje HHA resulta en un incremento en la producción de cortisol, el cual inhibe la respuesta inflamatoria y la respuesta inmune, produciendo una reducción en los niveles de citocinas y otros mediadores de la inflamación.

5.5 Pautas de Tratamiento.

El tratamiento actualmente usado en la depresión postparto se da mediante la combinación de psicoterapia y farmacoterapia. En la farmacoterapia, los antidepresivos tricíclicos, como la amitriptilina, nortriptilina e imipramina, han sido los usados con mayor frecuencia. Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, como la fluoxetina, sertralina, flavosamina y paroxetina, se han usado como medicamentos de primera línea.

Sin embargo, la *Food and Drug Administration* (FDA) de los EUA no ha aprobado el uso de ningún tipo de medicación psicotrópica durante el embarazo y la lactancia, ya que pasan al hijo. Esto lleva, en muchas ocasiones, a la suspensión del tratamiento por parte médica o por negativa de la madre a tomar el tratamiento por posibles daños al hijo.

En los últimos años, se ha reconocido y aceptado al ejercicio como opción en el tratamiento de la depresión postparto.

En contraste con la terapia farmacológica, el ejercicio en la depresión postparto tiene mínimos efectos adversos y no depende de factores externos, como las habilidades del personal de una terapia psicológica.

Después de una actividad física que consistió en empujar una carriola tres veces a la semana por un total de 12 semanas, se observó una disminución del puntaje en la escala de EPDS. Así mismo, se observaron beneficios adicionales del ejercicio, como una mejoría en la condición física. El estudio previo es una evidencia de que el ejercicio efectuado de forma moderada ayuda en la sintomatología depresiva de las pacientes con depresión postparto. Habiendo visto que la depresión postparto afecta a la madre y a su hijo, y dada su prevalencia, el ejercicio puede ser adoptado como una medida preventiva para el desarrollo de este padecimiento.

Las madres en el periodo postparto tienen también, en ocasiones, pensamientos negativos sobre sus cuerpos. Con el ejercicio, consiguen una reducción del peso y una mejora en el tono muscular. Así mismo, el ejercicio es, para algunos investigadores, una forma de distracción de las actividades diarias estresantes del cuidado del recién nacido.

Se han propuesto varios mecanismos por los cuales el ejercicio puede influir en el estado mental. Uno de ellos pueden ser los niveles incrementados de endorfinas, lo que causa cierta euforia, siendo ésta una de las explicaciones más aceptadas de los beneficios psicológicos del ejercicio.

Esta evidencia se ha ido acumulando por más de tres décadas, proponiendo a la disfunción de la serotonina como parte de la fisiopatología en la depresión. Por

consecuencia, el tratamiento con inhibidores de la recaptura de serotonina ha tenido un efecto benéfico para el tratamiento de la depresión.

6. EJERCICIO EN EL EMBARAZO.

Hasta ahora, sólo se han reportado dos estudios aleatorizados sobre el uso del ejercicio en el tratamiento de la depresión postparto, el primero en Australia, con una duración de 12 semanas, y un segundo estudio donde se comparó un grupo de mujeres con actividad física empujando una carriola comparado contra un grupo que solamente recibió asistencia social. En ambos estudios, se reportaron reducciones significativas en los puntajes de la EPDS en los grupos que recibieron una intervención con ejercicio.

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), en el 2002, recomendó 30 minutos de ejercicio moderado al día, los más días posibles de la semana, en ausencia de alguna complicación obstétrica.³¹ Estas recomendaciones son semejantes a las efectuadas por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los EUA y por el Colegio Americano de Medicina del Deporte, que recomiendan un ejercicio de 3 a 4 minutos con una intensidad del 60 al 90% de la frecuencia cardiaca máxima. Otros reportes limitaban la frecuencia cardiaca a 140 latidos por minuto con una duración máxima del ejercicio de 15 minutos.

Las guías canadienses para realizar ejercicio recomiendan una zona de trabajo entre el 60 y 80% de la frecuencia cardiaca máxima, con una duración de 30 minutos, un mínimo de tres veces por semana hasta alcanzar una frecuencia de cuatro a cinco veces por semana. Se debe hacer una reducción de 15 y 20 latidos por minuto de la zona de trabajo debido a un incremento en la frecuencia cardiaca basal, la cual es mucho mayor en el primer trimestre, con incrementos leves en los últimos dos trimestres, lo que lleva a una reducción en la frecuencia cardiaca de reserva.

Adicionalmente, se han encontrado beneficios al realizar una actividad física -como ejercicios aeróbicos como subir escaleras o vida activa, simplemente- en casos de embarazos complicados con alguna patología como diabetes gestacional.

También se tiene una ventaja contra la preeclampsia si se realiza actividad física antes y durante el embarazo. Por otra parte, con la actividad física se han observado efectos positivos como reducción del tiempo de trabajo de parto, incremento en el parto eutócico y disminución de la cesárea. Así mismo, se tienen cambios en el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa), el cual juega un papel importante en la fijación de la placenta y en el inicio del trabajo de parto; su producción aumenta de forma lineal conforme el embarazo progresa. De la misma forma, la leptina aumenta su expresión durante el embarazo y se ha correlacionado con un índice mayor de masa corporal y tejido graso; se observó que mujeres con embarazos de 11, 24 y 36 semanas de gestación tenían menor incremento en los niveles del TNF-alfa y de leptina si realizaban ejercicio con una frecuencia de cuatro veces a la semana por un poco más de 40 minutos al día, con una intensidad del 55% de la capacidad aeróbica máxima.

El ejercicio tiene una influencia en el crecimiento fetoplacentario, con una correlación conforme al tiempo y volumen realizado, siendo estos factores determinantes para la prescripción del ejercicio. Un ejercicio de baja intensidad en el primer trimestre y alta intensidad en el último trimestre (una sesión de 20 minutos 5 días de la semana hasta la semana 24, manteniendo este régimen hasta el parto) reduce el tamaño de la placenta y el producto.

De la misma forma, un ejercicio de alta intensidad en el primer trimestre (con una duración de 60 minutos 5 días de la semana hasta la semana 20) con una reducción gradual (a 20 minutos 5 días de la semana) hasta llegar a la semana 24 y mantenerlo así hasta el parto, mostró que aumentaban los tamaños placentarios y de los productos de forma simétrica.

El riesgo de aborto es una posible complicación del ejercicio que se ha investigado, y se tienen estudios con una población de cerca de 93,000 mujeres embarazadas con una relación dosis respuesta con la cantidad de ejercicio y el riesgo de aborto. Se ha observado que ejercicios de alta intensidad se asocian con un incremento en el mismo. Una duración mayor en el tiempo de ejercicio se asoció con un incremento en las posibilidades de presentar un aborto, mientras que ejercicios entre 1 y 45 minutos por semana no presentaron incremento en el riesgo.

Así mismo, se ha investigado sobre el posible efecto de una prueba de esfuerzo submáxima, observando una disminución de la capacidad diastólica del ventrículo izquierdo debido a que en el embarazo se aumentan aproximadamente diez latidos por minuto; sin embargo, la fracción de expulsión del corazón se mantiene. Se han realizado pruebas con esfuerzo submáximo con el 85% de la frecuencia cardíaca máxima en diferentes etapas del embarazo, observando una disminución de la capacidad de llenado diastólico en el embarazo, sin importar el trimestre. Esto indica que las mujeres embarazadas pueden realizar ejercicio de máximo esfuerzo, logrando una adaptación.

Debido a que el ejercicio incrementa el consumo de glucosa en sangre por la actividad muscular, se ha investigado la utilización de sustratos en el embarazo y ejercicio. Una de las preocupaciones es la hipoglucemia y el resultante decremento en la glucosa disponible para el feto, lo cual pudiera llevar a restricciones en el crecimiento intrauterino.

Se ha estudiado el ejercicio en el embarazo a las semanas 22 y 33 de gestación, así como en el postparto, donde se realizó un ejercicio de moderada intensidad en banda sin fin con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana, con una duración de 30 minutos y una intensidad del 65% de su frecuencia cardíaca máxima, obtenida de la siguiente manera: $(0.65 [220 - \text{edad} - \text{frecuencia cardíaca en reposo}] + \text{frecuencia cardíaca en reposo})$, sin realizar una prueba de esfuerzo debido al riesgo que conlleva. Observaron que el RER (*Respiratory Exchange Ratio*) no cambiaba durante el ejercicio o se inclinaba hacia una utilización de carbohidratos.

Existe un incremento en la concentración de triglicéridos, probablemente liberados por el hígado, y las concentraciones de glucosa no mostraron diferencias significativas; sin embargo, fueron menores, especialmente en la semana 33 de la gestación, que en el postparto, siendo esto por una producción insuficiente de glucosa en el hígado.

Por otro lado, el ejercicio igualmente afecta al recién nacido; se observó en un grupo de mujeres que sus hijos tuvieron al nacimiento una escala de Apgar por arriba de 8 puntos al minuto y a los 5 minutos. Las características morfogénicas no variaron

en el grupo de madres que hicieron ejercicio de las que no hicieron ejercicio. Los diferentes ejercicios hechos por las diferentes madres fueron correr, natación y uso de escalera eléctrica; sin embargo, los hijos de las madres que realizaron ejercicio durante el embarazo tuvieron puntajes más altos en la orientación y en su habilidad para regular su estado de comportamiento. Se cree que estas características se aprenden *in utero*.

De forma controversial, no hay reportes en la literatura de efectos adversos en el feto y la madre con ejercicio moderado durante el embarazo, ya que virtualmente todos los índices de riesgo, aunque fueran débiles en significancia estadística, están en dirección de un efecto protector.

6.1.- El ejercicio en la Depresión Postparto.

Hasta ahora sólo se han reportado dos estudios aleatorizados con el uso de ejercicio en el tratamiento de la depresión postparto, el primero en Australia, con una duración de 12 semanas, con un programa de empujar una carriola con sesiones tres veces por semana y soporte social, contra un grupo que siguió sus actividades físicas y sociales normales.

El segundo estudio comparó un grupo de mujeres con actividad física empujando una carriola comparado contra un grupo solamente recibiendo asistencia social. En ambos estudios, se reportaron reducciones significativas en los puntajes de la EPDS en las mujeres que recibieron una intervención con ejercicio.

La prevención de la depresión postparto puede ser llevada a cabo mediante acciones que involucren una actividad física planeada y dosificada, la cual lleva enormes beneficios adicionales a la madre y el hijo. Este último punto es planteado como parte de una agenda de investigación para realizarse en población mexicana y conocer los efectos y duración de la actividad física en la posible reducción de la depresión postparto medida con instrumentos con adecuada sensibilidad y especificidad.

6.2 Maternidad.

Ser madre representa, para muchas mujeres, una de las etapas más felices de su vida, pero para otras, significa además un momento crucial en su salud mental que puede derivar en un problema conocido como depresión posparto.

En una entrevista con Efe, Erica Medina Serdán, terapeuta en depresión posparto, ansiedad y depresión en el embarazo, asegura que esta es una enfermedad que, aunque es muy común, resulta difícil detectar.

"Cuando una mujer que es madre se siente triste, tiene cambios de humor drásticos, pensamientos obsesivos, atemorizantes, síntomas de ansiedad porque piensa que su bebé se va a morir, aumento o disminución de peso, puede indicar que está viviendo depresión posparto", explica la especialista.

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) este problema tiene una incidencia del 13 % en países con ingresos altos, mientras que en naciones con ingresos bajos y medios -como México- se calcula que el 20 % de las mujeres embarazadas o con hijos son tres veces más susceptibles de presentar depresión que en otra etapa de su vida.

Al analizar datos de 7.187 mujeres adultas, recabados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, una investigación del Instituto Nacional de Salud (INSP) encabezada por la doctora Filipa de Castro, mostró que la depresión entre mujeres con al menos un hijo menor de 5 años se eleva en México al 19,9% (equivalente a 2 millones de mujeres).

Es decir, 1 de cada 5 mujeres presentan un cuadro depresivo que, de no ser detectado y atendido, se podría prolongar y agravarse.

La psicóloga Erica Medina explica que no se deben confundir los síntomas de la depresión posparto con la tristeza, también conocida como "baby blue".

"Hay quienes confunden esta tristeza, que se debe en gran medida al cambio hormonal y que dura unas dos o tres semanas después del parto. Generalmente, tras ese periodo, la mujer vuelve a regularse y no necesita atención médica", admite.

La depresión posparto puede identificarse por la intensidad de sus síntomas, además del tiempo que dura la tristeza en la mujer. "Si ésta dura meses o hasta un año, es importante el tratamiento", asegura.

Según Medina Serdán, dos son los principales factores que evitan que este problema sea tratado de manera conveniente son "la falta de dinero y la culpa o vergüenza que sienten las madres al sentirse tristes".

Según la especialista, de las mujeres que sufren depresión posparto, sólo el 50 % acuden a buscar ayuda con un psicólogo o psiquiatra. Conforme al estudio del INSP, las tasas de detección y atención son bajas (17.06 % y 15.19 %, respectivamente) y se explican por la falta de herramientas, protocolos y capacitación adecuadas para el reconocimiento de este desorden mental en las mujeres embarazadas por el personal clínico, además de que muchas mujeres no cuentan con afiliación a las instituciones de salud públicas del país.

"No hay un protocolo para detectar esta enfermedad", admite Medina Serdán, "ni siquiera los ginecólogos que están más en contacto con las mujeres tienen demasiada información", agrega.

La especialista explica que en otros países como Estados Unidos, Australia y España, a quienes se sospecha tienen este tipo de enfermedad, se les realiza la llamada prueba de Edimburgo, un escala para determinar el nivel de depresión posparto "pero en México no se hace".

No obstante, Medina Serdán destaca que el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), institución con la que ella colabora, está trabajando con el fin de afrontar este problema que afecta a las madres en México.

"El INPRFM está comenzando a trabajar. La doctora Asunción Lara inició una investigación que se convirtió en un manual acerca de cómo intervenir en esta situación".

Aunado a ello, el Instituto ha comenzado a dar cursos en línea dirigido a médicos, ginecólogos y personal que está involucrado en la atención de la mujer después del parto, con la finalidad de combatir este problema en México.

6.3.- Prevención de Manejo de la Depresión.

La depresión hace referencia a una amplia gama de problemas de salud mental caracterizados por la ausencia de afectividad positiva (una pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras), bajo estado de ánimo y una serie de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y de conducta asociados. Continúa siendo problemático distinguir los grados de humor, desde el estado depresivo clínicamente significativo (por ejemplo, depresión mayor) a aquellos estados depresivos “normales”, pues no existe ningún punto de corte claro entre ellos, por lo que se debería considerar los síntomas de depresión cuando aparecen de manera continua y severa (Lewinsohn P, 2000).

El embarazo y el parto son momentos críticos en la adaptación psicológica de las mujeres y suelen ir acompañados de trastornos del sueño, cansancio, pérdida de la libido y pensamientos ansiosos sobre el bebé (NICE, 2007). En este contexto, algunos cambios en el estado mental y el funcionamiento pueden ser considerados como una parte normal del proceso. Sin embargo, estos acontecimientos significativos y estresantes de la vida pueden incrementar el riesgo de un trastorno mental y de una nueva recaída precipitando un trastorno preexistente, en particular en las mujeres con otros factores de riesgo conocidos. Además, las mujeres que están embarazadas o en el puerperio pueden desarrollar o tener los mismos problemas de salud mental que otros adultos (NICE, 2007). Por otra parte, existe una evidencia creciente de los riesgos de no tratar los trastornos mentales en el período prenatal y posparto, incluido el daño potencial duradero al niño (Weinberg M, 1998; Gao W, 2007; Van den Bergh B, 2005).

La depresión perinatal es especialmente importante porque se produce en un momento crítico en la vida de la madre, su bebé y su familia. Si no se trata a tiempo, puede dar lugar a un efecto prolongado y deletéreo sobre la relación entre la madre

y el bebé y sobre el desarrollo psicológico, social y educativo del niño. La relación entre la madre y su pareja también puede verse afectada negativamente (SIGN 127, 2012). La morbilidad de la depresión clínica frecuentemente se prolonga debido a un retraso en el diagnóstico, o a un tratamiento inadecuado.

El estigma y la vergüenza que sienten los enfermos que pueden ser reacios a “confesar” sus sentimientos son frecuentemente factores importantes en el diagnóstico tardío. Tal reticencia es especialmente común en la depresión perinatal, cuando los sentimientos de culpa y de fracaso pueden ser intensos. Una madre puede temer que se le considere incapaz de cuidar de su hijo (SIGN 127, 2012).

La enfermedad mental es también un factor significativo en la mortalidad materna. Se ha encontrado que el suicidio, aunque poco frecuente, sigue siendo una de las principales causas de muerte materna en el Reino Unido, por ejemplo. En la mayoría de las mujeres que mueren por suicidio se ha encontrado presente un grave trastorno del estado de ánimo (SIGN 127, 2012). La depresión prenatal es un factor de riesgo para depresión posparto, y muchos casos de depresión detectados en el posparto pueden haber comenzado en el período antenatal. Algunos estudios que utilizan cuestionarios de autoinforme sugieren una asociación entre la depresión prenatal y la depresión durante la adolescencia en los hijos.

También se están desarrollando pruebas sobre una asociación entre la depresión prenatal y los malos resultados del comportamiento en los hijos (SIGN 127, 2012). La depresión posparto no tratada se asocia con efectos perjudiciales en el desarrollo infantil. El desarrollo cognitivo, emocional, social y conductual del niño puede verse afectado, tanto a corto como a largo plazo.

Las madres deprimidas dan más respuestas negativas y menos respuestas positivas en las interacciones con sus hijos. Se ha demostrado que las madres que padecen depresión posparto representan una influencia negativa durante el primer año de vida en los bebés en cuanto al conocimiento de idiomas, el desarrollo social y emocional y los cocientes de inteligencia (especialmente en niños).

6.4 Promoción.

A todas las mujeres embarazadas se les debe preguntar acerca de historia personal de psicosis posparto, otros trastornos psicóticos (especialmente trastorno afectivo bipolar y esquizofrenia) y trastorno depresivo grave. Las mujeres con alto riesgo de padecer enfermedad mental grave posparto deben tener un plan detallado para el manejo psiquiátrico durante las etapas avanzadas del embarazo y el período posparto temprano, de acuerdo con la mujer y compartido con los servicios de maternidad, el equipo de obstetricia de la comunidad, las trabajadoras sociales, servicios de salud mental y la propia paciente. Con el consentimiento de la paciente, debe guardarse en su expediente una copia del plan.

El plan debe identificar qué tipo de apoyo será requerido y a quién contactar si surgen problemas, junto con sus datos de contacto (incluso fuera de horarios normales), e incluir las decisiones sobre manejo medicamentoso al final del embarazo, el puerperio inmediato y respecto de la lactancia materna. Todas las mujeres en edad fértil que toman medicamentos psicotrópicos deben estar conscientes de los posibles efectos de los medicamentos sobre el embarazo. Deberá discutirse con ellas el uso de métodos anticonceptivos confiables.

Como mínimo, todos los profesionales de la salud que prestan atención durante el período perinatal deberían recibir una formación enfocada en habilidades de comunicación centrada en la mujer y en evaluación psicológica. Los médicos deben estar conscientes de la identidad cultural y las preferencias de cuidado de la salud de las personas a su cargo.

PREVENCIÓN

Se debe preguntar acerca de síntomas depresivos, como mínimo, al ingreso de la paciente y después del nacimiento, entre las 4 a 6 semanas y los 3 a 4 meses posparto. Los servicios de atención primaria y maternidad deben desarrollar estrategias pertinentes a nivel local para asegurarse de que puedan proporcionar

atención psicosocial adecuada y culturalmente sensible a todas las mujeres en sus comunidades

La enfermedad psiquiátrica materna, sin tratamiento o tratada inadecuadamente, puede dar lugar a un mal cumplimiento con la atención prenatal, a nutrición inadecuada, a exposición a medicamentos adicionales o remedios a base de hierbas, a aumento en el consumo de alcohol, a déficits en la vinculación madre- hijo y a alteración del entorno familiar

Siempre que sea posible, es recomendable un manejo multidisciplinario que involucre al obstetra de la paciente, un clínico en salud mental, al proveedor de atención primaria y al pediatra. Las mujeres identificadas en riesgo de suicidio (a través de la evaluación clínica o de la escala de Edimburgo) deben ser específicamente evaluadas. Cualquier riesgo inmediato deberá ser manejado y deberán considerarse las opciones de asistencia y tratamiento. También debe preguntarse por la seguridad del

6.5 Diagnóstico.

La evaluación básica de la depresión incluye la historia, el examen del estado mental y el examen físico.

- Tomar una historia detallada de los síntomas que se presentan y determinar la gravedad y la duración del episodio depresivo

- ° Establecer una historia de episodios previos, episodios maníacos o hipomaníacos anteriores, abuso de sustancias y otras enfermedades psiquiátricas

- ° Buscar la coexistencia de otras condiciones médicas. Comprobar si hay antecedentes familiares de trastornos mentales, depresión y suicidio

- ° Establecer los antecedentes personales y los apoyos y recursos disponibles

- Evaluar el deterioro funcional y determinar los acontecimientos de vida y factores de estrés

- Hacer un examen del estado mental. Esto incluye evaluación de la gravedad de los síntomas, psicóticos o no

- Todas las evaluaciones de la depresión deben incluir una evaluación del riesgo de suicidio, de autolesiones y del riesgo de daño a otros

- Realizar un examen físico para excluir condiciones médicas o quirúrgicas

- Las pruebas de laboratorio pueden estar indicadas si existe necesidad de descartar condiciones médicas que pueden causar síntomas similares

Tan temprano como sea práctico durante el embarazo y 6 a 12 semanas después de un parto, todas las mujeres deben ser cuestionadas en torno a sus ámbitos psicosociales, como parte de la atención normal. Si una mujer afirma la presencia de factores psicosociales, se debe preguntar si le gustaría obtener ayuda con cualquiera de estos temas. La Escala de Edimburgo o las preguntas de Whooley pueden ser utilizadas en el período prenatal y posparto como auxiliares para seguimiento clínico y para facilitar la discusión de los problemas emocionales.

En el primer contacto de una mujer con los servicios de salud, tanto en el embarazo como en el puerperio, los profesionales de la salud (incluyendo parteras, obstetras, trabajadores sociales y médicos) deben preguntar acerca de: ñ La existencia de una enfermedad mental grave actual o anterior, incluyendo la esquizofrenia, el trastorno bipolar, psicosis puerperal y depresión grave ñ Si ha habido tratamientos previos por un psiquiatra/especialista del equipo de salud mental, incluida la atención hospitalaria ñ Historia familiar de enfermedad mental perinatal ñ Otros factores determinados, como malas relaciones con su cónyuge, no se deberían utilizar para la predicción de rutina del desarrollo de un trastorno mental

En el primer contacto de una mujer con atención primaria, en las consultas programadas y durante el puerperio (generalmente a las 4 a 6 semanas y a los 3 a 4 meses) los profesionales sanitarios (incluyendo parteras, obstetras, trabajadores

sociales y médicos) deben hacer dos preguntas para identificar una posible depresión: ¿Durante el último mes ¿se ha sentido a menudo molesta, triste o desanimada? ¿Durante el último mes, ¿se ha sentido preocupada por haber perdido interés y satisfacción en hacer cosas? Se debería considerar una tercer pregunta si la mujer responde "sí" a cualquiera de las dos preguntas iniciales: ¿Cree usted que necesita ayuda y le gustaría que le ayudaran? Si una mujer responde "sí" a cualquiera de las preguntas de identificación de la depresión, el médico tendría que revisar el estado mental de la persona, la funcionalidad asociada y las dificultades interpersonales y sociales. Se debe preguntar por síntomas depresivos, como mínimo, al ingreso de la paciente y de 4 a 6 semanas después del nacimiento y 3 a 4 meses posparto. Para las mujeres consideradas de alto riesgo (aquellas con trastorno depresivo previo o actual), la investigación sobre los síntomas depresivos debe hacerse en cada contacto

6.7 Tratamiento.

La depresión posparto puede prolongarse y tener un efecto perjudicial sobre la relación entre la madre y el bebé y en el desarrollo cognitivo y emocional del niño. Sin embargo, la respuesta a las intervenciones farmacológicas y psicosociales es buena. Antes de tomar las decisiones sobre el tratamiento, los profesionales sanitarios tendrían que valorar con la mujer los riesgos absolutos y relativos de tratar y no tratar la depresión durante el embarazo y el período posparto. Ellos tendrían que:

- ° Reconocer la incertidumbre en torno a los riesgos
- ° Explicar el riesgo de malformaciones fetales en mujeres embarazadas sin trastorno mental
- ° Describir los riesgos utilizando las frecuencias naturales en lugar de porcentajes (por ejemplo, si tiene dos alternativas: una implica un riesgo 1 de cada 100 y la otra 25 de cada 100, utilice esta comparación que tiene denominadores comunes en lugar de 1 de cada 100 y 1 de cada 4)

- ° Si es posible, utilizar ayudas de decisión en una variedad de formatos verbales y visuales que se centren en una visión individualizada de los riesgos

- ° Proporcionar material escrito para explicar los riesgos (de preferencia individual)

Para el manejo de las pacientes con depresión es importante el asesoramiento general en un estilo de vida saludable. Los consejos deberían abordar:

- ° Uso de alcohol y drogas ñ Dieta y comportamientos alimentarios

- ° Mantenimiento de las redes sociales y las actividades personalmente significativas

- ° Problemas de sueño Existen diversas técnicas de manejo de la depresión, a saber: Manejo psicosocial (terapias psicosociales, de soporte, intervenciones de pareja, intervenciones madre-infante, actividad física), terapias farmacológicas (que varían durante el embarazo, el puerperio y la lactancia), terapia electro convulsiva (TEC) y terapias complementarias y alternativas. Manejo farmacológico en el embarazo ñ Los siguientes medicamentos están contraindicados en el primer trimestre del embarazo: paroxetina, benzodiazepinas, litio, carbamazepina y ácido valproico ñ En vista de la asociación con daños para el feto y el recién nacido, la paroxetina generalmente no debe iniciarse como terapia de primera línea en el embarazo. Para las mujeres que ya toman paroxetina debe llevarse a cabo una evaluación de los riesgos y beneficios individuales antes de que se tome una decisión para continuar el uso o cambiar a otro antidepresivo

Iniciar con opciones terapéuticas no farmacológicas (intervenciones ambientales y psicoterapia) 8 Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención

-Evitar en lo posible el uso de antidepresivos durante las primeras 12 semanas de gestación

-Indicar ISRS (excepto la paroxetina), cuando sea necesario incluir farmacoterapia en el tratamiento de la depresión durante el embarazo y lactancia

-Es preferible el uso de un solo medicamento en una dosis más alta, que el uso de múltiples medicamentos para el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas durante el embarazo

- Cuando se decida interrumpir los antidepresivos, éstos deben disminuirse gradualmente en vez de hacerlo repentinamente, para reducir los efectos secundarios de la interrupción

Manejo farmacológico en el posparto

° Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos pueden ser ofrecidos para el tratamiento de la depresión posparto de moderada a severa, pero con consideraciones adicionales sobre el uso de antidepresivos durante la lactancia

° No se recomienda el uso de terapia de estrógenos en el tratamiento rutinario de pacientes con depresión posparto

° Todos los antidepresivos, una vez iniciados, se deben continuar por lo menos 4 a 6 semanas

° Las pacientes con un primer episodio de depresión sin síntomas psicóticos deben ser tratadas con antidepresivos a dosis completa durante 6 a 9 meses después de la remisión de los síntomas

° Las pacientes que tienen un segundo episodio de depresión se deben mantener en tratamiento durante 1 a 2 años; la duración puede depender de los factores de riesgo de recurrencia y las preferencias de la paciente.

° Las pacientes con más de dos episodios de depresión se deben mantener en tratamiento durante 2 años o más, o incluso toda la vida; la duración puede depender de los factores de riesgo de recurrencia y las preferencias de la paciente.

° En la toma de decisiones sobre el uso del tratamiento farmacológico en el período posparto, esto debe ser sopesado contra una mínima exposición posible al bebé durante la lactancia.

Manejo farmacológico durante la lactancia ñ La lactancia materna tiene beneficios claros tanto para la madre como para el niño y, al tomar la decisión de recomendar la lactancia materna, estos beneficios deben sopesarse frente a los riesgos para el recién nacido de la exposición a medicamentos durante la lactancia.

° La mayoría de los medicamentos se transfieren a través de la leche materna, aunque muchos de ellos se encuentran en niveles muy bajos y probablemente no son clínicamente relevantes para el recién nacido.

° La lactancia debe interrumpirse inmediatamente si un lactante desarrolla síntomas anormales probablemente asociados con la exposición al medicamento

° Evitar la doxepina para el tratamiento de la depresión en las mujeres que están amamantando. Si se inicia tratamiento con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina durante la lactancia materna, deberá evitarse el uso de fluoxetina, citalopram y escitalopram.

° La lactancia materna es una decisión individual para cada mujer. Los médicos deben apoyar a las mujeres en su elección y ser conscientes de que tomar medicamentos psicotrópicos prescritos de forma rutinaria no es una contraindicación para comenzar o continuar con la lactancia materna .

° Si está disponible, y cuando los síntomas están en el rango de leve a moderada, la psicoterapia es el tratamiento de primera línea para las mujeres que amamantan, ya que no conlleva ningún riesgo conocido para el niño. Las madres deben ser monitoreadas y reevaluadas. Si no mejora o sus síntomas se agravan, el tratamiento con antidepresivos debe ser considerado.

Si la madre no tiene antecedentes de tratamientos antidepresivos, un antidepresivo, como la paroxetina o la sertralina, que tiene pruebas de los niveles más bajos en la leche materna y en la sangre del infante y que presentan pocos efectos secundarios, son una primera opción apropiada

° Las estrategias que pueden ser utilizadas para disminuir la exposición de los infantes, pero para los que hay poca evidencia, incluyen la administración de medicamentos inmediatamente después de la alimentación y del ordeñamiento, eliminando la leche materna obtenida durante los niveles plasmáticos máximos.

Manejo con terapia electro convulsiva.

° No se ha encontrado evidencia de buena calidad relacionada con el uso de la terapia electro convulsiva en el embarazo. Basados en los reportes de casos, una revisión concluyó que la TEC administrada durante el embarazo es efectiva y que los riesgos para la mujer y el niño son bajos.

La terapia electro convulsiva es un tratamiento eficaz a corto plazo para el trastorno depresivo mayor y debe ser considerada en pacientes que no han respondido a la terapia con antidepresivos. Las pacientes deben mantenerse con antidepresivos después de una respuesta exitosa a la terapia electroconvulsiva.

La terapia electroconvulsiva puede ser considerada como tratamiento de primera línea para las pacientes con depresión severa y con retraso psicomotor grave (asociada a rechazo de la alimentación que conduce al compromiso nutricional y deshidratación), tendencias suicidas activas y características psicóticas.

La terapia electroconvulsiva puede considerarse también en situaciones en las que se requiere de una respuesta antidepresiva particularmente rápida, como en el embarazo y en pacientes con afecciones médicas comórbidas que impiden el uso de medicamentos antidepresivos. Remedios herbales y suplementos nutricionales la hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) y otras medicinas alternativas no deben utilizarse durante el embarazo y la lactancia.

No se ha identificado evidencia de buena calidad para el uso de cromo, ginseng, ginkgo biloba, glutamina o selenio como tratamientos autónomos para pacientes con depresión.

7.- ANTECEDENTES DE DEPRESION POSPARTO.

El puerperio inicia después de la expulsión fetoplacentaria y abarca de 6 a 12 semanas. Es un periodo de ajuste en el cual el organismo regresa a su estado no gestacional. Predominan procesos involutivos y reparativos de los sistemas que se modificaron durante la gestación, así como cambios endocrinos que permiten el inicio de la lactancia, el reinicio del ciclo ovárico y la menstruación. 1 La maternidad es una función que lleva tiempo establecerse, por lo tanto es muy importante dar a la madre todo el apoyo emocional, la orientación y los cuidados físicos que se requieran. Así mismo se desarrollan conductas psicológicas que conllevan a una adaptación física y a la creación de lazos afectivos con el recién nacido.

1 CLASIFICACIÓN.El puerperio ha sido dividido en:

Puerperio inmediato: Primeras 24 horas después del parto

Puerperio mediato: Se extiende hasta la primera semana postparto.

- Puerperio tardío: Incluye el periodo de tiempo requerido para la involución de los órganos genitales y el reinicio de la menstruación, usualmente 6 semanas en las mujeres no lactantes, y el regreso de la función cardiovascular normal y psicológica, las cuales pueden requerir meses. El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo. Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto. Algunas mujeres experimentan síntomas transitorios y leves. Sin embargo, entre 8 y 25% de las mujeres manifiestan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente.

En este último grupo, permanecen sin diagnosticar el 50% de los casos.

7.1 Antecedentes de Depresión Posparto.

El puerperio inicia después de la expulsión fetoplacentaria y abarca de 6 a 12 semanas. Es un periodo de ajuste en el cual el organismo regresa a su estado no gestacional. Predominan procesos involutivos y reparativos de los sistemas que se modificaron durante la gestación, así como cambios endocrinos que permiten el inicio de la lactancia, el reinicio del ciclo ovárico y la menstruación.

La maternidad es una función que lleva tiempo establecerse, por lo tanto es muy importante dar a la madre todo el apoyo emocional, la orientación y los cuidados físicos que se requieran. Así mismo se desarrollan conductas psicológicas que conllevan a una adaptación física y a la creación de lazos afectivos con el recién nacido.

CLASIFICACIÓN. El puerperio ha sido dividido en:

- **Puerperio inmediato:** Primeras 24 horas después del parto.

- **Puerperio mediato:** Se extiende hasta la primera semana postparto.

- **Puerperio tardío:** Incluye el periodo de tiempo requerido para la involución de los órganos genitales y el reinicio de la menstruación, usualmente 6 semanas en las mujeres no lactantes, y el regreso de la función cardiovascular normal y psicológica, las cuales pueden requerir meses.

El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo. Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto. Algunas mujeres experimentan síntomas transitorios y leves. Sin embargo, entre 8 y 25% de las mujeres manifiestan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. En este último grupo, permanecen sin diagnosticar el 50% de los casos.

La causa específica de depresión se desconoce en muchos casos, parece ser el resultado de una combinación de factores como predisposición genética (historia familiar), bioquímicas (desequilibrio de neurotransmisores), factores del ambiente y

estrés (pérdida de un ser querido, problemas económicos, problemas en las relaciones interpersonales, cambio significativo de vida, etc.), factores hormonales y reproductivos (ciclo menstrual, embarazo, aborto, posparto y menopausia), factores psicológicos y sociales (baja autoestima y tendencia a la preocupación excesiva).

En la mujer específicamente se presenta el síndrome disfórico premenstrual, depresión en el embarazo y depresión posparto. El síndrome disfórico premenstrual implica síntomas afectivos como labilidad; conductuales, como cambios en los patrones de alimentación; y físicos como edema, cefalea e hipersensibilidad mamaria.

Este patrón aparece en un momento específico de cada ciclo menstrual y desaparece durante cierto tiempo entre ellos. Existe también la depresión en el embarazo, la cual se presenta en forma severa en una de cada diez mujeres embarazadas. Durante el puerperio, factores bioquímicos y estrés psicológico pueden desencadenar trastornos psiquiátricos en la mujer y ocasionar la depresión posparto.

No se sabe con exactitud la causa por la cual las mujeres se deprimen con mayor frecuencia que los hombres. Aunque no hay un factor causal directo, se cree que interfieren factores genéticos, hormonales, sociales, y del estilo de vida de la mujer.

7.2.- Depresión Posparto.

Se define a la Depresión Posparto (DPP) como un estado de ánimo donde se presentan sentimientos de tristeza, llanto fácil, falta de esperanza, anorexia, inquietud, disturbios en el sueño y labilidad emocional. Estado que empieza dentro de las 4 a 6 semanas después del parto con una incidencia de 3 a 27% que puede durar de un mes hasta más de un año.

Se ha sugerido muchas etiologías especialmente la de los conflictos que se presentan al asumir el papel de madre, una personalidad inadecuada, episodios depresivos previos y la caída dramática en los niveles hormonales.

Se estima que alrededor del 10 al 15% de las madres sufre de depresión posparto y que aproximadamente 2 de 1000 mujeres presenta psicosis durante el primer año de vida de su hijo

La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo o en el posparto son de gran importancia, no sólo por su asociación con los indicadores de morbi-mortalidad, sino también, por las consecuencias y sus posibles complicaciones.⁵

De ahí que en los últimos años se viene intentando optimizar el diagnóstico y poner a disposición tratamientos tempranos y eficientes para prevenir y tratar estos trastornos.⁶

La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) menciona que los Trastornos Afectivos Posparto son aquellos trastornos que se inician durante las primeras cuatro semanas posteriores al parto.⁷

Dentro de estas se encuentran.

“Baby blues” o Síndrome del tercer día.

Es un estado de depresión leve y labilidad emocional que se presenta en la primera semana después del parto y usualmente se resuelve en horas o días sin ningún tratamiento. Generalmente aparece entre el tercer y séptimo día posparto con duración de hasta dos semanas.

Es un trastorno muy común en el posparto, Rossler menciona que la prevalencia varía entre el 20 y 40%; sin embargo autores latinoamericanos como Orejanera menciona que la prevalencia puede llegar hasta un 80%.⁵⁻⁷

Entre los síntomas se presenta labilidad afectiva, irritabilidad, ansiedad tristeza, pero no son lo suficientemente intensos para producir un deterioro significativo en la mujer que la padece.

El desarrollo de estos síntomas no está relacionado con historia personal psiquiátrica, la lactancia o la paridad, sin embargo estos factores pueden influir en

el inicio de una Depresión Posparto posterior a un periodo de Baby blues hasta en el 20% de los casos.⁶

Las actitudes maternas frente al niño, son muy variables, pero pueden incluir desinterés, miedo a encontrarse sola con el niño, o excesiva atención que dificulta que la madre tenga un descanso adecuado.

Se han desarrollado dos hipótesis que intentan explicar este fenómeno. La primera relaciona los síntomas depresivos con la disminución de progesterona durante el posparto. La segunda hipótesis menciona que en condiciones normales, la oxitocina colabora con la conducta de apego entre madre e hijo.

No obstante ante la presencia de tensión emocional pueden disminuir los niveles de esta y relacionarse con los síntomas depresivos y ansiosos en mujeres más susceptibles a estrés psicosocial. ⁶

Si los síntomas persisten por más de 10 días se debe de investigar la presencia de depresión posparto.

7.3.- Depresión Posparto sin Psicosis (DPSP).

Este trastorno está presente en el 10% a 20% de las mujeres en diferentes países durante los siguientes 6 meses posteriores al parto. En Estados Unidos de Norteamérica una de cada ocho mujeres padece este trastorno.

Se presenta antes de las sexta semana posparto y su duración es de entre tres y seis meses aunque hay artículos que mencionan que se prolonga este periodo hasta los catorce meses. Por definición la sintomatología depresiva debe estar presente por más de dos semanas después del parto para distinguirla del “Baby blues”.

En cuanto a su prevalencia se estima de 19.3% en la segunda semana después del parto y de 22.5% a las cuatro semanas del mismo.

Los principales factores de riesgo identificados son: antecedente familiar o personal de depresión, trastorno disfórico premenstrual, presencia de ansiedad o depresión durante el embarazo o de “Baby blues”, el alto estrés psicosocial de ser madre

soltera, la disfunción de pareja, la baja autoestima materna, el bajo nivel socioeconómico, los embarazos no deseados y no planeados, la imposibilidad de lactar o bien, el cese temprano de la lactancia.

Se caracteriza por una tendencia al llanto fácil, irritabilidad, por la presencia de sentimientos de culpa y obsesivos compulsivos, por un rechazo hacia el recién nacido o bien reticencia a asumir su cuidado, por pérdida de la libido y, en los casos graves, por la presencia de ideación suicida.

El no realizar un tratamiento específico para la depresión durante este periodo puede acarrear grandes consecuencias tanto para la madre como el hijo y la familia en general. Para la madre este puede ser el inicio de un trastorno depresivo recurrente, y para el niño poseer una madre depresiva puede contribuir a desarrollar problemas cognitivos, de comportamiento, interpersonales y emocionales durante su vida. Además se ha comprobado que los hijos de madres con Depresión Posparto (DPP) son menos activos, pero más irritables y desatentos en su infancia temprana.

7. 4.- Depresión Posparto con Psicosis (DPCP).

Se presenta entre el 0.1 y 0.2% de los pospartos. En sus formas graves implica un peligro serio tanto para la vida de la madre como del niño.

Klompnhower define la depresión posparto con psicosis como un cuadro de psicosis confusional que se desarrolla en mujeres sanas caracterizada por períodos fluctuantes de alucinaciones, delirios y estados de confusión que suelen comenzar en las 6 o 12 semanas posteriores al parto.

Se presentan también alucinaciones visuales, olfatorias así como labilidad emocional, desorientación y confusión. Estos síntomas suelen ser oscilantes y hay una elevada probabilidad de que las madres presenten ideas persistentes de agredir a su hijo y con esto, riesgo elevado de que lo lleve a cabo. La Depresión Posparto Con Psicosis está presente en dos terceras partes del total de los infanticidios.

La etiología y los factores de riesgo asociados al desarrollo de depresión posparto con psicosis y sin ella son similares.

Estudios realizados acerca de Depresión Posparto.

. A nivel internacional.

En algunos países de Latino América se han realizado varios estudios acerca de la prevalencia de DPP en las últimas dos décadas y en Europa, específicamente en España se ha abordado el tema de forma más temprana. A continuación se realiza una breve reseña de los estudios más representativos realizados en la última década.

En el período comprendido de septiembre de 1997 y hasta septiembre de 1998 se llevó a cabo en el Hospital Clínico de Barcelona un estudio con una muestra compuesta por todas las mujeres que acudieron al Servicio de Obstetricia y Ginecología para realizar la visita de control del puerperio (a las 6 semanas del parto) observándose que el número de madres con DPP diagnosticadas fue de 334 pacientes.

Se realizó un estudio para determinar la incidencia de depresión posparto en madres adolescentes que fueron asistidas en el área de obstetricia del hospital Luis MI Morillo King de la ciudad de La Vega, R.D., del 1 de Julio de 1996 al 1 de Enero de 1997, encontrándose que 284 eran adolescentes y que de éstas el 82.7% (235) presentaron algún grado de depresión posparto, y que la misma está relacionada estrecha mente a la edad, estado civil, nivel de escolaridad, procedencia, deseo o no del embarazo, apoyo familiar durante el mismo, así como el apoyo de la pareja y la condición del recién nacido al momento del nacimiento.

En la Facultad de Psicología en Universidad de Valencia, España en el 2001 se realizó un estudio en el que se estudio una muestra formada por un grupo de 101 mujeres residentes en la Ciudad de Valencia en el que sobresalió que un número elevado de mujeres eran primíparas (65%).

En Latino América en los últimos 5 años se han realizado los siguientes estudios:

En el año 2006 se llevo a cabo un estudio en Santiago de Chile, aplicando la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS). La muestra estuvo constituida por 159 mujeres que acudieron a los consultorios entre la semana 4 y la 44 del período posparto. En las últimas dos semanas, 90,6% de las mujeres estaba deprimida la mayor parte del día, casi todos los días.

En el mismo año, es decir 2006, en la ciudad de Bucaramanga en Colombia se llevo a cabo un estudio en madres adolescentes en una muestra de 286 mujeres pertenecientes a 11 instituciones de salud de dicha ciudad durante las primeras horas del período posparto, presentando sólo 19 casos positivos para Depresión posparto.¹⁷

En el año 2008, en Chile en un centro de atención primaria se realizo un estudio de prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto a unamuestra de 73 mujeres entre los 40 y 45 días posparto a prevalencia de DPP fue 50,7% encontrándose una prevalencia de DPP fue 50,7%.

En el 2009, en el Hospital Universitario de Maracaibo, Universidad del Zulia en Venezuela se llevo a cabo un estudio de prevalencia de DPP tanto en primigestas como multigestas, en una muestra conformada por 100 mujeres puérperas atendidas en ese centro asistencial durante ese año. Esta muestra fue separada en dos grupos de 50 sujetos cada uno, de acuerdo con su paridad, fijándose como criterios para su inclusión puerperio tardío, edad mayor de 19 años y menor de 35 años, ausencia de enfermedades psiquiátricas previamente diagnosticadas, y deseo voluntario de participar en la investigación observándose que el 90% de las primigestas fueron positivas para riesgo de depresión postparto y el 92% de las multíparas también, así mismo se observó que según DSM IV se evidenció que fueron finalmente diagnosticadas con depresión posparto el 20% de las primigestas y el 24% de las multíparas. No hubo una asociación estadísticamente significativa entre paridad y depresión posparto.

En el mismo estudio se observó los factores de riesgo asociados a DPP en la misma universidad se realizó un estudio para destacando que solo los trastornos médicos durante el embarazo, la enfermedad del neonato, no contar con el apoyo de su pareja, presentar antecedentes de depresión o melancolía o tener un nivel educativo primario o inferior, mostraron una asociación significativa con el desarrollo de DPP.

El nacimiento mediante cesárea y no contar con el apoyo familiar presentaron una asociación significativa con el riesgo de DPP; mientras que el parto vaginal o haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria mostraron tener un efecto protector.

Estudios realizados a nivel nacional.

En nuestro país se han realizado pocos estudios acerca de la Depresión Postparto a pesar de la frecuencia que la literatura reporta.

En un estudio realizado en la Unidad de Medicina Familiar número 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el año 2003, con una muestra de 38 mujeres embarazadas que acuden a control prenatal durante mayo a noviembre del año 2002, reportó que la prevalencia de depresión durante el embarazo fue de 47.7%, los factores de riesgo encontrados fueron hacinamiento, abortos previos, violencia psicológica y sexual por parte de sus parejas y el tipo de personalidad materna. En este estudio, aproximadamente la mitad de las mujeres embarazadas presentan depresión por lo que esto puede estar relacionado al tamaño de la muestra. En las mujeres mexicanas se ha demostrado que la EDPS es un instrumento confiable y válido para ser utilizado como tamiz en la detección de trastornos depresivos postparto según un estudio realizado en el año 2004 en 264 mujeres que acudieron a la consulta externa en el Instituto Nacional de Perinatología. Señalando también que la prevalencia de DPP en nuestro país es de 21.5%.¹¹

En el mismo año en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz se realizó un estudio en neonatos, hijos de madres con algún trastorno del estado

de ánimo el cual mostro que los bebes con antecedente de madres con alguna psicopatología tuvieron menor maduración en el sistema motor.

En el 2006 se realizo de forma simultánea un estudio Frecuencia de DPP en 2 Unidades de Medicina Familiar tanto del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Clínica Dr. Ignacio Chávez) y del IMSS (Tlalnepantla) aplicándose 130 cuestionarios, se detectaron de acuerdo a los criterios del DSM IV, 32 pacientes (24.6%) y con el Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, 22 pacientes(16.9%) sospechosas de depresión posparto respectivamente siendo la edad promedio de las madres de 29.4 años, casadas un 70.8%, la mayoría amas de casa 47.7% y profesionistas 23.1%, edad promedio de los bebes tres meses, el 71% vivían con su pareja e hijos.

Posteriormente en Durango en el año de 2009 se realizo un estudio en hospitales públicos para determinar la prevalencia de depresión posnatal y las características epidemiológicas asociadas en una población de mujeres, estudiándose 178 mujeres con una a 13 semanas posparto.

Se les aplicó la Escala de Depresión Posnatal de Edinburgh, y la depresión se evaluó utilizando los criterios del DSM-IV. Además, se obtuvieron datos socios demográficos, clínicos y psicosociales de las participantes. Dando como resultado 58 se encontraban deprimidas (32.6 %), observándose frecuencias significativamente mayores de depresión en mujeres con escasa escolaridad, con más de tres años de vida con su pareja, no aseguradas y residentes del medio rural. El análisis multivariado mostró que la depresión posnatal se asoció significativamente con depresión previa, antecedente de depresión posnatal, depresión, ansiedad y estrés durante el embarazo, estrés después del embarazo, trauma, mala relación o abandono de la pareja, embarazo no deseado, problemas familiares, y vivir sin la pareja.

En un estudio efectuado en el 2010 en el Hospital de Gineco-Pediatría núm. 48 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en León, Guanajuato en el que se captaron mujeres durante el puerperio inmediato, se aplicó la escala de Edimburgo para determinar tristeza materna en 1,134 mujeres, 21 (1.8%) tuvieron diagnóstico de tristeza materna. Los factores significativos relacionados con ésta fueron: el antecedente de hijos muertos, episodios de depresión, y alteraciones en el sueño

7.5.- Etiología de los trastornos afectivos posparto.

Existen algunas teorías que tratan de explicar la etiología de la depresión posparto entre las que encontramos

Teorías bioquímicas:

a. Fenómeno de retirada: Dado el descenso rápido de las hormonas sexuales, asociado a la modificación de colesterol plasmático el estradiol y el estriol son las formas biológicamente activas de los estrógenos que son producidos por la placenta y se incrementa durante el embarazo entre 100 y 1000 veces respectivamente.

Se han realizado estudios en animales los cuales demuestran que el estradiol eleva la acción neurotransmisora de la serotonina al aumentar sus síntesis y disminuir su recaptación. La brusca disminución de los niveles de estradiol posterior al parto, podría explicar la Depresión Posparto.

Hormonas tiroideas: La incidencia de la función tiroidea anormal aumenta levemente después del parto. En los seis meses posteriores al parto, las mujeres experimentan algún tipo de disfunción tiroidea, entre un 7 y 23% comparado con un 3 a 4% en la población general.

Aunque la disfunción tiroidea no ha sido identificada como un factor determinante en la mayoría de mujeres que desarrollan Depresión Posparto sin Psicosis, puede jugar un papel importante debido a que la disminución de la función glandular puede afectar el estado de ánimo ya que se asocia con la disminución de los niveles de la actividad de la serotonina central.

Se han encontrado anticuerpos tiroideos en 11,6% de las mujeres en el posparto lo cual se le atribuye al efecto inmunosupresor de los niveles altos de cortisol durante

el embarazo seguido de un fenómeno inmune de rebote después del parto, lo cual produce una alta incidencia de anticuerpos antitiroideos.

Existen hallazgos que han apoyado a esta teoría demostrando que existe una mayor incidencia de tiroiditis autoinmune en el período puerperal y la elevada concentración de anticuerpos microsomales y antitiroglobulina entre el cuarto y sexto mes posparto asociado a síntomas depresivos.

Hormonas hipofisarias: Los niveles de prolactina alcanzan valores hasta 140 ng/ml al final del embarazo y declinan a las 3 semanas posteriores al parto. Se ha sugerido que la prolactina juega un papel importante en esta entidad ya que se ha observado que mujeres no embarazadas que tienen síntomas de ansiedad y depresión presentan estados de hiperprolactinemia patológica.

d. Disminución en el nivel de Triptófano libre en suero: La disponibilidad del triptófano circulante es el factor principal que regula la actividad de la enzima que constituye un paso limitante en la síntesis de serotonina cuyo descenso juega un papel predominante como desencadenante de depresión.

Oviedo y Jordan mencionan que durante el quinto y sexto día posparto se registra una reducción de los niveles plasmáticos de triptófano, principalmente en las madres con Baby blues y que dicha reducción persiste hasta por seis meses en las madres deprimidas.

Sin embargo la administración de triptófano en el embarazo no ha demostrado prevenir la DPP con lo que parece no existir algún 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 encontrado en la DPP con psicosis

Antecedentes psiquiátricos previos:

La historia personal de depresión previa aumenta la incidencia de Depresión Posparto en un 10 a 24% de las mujeres. Si la depresión ocurre durante el embarazo

el riesgo es mayor (35%). Los antecedentes familiares de depresión también juegan un papel muy importante en el desarrollo de la DPP.

a. Factores psicológicos:

El embarazo y el parto precisan la adaptación de la mujer a una serie de cambios. El modelo de madre ideal, abnegada 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 ocasiona problemas psicológicos que pueden manifestarse durante el embarazo y después de este. Al igual que tener un hijo no deseado provoca desde el inicio alteraciones del vínculo madre-hijo.

Factores de morbilidad:

Morbilidad materna. La existencia de dificultades para lograr un embarazo 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 a la presencia de anomalías o enfermedades como problemas respiratorios, infecciosos, prematurez, bajo peso, ictericia, muerte neonatal y otros.

Factores psicosociales y sociodemográficos:

La percepción subjetiva de falta de apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos ya sea para realizar las tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional, por parte de familiares o de su pareja, aumenta el riesgo de padecer estos trastornos.

La existencia de otros acontecimientos como el cambio de domicilio, la pérdida del puesto de trabajo, el fallecimiento de un familiar o los conflictos con la pareja, son también factores de riesgo para el desarrollo de esta patología.

En un estudio realizado en Argentina en 140 mujeres durante el puerperio se observó un mayor porcentaje de depresión en las mujeres de 15 a 20 años, en mujeres primíparas y en mujeres que no contaban con una pareja estable.

Un estudio realizado en Colombia por Canaval y cols demostró que un porcentaje elevado de mujeres con sintomatología depresiva el cual varía entre el 50 y 60%, las cuales se relacionan con poco apoyo social, poca disponibilidad de recursos, vivir en unión libre, el dedicarse al hogar y tener oficios de bajo status.

Consecuencias de la Depresión Posparto.

La existencia de depresión en la madre tiene repercusiones en el desarrollo del niño, las cuales van a depender de la duración de la misma. Las consecuencias más frecuentes son:

1. Alteración en la relación madre-hijo. La relación entre ellos se ha definido como negativa cuando la madre se encuentra deprimida caracterizándose por el rechazo, la hostilidad, la crítica y la indiferencia afectiva.

2. Alteraciones en el desarrollo cognitivo. Rosello y cols en un estudio realizado en hijos de mujeres primíparas que cursaron con depresión posparto durante el primer año encontraron alteraciones en el desarrollo cognitivo a los 28 meses de edad, sin embargo en este aspecto el estudio aún no es concluyente.

3. Socialización deficiente. Los hijos de madres deprimidas presentan una menor sociabilidad lo cual se le atribuye a la falta de estimulación y al poco contacto materno que tienen los hijos de madres deprimidas durante el primer año de vida.

4. Alteraciones en la educación de los hijos. La crianza de los hijos se ve influida cuando la madre presenta Depresión Posparto (DPP) y la importancia de la crianza sobre el desarrollo social del niño se relaciona con la trascendencia de la estimulación, la sensibilidad, y el contacto materno durante los primeros años de vida e el desarrollo social de los niños.

5. Alteraciones en la dinámica familiar. La depresión es una enfermedad crónica que afecta la vida familiar y reduce la capacidad de adaptación social tanto de la madre como de la familia.

7.6.- Diagnóstico de Depresión Posparto.

El diagnóstico de la depresión post-parto, se hace clínicamente, mediante entrevistas y cuestionarios, para lograr definir si la madre padece de algún trastorno depresivo que pueda afectar la maternidad.

El inventario de depresión posparto de Beck (DBI) y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EDPS) han sido ampliamente utilizadas para evaluar la depresión posparto, el BDI como escala genérica para evaluar sintomatología depresiva y el EDPS como escala específica para evaluar depresión posparto.

La escala EDPS fue diseñada por Cox et al (1987) en Edimburgo, específicamente para detectar estados depresivos en el período postnatal. Es un instrumento específico muy utilizado en estudios actuales, en el ámbito de la salud materno infantil, sobre todo en la población anglosajona. Este cuestionario ha mostrado una sensibilidad del 88% y una especificidad del 92.5 % para depresión mayor. Su aplicación dentro de las 3 o 4 primeras semanas puede contribuir a una mejor efectividad en el diagnóstico precoz, de hecho, en varios estudios se ha demostrado una mayor tasa de prevalencia de este problema, no porque haya aumentado, sino por haber sido diagnosticada oportunamente.

Ha demostrado ser de especial utilidad tanto en la clínica como en la investigación, habiéndose probado su eficacia para detectar estados depresivos en el ámbito hospitalario y de atención primaria y en los propios hogares de las madres.²⁹

Ha sido traducida a múltiples idiomas y se ha probado en poblaciones de madres de diferentes países

Los ítems de la escala de EDPS son puntuables de 0 a 3, de menor a mayor intensidad o frecuencia de los síntomas. Contiene 10 ítems con cuatro posibles alternativas de respuestas de acuerdo a la severidad de los síntomas durante la

última semana, puntuados del 0 a 3. El rango total va de 0 a 30. La puntuación máxima es de 30, cuando el resultado es mayor a 10 indica riesgo de depresión

Esta escala es utilizada como tamizaje ya que el diagnóstico de depresión es clínico. La sensibilidad de la EDPS es del 85% con un valor predictivo positivo del 73% para identificar a las mujeres con depresión posparto.10-29

La ventaja de este diagnóstico precoz es que el adecuado tratamiento permite evitar los efectos a corto y largo plazo, tanto en la madre como en la familia en general.

7.7. Tratamiento.

El objetivo es mantener o mejorar la salud mental de la mujer, minimizando los riesgos para el embrión/feto en desarrollo. Se debe recomendar interrumpir el consumo de cafeína, nicotina y alcohol. Al mismo tiempo, debe intentarse maximizar las posibilidades de descanso.

7.8.- Intervenciones Psicoterapéuticas.

Muchas pacientes con depresiones leves a moderadas pueden ser tratadas exclusivamente con psicoterapia. Tanto las técnicas de relajación, la terapia cognitivo- conductual, como la psicoterapia de apoyo pueden ser muy útiles para tratar la ansiedad que frecuentemente acompaña a la depresión.

Para los síntomas anímicos, siempre que no sean intensos, suele preferirse la terapia cognitivo conductual (TCC) o la psicoterapia interpersonal (Interpersonal Psychotherapy) (PIP). Por lo general se usan en su modalidad individual, pero también se pueden emplear en su versión grupal. Pese a que la evidencia a favor de la psicoterapia de orientación psicodinámica es limitada, los expertos plantean que se trata de una opción razonable si no se dispone de TCC o de PIP.

7.9 Tratamiento Farmacológico.

Se debe considerar su uso de psicofármacos en embarazadas con depresiones moderadas a severas cuando hay una alta probabilidad de recidiva. Por comprensibles razones éticas, no se cuenta con estudios sobre la eficacia de los

antidepresivos en el tratamiento de la depresión de mujeres embarazadas. Sin embargo, no hay razones para pensar que la respuesta terapéutica de las mujeres grávidas debiera ser distinta a la observada en mujeres no embarazadas. Es más, se cuenta con guías para el tratamiento de la depresión durante la gestación.

La mayor cantidad de datos relacionados con los antidepresivos y el período grávido proviene del uso de los inhibidores selectivos de la recaptura serotonina (ISRS), especialmente fluoxetina, sertralina, citalopram y paroxetina. En general, el conjunto de los datos reunidos hasta ahora muestra escasa evidencia de teratogénesis derivada del uso de antidepresivos durante la gestación o de efectos adversos asociados a la exposición durante la lactancia.

Se puede decir que los ISRS (salvo, tal vez, la paroxetina) son una buena opción terapéutica y suelen preferirse durante la gestación/posparto; representan una alternativa segura, incluso en el primer trimestre del embarazo. Algunos autores aconsejan evitar el uso de la paroxetina en gestantes o mujeres que planean embarazarse. La razón es que durante 2005 y 2006 algunos estudios mostraron que los recién nacidos cuyas madres habían tomado paroxetina en el primer trimestre del embarazo tenían dos veces mayor riesgo de presentar malformaciones congénitas cardíacas, más comúnmente problemas del septum ventricular.

En términos absolutos el riesgo es pequeño, de dos por cada 1.000 nacimientos; por lo cual no se puede considerar que este fármaco sea un teratógeno mayor. Incluso un estudio reciente, que incluyó 1.174 neonatos provenientes de ocho centros distintos, reveló que no había un aumento en el riesgo de malformaciones asociado al uso de paroxetina en el primer trimestre. Con todo, hace años se están reportando casos de síndromes de privación neonatal de ISRS en niños cuyas madres los han ingerido en el tercer trimestre, por lo que, independiente de si finalmente se confirma o descarta el potencial teratogénico de la paroxetina, dicho fármaco no constituye una buena alternativa durante la gravidez porque a menudo se asocia a síndrome de discontinuación.

Universo de Trabajo.

305 mujeres en etapa de puerperio antes de las 5 semanas posteriores al parto o cesárea.

.1 Criterios de inclusión.

| Mujeres que acudieron a atención de parto o cesárea al Hospital General de Ecatepec “Dr. José Ma. Rodríguez”.

| Mujeres que cursen la etapa de puerperio mediato y tardío.

| Mujeres en etapa de puerperio que accedieron de forma voluntaria a contestar la encuesta.

VI.4.2 Criterios de exclusión.

| Mujeres que cursen posparto inmediato.

| Mujeres que cursen posparto mediato pero el producto se encuentre

hospitalizado ya sea en neonatología o medicina interna pediátrica por alguna patología.

Criterios de eliminación.

| Mujeres en etapa de puerperio mediato o tardío que refieran presentar

alcoholismo o alguna toxicomanía.

| Mujeres en etapa de puerperio mediato o tardío que no accedan a contestar la encuesta de forma voluntaria.

| Mujeres que previo a su embarazo presentaban trastornos psiquiátricos ya diagnosticados (Esquizofrenia) con o sin tratamiento.

| Mujeres en etapa de puerperio mediato o tardío que una vez que comiencen a contestar la encuesta, decidan por cualquier razón no continuar.

La Depresión Postparto es una enfermedad que afecta a muchas mujeres cada año, pero como no es un padecimiento muy difundido, muchas de quienes lo presentan no son tratadas, e incluso la mayoría de ellas lo ignora.

La Depresión Postparto es una condición seria, común y tratable, que tiene repercusiones a corto y largo plazo en la salud del niño y la madre, es habitualmente sub-diagnosticada por los profesionales de la salud, por lo que se requiere implementar estrategias de tamizaje para aumentar la tasa de detección.

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo es una herramienta fácil de aplicar, bien aceptada por los profesionales de salud y por las madres, y que permite aumentar significativamente la tasa de detección de síntomas depresivos.

Es posible que la evaluación de estas pacientes se realice a través de una entrevista psiquiátrica estructurada, a cargo de médicos capacitados, quienes podrían iniciar el tratamiento oportunamente en los casos que lo requieran, derivando sólo a aquellas pacientes con sintomatología más severa o con morbilidad psiquiátrica.

Las pacientes estudiadas presentaban un perfil de mujeres en Unión Libre, adultas jóvenes, con bajos niveles de escolaridad, amas de casa, con antecedentes heredofamiliares de depresión y antecedente personal con cuadros depresivos previos al embarazo. El tipo de parto si fue un factor determinante en el padecimiento de depresión posparto ya que en quienes se obtuvo el producto por parto fueron quienes la presentaron. La separación de los padres no actuó como un factor predisponente que contribuyera a la aparición de Depresión Posparto.

Todo lo anterior ayudará a dar a conocer y a poner en evidencia la necesidad de trabajo en equipo multidisciplinario para el manejo de las pacientes embarazadas, además de la captación temprana de una paciente que podría estar evidenciando el primer episodio franco de una enfermedad mental mayor (trastorno mental del espectro afectivo, esquizofrenia, entre otros).

7.10 Depresión preparto.

El miedo a la futura maternidad y la situación que pueda rodear al embarazo, suelen ser las causas más comunes de la **depresión preparto**, una depresión que no ha sido tan estudiada como la que ocurre en las semanas siguientes al nacimiento del bebé (depresión postparto, que afecta al 10-15% de las mujeres que han dado a

luz) aunque puede afectar de forma directa al desarrollo de las capacidades cognitivas del bebé.

Algunas mujeres consideran los síntomas de la depresión preparto como algo propio de la gestación, motivo por el que la mayoría no recibe ningún tratamiento para esta patología. Esta depresión representa el principal factor de riesgo para sufrir una depresión postparto después de dar a luz, con riesgo de recaídas en casi el 50% de las mujeres si la depresión ya estaba presente antes de la gestación e interrumpieron el tratamiento antidepressivo.

Según un estudio publicado en el por la Universidad de Bristol del Reino Unido (2001), la depresión preparto tiene mayor incidencia que la del postparto y **sugiere que las mujeres que están deprimidas durante el embarazo tienden a tener bebés con un ritmo de desarrollo más lento de lo habitual. Este estudio sugiere** que esta dolencia debería ser estudiada más profundamente para intensificar su protección y tratamiento. No obstante, los autores del documento muestran preocupación por el uso abusivo de medicación antidepressiva durante el embarazo, por lo que recomiendan otro tipo de tratamientos no farmacológicos efectivos que no entrañen riesgos.

El estudio de Bristol se realizó con 13.799 mujeres que iban a dar a luz entre el 1 de Abril de 1991 y el 31 de Diciembre de 1992. Mediante la realización de encuestas y entrevistas, se siguió su estado anímico en dos grupos: El primero, desde las 18 hasta las 32 primeras semanas de gestación y el segundo, de las ocho semanas hasta los ocho meses posteriores al parto.

Del total de participantes en el estudio, la proporción de mujeres con una probable depresión era de 11,9% en las primeras 18 semanas de embarazo; 13,5% a las 32 semanas; 9,1% en las 8 semanas posteriores al nacimiento y 8,1% en los 8 meses siguientes.

Los resultados mostraron que **las probabilidades de depresión eran mayores en el primer periodo (mujeres embarazadas), que tras las ocho semanas después del nacimiento.**

Observaron la relación entre el nivel de depresión que presentaron las mujeres durante el embarazo y cualquier problema de desarrollo en el niño. Como resultado se observó que **las mujeres con depresión persistente durante el embarazo eran un 50% más propensas a tener hijos con determinados problemas, y a dar a luz bebés prematuros.**

Además, en un estudio posterior de la misma universidad (2005), se indica que los bebés cuyas madres padecieron depresión preparto, son más vulnerables a padecer problemas psicológicos hasta diez años después.

Por otro lado, **Verónica O'Keane**, psiquiatra prenatal del Instituto de Psiquiatría del King's Collage de Londres, presentó posteriormente un estudio en el que se confirma que **la depresión durante el embarazo puede provocar partos prematuros y/o complicados, factores que suelen ser consecuencia del uso de medicación antidepresiva durante la gestación.** Según la Dra. O'Keane, muchos de los partos prematuros que no tienen causa médica se deben a la depresión de la madre durante el embarazo, señalando como posible causa la sobreestimulación del cortisol (hormona del estrés) y la CRH (hormona liberadora de la *corticotropina*).

Si durante la gestación los niveles hormonales son más altos de lo habitual, los órganos del bebé se desarrollan más rápido pero el cerebro se puede ver afectado, quedando más pequeño de lo normal.

El obstetra Michel Odent fundó en 1987 el 'Primal Health Research Center' de Londres Centro de Investigación en Salud Primal, con el objetivo de estudiar las consecuencias a largo plazo de las primeras experiencias de vida y la influencia del **periodo primario** (desde la concepción hasta el primer año de vida), en la salud posterior y en algunos comportamientos tales como sociabilidad, agresividad o la capacidad de amar. Indica que los estudios demuestran la gran correlación que existe entre lo que ocurre en el periodo primario y las enfermedades de adulto, afectado sobre todo al ámbito de la sociabilidad y la agresividad.

Odent nos habla también del **posible efecto nocebo en el cuidado prenatal**, conector de que el desarrollo del bebé en el útero está influenciado por el estado emocional de la madre y que en un elevado número de visitas prenatales las mujeres adquieren elevados niveles de estrés a causa de la multitud de patologías que pueden padecer y los múltiples tratamientos y medidas a las que se ven sometidas durante la gestación.

8.- MUCHAS EMBARAZADAS CON DEPRESIÓN NO SE TRATAN.

Algunas mujeres confunden los síntomas de la depresión con algo normal de la gestación. Por eso, entre otras cosas, creen los investigadores de la Universidad de Michigan (Estados Unidos) que la mayor parte de las embarazadas con algún trastorno depresivo no son detectadas ni tratadas adecuadamente.

Estas conclusiones se extraen de un trabajo publicado en la revista 'General Hospital Psychiatry' en el que 276 embarazadas con riesgo de depresión son entrevistadas y sometidas a cuestionarios empleados en el diagnóstico de la depresión.

El 17% de las participantes atravesaba una depresión grave pero **sólo el 33% recibía algún tratamiento**. Además, el 23% tenía una historia previa de depresión mayor, que precisa un seguimiento continuo debido al riesgo de recaída. Sin embargo, sólo el 20% seguía terapia.

"Estas mujeres se ajustaban al perfil clínico de la forma más severa de depresión. Sabemos que **se beneficiarían enormemente de cualquier intervención**, pero sólo el 33% recibía tratamiento", explica Haether Flynn, psicóloga y líder de la investigación.

8.1.- La Depresión Antenatal.

La depresión antenatal afecta a un 10-15% de las mujeres, representa el principal factor de riesgo para la depresión postparto y tiene un elevado porcentaje de recaídas durante la gestación. A pesar de esto, la mayor parte de las embarazadas que sufren este trastorno no son diagnosticadas, sin diferencia alguna de raza, educación o condición socioeconómica.

Sólo aquellas que habían tenido un contacto previo con los servicios de asistencia psicológica acudían en busca de ayuda al detectar alguno de los síntomas de la depresión. Para los autores, esto se explica por la capacidad de identificar estos síntomas como lo que son y como algo normal del embarazo.

"Muchas de las pacientes a las que veo no se dan cuenta de que **la forma en la que se sienten no es normal**, especialmente durante la gestación", explicó Flynn. "Atribuyen su fatiga, somnolencia y otros problemas a su estado o no creen que puedan estar deprimidas. Las que sospechan que algo no va bien, no piensan que el tratamiento funcione".

Además, al analizar la situación de las embarazadas que sí tomaban antidepresivos, Flynn y su equipo se dieron cuenta de que sólo el 43% de las del grupo de riesgo seguía el régimen apropiado, mientras que entre las que padecían un trastorno depresivo, sólo el 11% se medicaba adecuadamente.

"Aunque sería muy difícil hacer un seguimiento como el que hemos hecho aquí de toda la población de riesgo, parece lógico que aquellas mujeres que sufren claramente una depresión reciban la ayuda necesaria.

La enfermera hablará contigo acerca de tus sentimientos, pensamientos y salud mental para distinguir entre un caso de melancolía posparto a corto plazo y una forma de depresión más grave. No te avergüences, la depresión posparto es común. Comparte tus síntomas con el médico para que pueda crear un plan de tratamiento útil para ti.

Como parte de la evaluación, de la enfermera puede:

Hacer una prueba de detección de depresión que incluya un cuestionario.

Ordenar un análisis de sangre para determinar si una tiroides poco activa está contribuyendo a los signos y síntomas.

Ordenar otras pruebas, si están justificadas, para descartar otras causas para los síntomas.

8.2.- Tratamiento.

El tiempo de tratamiento y recuperación varían según la gravedad de la depresión y las necesidades individuales. Si tiene una tiroides poco activa o una enfermedad de base, el médico puede tratar esos trastornos o derivarte al especialista correspondiente. Es posible que la enfermera te derive a un profesional de la salud mental

Melancolía materna

Generalmente, la tristeza materna se atenúa sola después de unos pocos días a una o dos semanas. Mientras tanto, debes hacer lo siguiente:

Descansa todo lo que puedas.

Acepta ayuda de tus familiares y amigos.

Conéctate con otras madres primerizas.

Dedica tiempo a cuidar de ti misma.

Evita el consumo de alcohol y drogas recreativas que pueden empeorar tu estado de ánimo.

8.3.- Depresión posparto.

En general, la depresión posparto se trata con psicoterapia (también llamada terapia de conversación o apoyo psicológico), medicamentos, o ambos.

Psicoterapia. Quizás te sirva hablar sobre tus preocupaciones con un psiquiatra, un psicólogo u otro profesional de salud mental. A través de la terapia, puedes encontrar mejores formas de afrontar tus sentimientos, resolver problemas, plantear

objetivos realistas y responder a situaciones de manera positiva. A veces, la terapia familiar o de pareja también puede ayudar.

Antidepresivos. El médico puede recomendarte un antidepresivo. Si estás amamantando, cualquier medicamento que tomes pasará a la leche materna. Sin embargo, la mayoría de los antidepresivos se pueden tomar durante la lactancia con poco riesgo de producir efectos secundarios para el bebé. Colabora con el médico para evaluar los posibles riesgos y beneficios de los antidepresivos específicos.

Con el tratamiento correspondiente, los síntomas de la depresión posparto suelen mejorar. En algunos casos, la depresión posparto puede continuar, y volverse una depresión crónica. Es importante continuar el tratamiento incluso después de comenzar a sentirte mejor. Suspender el tratamiento demasiado pronto puede provocar una recaída.

8.4.- Psicosis posparto.

La psicosis postparto requiere tratamiento inmediato, generalmente en el hospital. Entre los tratamientos pueden incluirse los siguientes:

Medicamentos. El tratamiento puede precisar una combinación de medicamentos, como antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo y benzodiazepinas, para controlar los signos y los síntomas.

Terapia electroconvulsiva. Si la depresión posparto es grave y sufres de psicosis posparto, se puede recomendar la terapia electroconvulsiva si los síntomas no responden al medicamento.

La terapia electroconvulsiva es un procedimiento en el que pequeñas corrientes eléctricas se transmiten al cerebro y así se provoca intencionalmente una convulsión breve. Al parecer, la terapia convulsiva produce cambios en la química del cerebro que pueden reducir los síntomas de la psicosis y la depresión, en especial cuando otros tratamientos no han sido efectivos.

El tratamiento de la psicosis posparto puede dificultar la capacidad de lactancia de la madre. La separación del bebé dificulta la lactancia y algunos medicamentos que

se utilizan para tratar la psicosis posparto no se recomiendan para las madres que amantan. Si sufres de psicosis posparto, la enfermera o puede ayudarte a superar estos desafíos.

8. 5.- Estilo de vida y remedios caseros.

Además del tratamiento profesional, puedes hacer cosas por ti mismo que colaboren con el plan de tratamiento y ayuden a acelerar la recuperación.

Elije un estilo de vida saludable. Incluye actividad física, como caminar con tu bebé, y otras formas de ejercicios en tu rutina diaria. Intenta tener un buen descanso. Ingiere alimentos saludables y evita el consumo de bebidas alcohólicas.

Establece expectativas realistas. No te presiones para hacerlo todo. Reduce tus expectativas de una familia perfecta. Haz lo que puedas y deja el resto.

Tómate un tiempo. Tómate un tiempo y sal de tu casa. Eso significa pedirle a tu pareja que cuide al bebé o arreglar con una niñera. Haz algo que disfrutes, como un pasatiempo o alguna forma de entretenimiento. También puedes programar tiempo a solas con tu pareja o tus amigos.

Evita la soledad. Habla con tu pareja, familiares y amigos acerca de cómo te sientes. Pregúntales a otras madres sobre sus experiencias. Romper con la soledad puede ayudarte a sentirte una persona nuevamente.

Pide ayuda. Intenta sincerarte con las personas que son cercanas a ti y hazles saber que necesitas ayuda. Si alguien se ofrece a cuidar de tu bebé, permíteselo. Si puedes dormir, toma una siesta, o quizás puedas ver una película o juntarte a tomar un café con amigos. También puedes sacar provecho al pedir consejos relacionados con las aptitudes para la crianza que pueden incluir técnicas de cuidado para mejorar el sueño del bebé y aliviar su molestia y llanto.

Recuerda que cuidar al bebé incluye cuidarte a ti misma.

8.6.- Estrategias de afrontamiento y apoyo.

El período posterior al nacimiento de un bebé, que ya es estresante y agotador, se hace más difícil cuando aparece la depresión. Sin embargo, recuerda que la depresión posparto nunca es culpa de nadie. Es una enfermedad frecuente que requiere tratamiento.

Por eso, si tienes problemas para enfrentar la depresión posparto, habla con un terapeuta. Pregúntale a tu médico o a tu terapeuta sobre grupos de apoyo locales para madres que recién tuvieron hijos o para mujeres que padecen depresión posparto.

Cuanto antes obtengas ayuda, más pronto reunirás todas las herramientas necesarias para enfrentar la depresión y disfrutar de tu nuevo bebé.

8.7.- Preparación para la consulta.

Después de la primera consulta, el médico puede derivarte a un profesional de salud mental, que puede crear el plan de tratamiento correcto para ti. Puedes pedirle a un familiar o un amigo de confianza que te acompañe a tu consulta para ayudarte a recordar toda la información proporcionada.

8. 8.- Los síntomas que has tenido y su duración.

Todos los problemas médicos, incluidos los trastornos físicos o trastornos de salud mental, como depresión

Todos los medicamentos que tomas, incluidos los medicamentos de venta libre y de venta bajo receta, las vitaminas, las hierbas y otros suplementos, y las dosis

Preguntas para hacerle al médico

Estas son algunas preguntas para hacerle al médico:

¿Cuál es mi diagnóstico?

¿Qué tratamientos tienen mayor probabilidad de ayudarme?

¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de los tratamientos que me propone?

¿Cuánto espera que mejoren mis síntomas con el tratamiento, y en cuánto tiempo?

¿Los medicamentos que me está recetando son seguros para tomar durante la lactancia?

¿Durante cuánto tiempo tendré que seguir el tratamiento?

¿Qué cambios en el estilo de vida pueden ayudarme a controlar los síntomas?

¿Con qué frecuencia debería realizar las consultas de seguimiento?

¿Tengo un riesgo mayor de presentar otros problemas de salud mental?

¿Estoy en riesgo de que esta enfermedad vuelva a aparecer si tengo otro bebé?

¿Existe alguna manera para prevenir una reaparición si tengo otro bebé?

¿Hay algún material impreso que pueda llevarme a casa? ¿Qué sitios web me recomienda?

No dudes en hacer cualquier otra pregunta durante la consulta.

Una enfermera profesional de la salud mental que te atienda debido a una posible depresión posparto puede hacerte las siguientes preguntas:

¿Cuáles son tus síntomas y cuándo comenzaron?

¿Los síntomas han mejorado o empeorado con el tiempo?

¿Los síntomas afectan tu capacidad para cuidar a tu bebé?

¿Sientes que el vínculo con tu bebé es como esperabas?

¿Puedes dormir cuando tienes la posibilidad y levantarte de la cama cuando es momento de despertarse?

¿Cómo describirías tu nivel de energía?

¿Has notado cambios en tu apetito?

¿Con qué frecuencia dirías que te sientes ansiosa, irritable o enojada?

¿Has pensado en hacerte daño o en dañar a tu bebé?

¿Cuánto apoyo tienes en el cuidado de tu bebé?

¿Hay otros factores estresantes significativos en tu vida, como problemas financieros o de relación?

¿Te han diagnosticado otras enfermedades?

¿Alguna vez te han diagnosticado alguna enfermedad mental, como depresión o trastorno bipolar? De ser así, ¿qué tipo de tratamiento te ayudó más?

Tu enfermera de atención primaria o profesional de la salud mental te hará preguntas adicionales según tus respuestas, síntomas y necesidades. Prepararte y anticipar las preguntas te ayudará a aprovechar al máximo tu consulta.

9.- CONCLUSIÓN.

La depresión postparto es una de las patologías que pueden dar lugar después de dar a luz. Sin embargo, también es una de las menos tratadas. Así lo demuestra el **I Estudio sobre la depresión postparto en España**, llevado a cabo por Suavinex.

Gracias a vuestra participación en la encuesta que llevamos a cabo hace unos días hemos podido datos tan interesantes como que el 35,14% de las madres españolas afirma haber pasado por esta terrible enfermedad. Es decir, más de un tercio de ellas. Además, casi todas han tenido síntomas de depresión postparto.

Llama la atención que, pese a ser algo tan común como estamos viendo, las mujeres afirman desconocer este tema. Así, casi el 40% de las mujeres que aún no son madres no sabe lo que es la depresión postparto. En los hombres, no padres, el problema se agrava aún más, pues casi la mitad de ellos confiesa no haber oído hablar de este trastorno.

Las madres sí que son más conscientes del problema; lo que nos indica que desde el embarazo existe un proceso de documentación en torno al tema. En este proceso tienen mucho que ver los blogs y redes sociales. Esta conclusión se hace aún más evidente cuando vemos que el 43,3% de las mujeres que afirma haber tenido depresión postparto (o al menos algunos síntomas) confiesa que, lejos de recibir un diagnóstico profesional, lo descubrió a través de una de estas plataformas.

La depresión postparto no recibe la atención profesional que merece

Quizás por vergüenza, por falta de confianza o puede que por considerarlo innecesario. Pero la realidad es que solo el 17% de las mujeres que afirmaron haber pasado por ello recibieron tratamiento profesional. Hasta el punto de que más de la mitad, de hecho, afirman haberlo superado por ellas mismas y sin ayuda. Esto nos hace pensar que sufrieron de diversos síntomas de tristeza o melancolía sin llegar

al grave estado de depresión. No obstante, cualquier señal que indique que la madre no se encuentra bien debe ser valorado y por supuesto tratado en su justa medida. Toda mujer merece ser escuchada y atendida por profesionales de la salud.

El papel de la pareja

El rol de la pareja en los momentos iniciales del postparto puede ser vital, llegando a ser el mastil que sujete la salud emocional de la mujer en esta fase de su vida. Un porcentaje nada despreciable de las encuestadas dice que pudo superar estos síntomas de tristeza o incluso depresión por sí mismas. No dudamos que la pareja tuvo un importante papel.

Por desgracia 1 de cada 7 mujeres participantes, con o sin depresión postparto, afirman no haber sentido el apoyo emocional suficiente por parte de su pareja. Algo muy a tener en cuenta en estos tiempos que corren donde conciliación y corresponsabilidad son dos términos que van de la mano. De nuevo gracias a todos por vuestra participación. La depresión postparto y el postparto en general no tiene toda la visibilidad y atención que merecen. Esperamos que gracias a este estudio y a los datos que arroja podamos poner los primeros peldaños para construir un sistema de atención a la mujer mucho más sólido y eficaz.

La Depresión Postparto es una enfermedad que afecta a muchas mujeres cada año, pero como no es un padecimiento muy difundido, muchas de quienes lo presentan no son tratadas, e incluso la mayoría de ellas lo ignora. La Depresión Postparto es una condición seria, común y tratable, que tiene repercusiones a corto y largo plazo en la salud del niño y la madre, es habitualmente sub-diagnosticada por los profesionales de la salud, por lo que se requiere implementar estrategias de tamizaje para aumentar la tasa de detección. La Escala de Depresión Postparto es una herramienta fácil de aplicar, bien aceptada por los profesionales de salud y por las madres, y que permite aumentar significativamente la tasa de detección de síntomas depresivos. Es posible que la evaluación de estas pacientes se realice a

través de una entrevista psiquiátrica estructurada, a cargo de médicos capacitados, quienes podrían iniciar el tratamiento oportunamente en los casos que lo requieran, derivando sólo a aquellas pacientes con sintomatología más severa o con comorbilidad psiquiátrica. Las pacientes estudiadas presentaban un perfil de mujeres en Unión Libre, adultas jóvenes, con bajos niveles de escolaridad, amas de casa, con antecedentes heredofamiliares de depresión y antecedente personal con cuadros depresivos previos al embarazo. El tipo de parto si fue un factor determinante en el padecimiento de depresión posparto ya que en quienes se obtuvo el producto por parto fueron quienes la presentaron. La separación de los padres no actuó como un factor predisponente que contribuyera a la aparición de Depresión Posparto. Todo lo anterior ayudará a dar a conocer y a poner en evidencia la necesidad de trabajo en equipo multidisciplinario para el manejo de las pacientes embarazadas, además de la captación temprana de una paciente que podría estar evidenciando el primer episodio franco de una enfermedad mental mayor (trastorno mental del espectro afectivo, esquizofrenia, entre otros).

10.- BIBLIOGRAFÍA.

10.1.- Básica.

OMS. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud Depto. de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. 2014 Organización Mundial de la Salud [Consultado el 4 de mayo de 2017].

Reyes López, J.; Urtaran Ibarzabal, Z., Prieto Doménech, S., Herraiz Soler, Y., Depresión durante el embarazo; Enfermería Integral Artículos científicos; Valencia; Junio 2017

Arcaso Terrén, C.; García Esteve, L.; Navarro, P.; Aguado, J.; Ojuel, J.; Tarragona, M. J.; Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas; ScienceDirect; Medicina Clínica Elsevier; Volumen 120; Capítulo 9; páginas 326-329. Barcelona, España; 2015

Sierra Manzano, J. M.; Carro García, T.; Ladrón Moreno, E.; Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. Edimburgh postnatal depression scale; ScienceDirect; Medicina Clínica Elsevier; Volumen 30; Capítulo 2; páginas 103-111. Soria, España; 2017

Depresión posparto; Base de datos Medline, Actualizado en febrero 2014.

Jadresic, E.; Depresión posparto, Atención primaria; Medwave, revista biomédica; Diciembre 2014

Torres, Sepúlveda, P.; Huerta Araneda, P.; Depresión posparto: La experiencia maternal y sus mecanismos de defensa; Tesina Licenciatura en Psicología de la Universidad Academia de humanismo cristiano; Santiago de Chile, 2016.

Wolff, C.; Valenzuela, P.; Esteffan, K.; Zapata, D; Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias; Scielo; 2018.

Lawrie, T. A.; Herxheimer, A.; Dalton, K.; Estrógenos y progesterona para la prevención y el tratamiento de la depresión puerperal. Cochrane 6 de Octubre del 2017.

Navarro, V.; Tirosina y triptófano en el tratamiento de la depresión; Clinic Barcelona Hospital Universitari; 7 Agosto de 2017.

Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. BMJ 2017.

Oates, M., Cox, J., Neema, S., Asten, P., Glangeaud-Freudenthal, N., Figueiredo, B. et al. (2004). Postnatal depression across countries and cultures: A qualitative study. British Journal of Psychiatry Supplement, 2016.

Teresa Lartigue, J. Martín Maldonado-Durán, Itzel González-Pacheco Juan Manuel Saucedo-García. Depresión en la etapa perinatal. Perinatol Reprod Hum. vol. 22 no. 2; abril-junio 2018.

Lartigue T. Dinámica inconsciente de la depresión perinatal. En: Kolteniuk M, et al. (comps.). El Inconsciente freudiano. México: Editores de Textos Mexicanos; 2017

. Lartigue, T.; Martín Maldonado, J.; González Pacheco, I.; Saucedo García, J. M.; Depresión en la etapa perinatal; Medigraphic Artemisa; México; 2018

Depresión mayor; Base de datos Medline; Actualizado Octubre 2014.

Asistente de Plan de Cuidados Nanda Noc Nic.

Guía de la depresión. Asociación Nacional de Ayuda al Enfermo de Depresión (ANAED). Delegaciones en Madrid, Sevilla y Cádiz. Últimos archivos de Junio del 2014.

10.2.- Complementarias.

intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud Depto. de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. 2016 Organización Mundial de la Salud [Consultado el 4 de mayo de 2017].

. Sociedad Marcé Española (Mares) España. [Consultado el 4 de mayo de 2017].

Álvarez M, Alveano, J, Robinson, FA. (Dir.) Ácidos grasos omega-3 en gestantes y síntomas depresivos en el postparto, [Tesis de maestría en Ciencias de la Salud]. Morelia, Michoacán, México: Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2015

NICE. Antenatal and Postnatal Mental Health. The Nice Guideline on Clinical Management and Service Guidance. The British Psychological Society, Great Britain by Alden Press. 2016. Disponible en: Britain by Alden Press. 2007.

Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Astrom M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2018.

World Health Organization. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries: report of the meeting held in Geneva, Switzerland, 30 January - 1 February, 2008. Geneva: WHO Press; 2015.

Boyd, RC , Le HN. Review of screening instruments for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2015; 8: 141-153.

Clatworthy, J. (2014). The effectiveness of antenatal interventions to prevent postnatal depression in high-risk women. *Journal of Affective Disorders*.

Cohen LS, Wang B, Nonacs R, et al. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *Psychiatr Clin North Am*. 2016

Hirst KP, Moutier CY. Postpartum major depression. *Am Fam Physician*. 2017 Oct 15;82(8):926-33. 7. Jadresic E. Trastornos depresivos posparto. En: Correa E, Jadresic E, eds. *Psicopatología de la Mujer*. Santiago: Editorial. Mediterráneo, 2015

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4a ed. revised (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Press; 2015.

Pérez J. Trastornos del ánimo, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, Universidad de Chile. 2016.

Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev Méd Chile* 2017

.Wolf A, De Andraca I, Lozoff B. Maternal depression in three Latin American samples. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2017

Stuart S, Couser G, Schilder K et al: Postpartum anxiety and depression: onset and co-morbidity in a community sample. J Nerv Ment Dis 2016

.Hobfoll SER, Ritter C, Lavin C, Hulsizer MR: Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. J Consult Clin Psychol 2014

Jossefson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depression symptoms in late pregnancy and in the postpartum. Acta Obstet Gynecol Scand 2018

Peña D.M, Calvo J.M. Aspectos clínicos de la depresión posparto. Obstetricia integral 2018

Gregorio Evans M., Mcjohn Vicuña M, Rodrigo Marín. depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. Rev Chil Obstet Ginecol 2014

Orejarena SJ. Trastornos afectivos posparto. MedUNAB 2014

Ortega, T Latirgue, M.E. Figueroa. Prevalencia de depresión a través de la Escala de Depresión Perinatal Edinburgh (EDPS), en una muestra de mujeres Mexicanas Embarazadas. Perinatología Reproducción Humana. 2018

.J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky. British Journal of Psychiatry. Junio de 2015

Acuña M. Actualización en depresión posparto. EVIDENCIA en Atención Primaria, 2017

.M. Bloch et al. / Israel General Hospital Psychiatry 28 (2016)

Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Comparative incidence of depression in women and men during pregnancy and after childbirth. Validation of EPDS in Portuguese mothers. Br J Psychiatry 2014.

Ballard CG, Davis R, Cullen PC, Mohan RN, Dean C. Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. Br J Psychiatry 2015.

Risco L, Jadresic E, Galleguillos T, et al. Depresión posparto: alta frecuencia en puérperas chilenas, detección precoz, seguimiento y factores de riesgo. Psiquiatría y Salud Integral. 2018.

Canaval G, Gonzáles M, Martínez-Schallmoser L, et al. Depresión posparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. Colombia Med 2016.

11.- GLOSARIO.

A

Aborto. Se denomina aborto a la pérdida del feto o bebé que se estaba esperando. Se produce un aborto espontáneo cuando la pérdida del feto se produce antes de la semana 20. A partir de esta semana, se denomina parto prematuro. El aborto natural suele darse entre las semanas 6 y 8 de embarazo y su síntoma más evidente es la hemorragia vaginal. Normalmente sucede por alguna anomalía cromosómica en el feto.

Ácido fólico. Vitamina esencial durante el embarazo, responsable en gran medida del crecimiento de las células del feto y la producción del ADN. También se le conoce como vitamina B9, y participa en la producción de tejidos y órganos del bebé. El consumo adecuado de ácido fólico antes del embarazo y durante la gestación, disminuye el riesgo de parto prematuro, defectos neuronales, de columna vertebral o del labio del bebé. Su déficit durante la gestación puede producir espina bífida, labio leporino o anencefalia.

Albúmina: Proteína sintetizada en el hígado, importante en el transporte de hormonas.

Alumbramiento. Se denomina alumbramiento a la fase final del parto, cuando por fin, después de haber ayudado al bebé a nacer, se expulsa la placenta. Esto suele ocurrir minutos después del expulsivo. La placenta es el órgano encargado de alimentar y proteger al bebé durante los nueve meses de embarazo. Encargada de ofrecer todos los nutrientes necesarios y mantener alejado al feto de bacterias y gérmenes.

Amniocentesis. Prueba prenatal que consiste en la extracción de una pequeña muestra de líquido amniótico. Normalmente se realiza en torno a la semana 20 de embarazo. Su finalidad es detectar posibles defectos congénitos o anomalías en el bebé, como es el Síndrome de Down, enfermedades neurológicas o metabólicas. La muestra de líquido amniótico se extrae insertando una aguja muy fina en el útero a través del abdomen. La fiabilidad de los resultados es de más del 99%.

Amnioscopia. Prueba que se realiza en las últimas semanas de embarazo, cuando el feto ya tiene la cabeza encajada en la pelvis de la madre. Consiste en introducir un tubo hueco a través de la vagina para observar el estado del líquido amniótico. Si el líquido no es transparente, sino amarillo, marrón o verde, puede ser indicativo de presencia de meconio, y supone un riesgo para el bebé. El ginecólogo debe decidir si inducir o no el parto.

Anestesia epidural. Anestesia aplicada sólo en la parte inferior del cuerpo, de cintura para abajo, con la finalidad de mitigar los dolores de las contracciones y del expulsivo del parto. La aplica un anestesista especializado mediante una punción en la zona lumbar. Para ello, utiliza una aguja muy larga y gruesa que se infiltra en una zona de la columna vertebral. En el espacio abierto se introduce un catéter para ir administrando y controlando la anestesia durante todo el parto.

Anidamiento. Es la implantación o fijación del embrión al endometrio, esa mullida capa que recubre el útero por dentro. El óvulo, ya fecundado, llega al útero aproximadamente cuatro días después de que el espermatozoide consiguiera fecundar al óvulo. Dos días después de la llegada al útero, el 'cascarón' del óvulo se rompe y el embrión se pega al endometrio.

Ansiedad. Los cambios hormonales durante la gestación pueden producir ansiedad en la embarazada. Es ese miedo, estrés y nerviosismo que afecta

a la futura madre sobre todo cuando la fecha del parto se aproxima. La actividad física moderada y los ejercicios de relajación ayudan a combatir la ansiedad durante el embarazo.

Ansiedad: Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos.

Antojos. Se conocen coloquialmente como antojos, y no son otra cosa que caprichos de la embarazada por un alimento concreto o 'necesidad de satisfacción urgente' de la mujer gestante ante alguna carencia relacionada con un alimento. Puede ser por un sabor, o una mezcla de comidas. El antojo se debe o bien a los cambios hormonales que se producen durante la gestación o ante la necesidad de suplir una carencia nutricional.

Ardor de estómago. Es una de las molestias más típicas de las embarazadas durante la gestación. Se produce sobre todo en las últimas semanas, al final del embarazo. No es otra cosa que la sensación de sentir los jugos gástricos en el esófago de forma constante. Se produce por el desplazamiento del estómago hacia arriba por culpa del crecimiento del útero.

Areola. La areola es la parte oscura del pecho que rodea al pezón. Durante el embarazo, la areola se agranda y oscurece aún más. Las matronas la denominan 'segunda areola'. El objetivo de este cambio es llamar la atención del recién nacido para favorecer así la lactancia materna en cuanto el bebé nace.

C

Climaterio: período de tiempo en el que el organismo de la mujer va abandonando su época fértil. Se produce un agotamiento de los folículos ováricos, y un cese de hormonas reproductivas. Puede durar años. Aparece la menopausia, que es la última regla de la vida de una mujer.

Cognoscitivo: referente a la inteligencia o capacidad de aprender.

Cronograma: programación u organización según el orden en el tiempo de actividades, citas, etc. **Futilidad:** inutilidad de algún objeto o actividad.

D

Descansar: Dormir lo suficiente es muy importante para la salud física y psíquica.

Hay que procurar conciliar el sueño de la madre y del bebé, de manera que cuando el niño descanse, la madre también pueda descansar y recuperarse.

Diálogo: Es positivo que la paciente hable con su entorno sobre los sentimientos y problemas que han aparecido después del parto. Esconder la situación sólo ayudará a empeorarla.

M

Morbilidad materna: indicador de madres que enferman en un período de tiempo limitado, siguiendo algún parámetro que se esté sometiendo a estudio, como edad, zona geográfica, época del año, etc.

N

NIC: Nursing Interventions Classification, o clasificación de intervenciones de enfermería. Son las intervenciones propuestas para dar respuesta a los objetivos o NOC escogidos para el paciente en particular. Adjudica a cada intervención un número o código. Esta clasificación fue realizada por la Universidad de Iowa en 1991 y continúa desarrollándose día a día.

NOC: Nursing Outcomes Classification, o clasificación de resultados de enfermería. Son los resultados u objetivos deducidos a partir de la valoración y diagnóstico de la paciente a través de patrones de Enfermería. Adjudica a cada resultado un número o código. Esta clasificación fue realizada por la Universidad de Iowa en 1991 y continúa desarrollándose día a día.

P

Patrón presueño meditabundo: fase del sueño característica del insomnio.

En esta fase el paciente se acuesta y medita, cavila o reflexiona en silencio. No llega a estar dormido, y estas inquietudes le impiden relajarse, provocando estrés e insomnio.

Primíparas: mujeres que dan a luz por primera vez. Se las debe prestar especial atención y cuidados ya que carecen de la experiencia previa, y suelen presentar más dudas y temores. Julia de Paz Lozano TFG - Depresión Postparto 49

Puerperio: período de tiempo que va desde el momento en que la madre da a luz hasta los 40 días posteriores, en el que el organismo está restableciendo sus condiciones de antes de concebir.

S

Sacar tiempo libre: Las relaciones sociales y el tiempo personal también tienen mucha importancia en la salud psíquica de las personas. En la medida de lo posible, hay que tratar de disponer de un tiempo de ocio para estar sola, con la pareja, o con amigos.

Serotonina: neurotransmisor producido por el organismo. Interfiere en la transmisión del impulso eléctrico entre una neurona y la siguiente en el botón sináptico. Tiene gran variedad de funciones ya que influye en todo el cuerpo, pero una de las que más interesa dado el tema de este trabajo fin de grado en la variación que puede producir repercutiendo en los cambios del estado de ánimo.

Sinapsis: es el espacio que hay entre una neurona y la siguiente durante la transmisión del impulso eléctrico, donde se encuentran los neurotransmisores y, por tanto, donde se regula la intensidad de este impulso. También se conoce como botón sináptico.

Solicitar ayuda: Es recomendable que la madre pida ayuda a su entorno a la hora de cuidar al bebé y realizar las tareas del día a día.

T

Triptófano: aminoácido presente en los alimentos que está estrechamente relacionado con la producción de nuestro organismo de serotonina.