

La depresión perinatal: ¿Cuándo referir?

Perinatal depression: When to refer?

Edgar Belfort

RESUMEN

No hay duda en afirmar que el período perinatal es una época de alto riesgo para el inicio de desórdenes depresivos, asociada a morbilidad y a mortalidad substanciales, incluyendo suicidio maternal. Los factores psicosociales, como el conflicto con la pareja, el apoyo social deficiente, la vida estresante en curso y la enfermedad mental perinatal, entre otros, son una complicación significativa del embarazo y del período posparto. Estos trastornos incluyen depresión, trastornos de ansiedad y psicosis posparto. La depresión perinatal y la ansiedad son comunes, con tasas de prevalencia de depresión mayor y menor de hasta casi el 20 % durante el embarazo y los primeros tres meses después del parto. La depresión perinatal comprende un grupo heterogéneo de subtipos clínicos que hacen que sea imperativa tanto su distinción como

la afinación de la clínica para así diferenciar las manifestaciones sintomáticas, mejorar los resultados del tratamiento y realizar una pronta referencia en uno de los momentos más felices y únicos en la vida de una mujer: el nacimiento de un hijo.

Palabras clave: Depresión perinatal, embarazo, posparto, prevalencia, tratamiento, referencia.

SUMMARY

There is no doubt that the perinatal period is a time of high risk for the onset of depressive disorders associated with a considerable number in morbidity and mortality, as well as maternal suicide. Psychosocial factors, such as partner conflict, poor social support, ongoing stressful life, and perinatal mental illness, among others, often lead to complications during the pregnancy and the postpartum period. These disorders include depression, anxiety disorders, and postpartum psychosis. Perinatal depression and anxiety are common, with prevalence rates, of major and minor depression, as high as nearly 20 % during pregnancy and the first three months after delivery. Perinatal depression includes a diverse group of clinical subtypes; it is necessary to know how to distinguish them, to enhance the diagnosis, to differentiate symptomatic manifestations, and to improve treatment outcomes and sensible referral in one of the happiest and unique moments in a woman's life: the birth of a child.

Keywords: Perinatal depression, pregnancy, postpartum, prevalence, treatment, referral.

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2021.129.s3.12>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1502-2125>

Facultad de Medicina, Comisión de Posgrado, Universidad Central de Venezuela, UCV. Caracas, Venezuela

E-mail: belfort.ed@gmail.com

Recibido: 16 de agosto 2021

Aceptado: 6 de septiembre 2021

INTRODUCCIÓN

Ante la evidencia científica y lo señalado por los organismos de salud, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirmar que la depresión es un trastorno mental común y una principal causa de discapacidad en todo el mundo (1) no es exagerado. En los países de altos ingresos, hasta el 15 % de las personas tienen al menos un episodio depresivo importante en su vida (2). Las mujeres muestran con mayor frecuencia trastornos del estado del ánimo, dos veces más frecuente que los hombres (3). La depresión perinatal afecta hasta el 15 % de las mujeres. En consideración a este contexto, con el tema que corresponde, el ampliar y mantener la relación de las mujeres embarazadas con los profesionales del equipo de salud (gineco-obstetras, pediatras, nutricionistas, psiquiatras, psicólogos, médicos de familia, trabajador social), proporcionaría una oportunidad única para prevenir, diagnosticar y tratar adecuadamente la depresión perinatal, contemplada actualmente en la Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) en su 5^{ta} edición (4). Como una enfermedad que se desarrolla no solo en las primeras semanas del posparto sino además durante el embarazo, de modo que el trastorno puede ocasionar consecuencias negativas a la madre, al entorno familiar, esposo, y en especial, a la descendencia en la etapa de feto/lactante o, incluso, en épocas más tardías de la vida.

Etiología

Independientemente de la diversidad de factores asociados descritos, no es posible distinguir en su etiología una principal o única causa que explique la depresión perinatal continua, siendo de etiología multifactorial (5). La literatura refiere la asociación de depresión perinatal, con antecedentes personales de baja autoestima, trastornos de la personalidad, depresión, depresión posparto previa, dificultades en las relaciones maritales, redes de apoyo insuficientes o pobres, antecedentes de eventos estresantes y en particular, síntomas ansiosos, depresivos y de estrés durante el embarazo (6).

Diagnóstico

La depresión perinatal puede considerarse como un problema de salud pública, es relevante el diagnóstico temprano de esta entidad, no solo por parte de la madre sino también del padre para tener una visión ampliada desde la diada madre-hijo a triada madre – padre e hijo. La depresión posparto está incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5), bajo la denominación de trastorno depresivo durante el período perinatal (4). Según la definición de la Asociación Americana de Psiquiatría, para diagnosticar una depresión mayor se requiere, entre otras características clínicas, que el desánimo se prolongue por al menos dos semanas, es decir, ánimo depresivo la mayor parte del tiempo, casi todos los días por dos semanas y/o pérdida de interés en, o de la capacidad de gozar de, actividades que la persona habitualmente disfrutaba; otros síntomas que pueden presentarse: fatiga o falta de energía, inquietud o sensación de enlentecimiento, sentimientos de culpa o minusvalía, dificultades para concentrarse, alteraciones del sueño, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

La depresión prenatal, definida en términos generales por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la aparición de un episodio depresivo mayor durante el embarazo o los primeros 12 meses después del parto, encuentra en el análisis de la literatura e investigaciones, énfasis en describir e identificar subtipos, fenotípicos clínicos relevantes de la depresión perinatal, caracterizando subtipos.

El período de depresión perinatal incluye cada trimestre del embarazo y tres períodos posparto (0 a <4 semanas, ≥4 a <8 semanas y ≥8 semanas) (7). Observándose tres dimensiones subyacentes, diferenciadas en severidad y tipo de síntomas, medidas por la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS): estado de ánimo depresivo, ansiedad y anhedonia. En base a estas dimensiones identificaron cinco subtipos distintos de la depresión perinatal: depresión ansiosa severa, depresión ansiosa moderada, anhedonia ansiosa, anhedonia pura, y depresión resuelta.

Los subtipos poseen diferencias claras respecto a la calidad de los síntomas y el tiempo de inicio. El subtipo 1 se caracteriza como

depresión ansiosa grave y el subtipo 2 como depresión ansiosa moderada, ambos subtipos comparten síntomas ansiosos y de depresión, pero se diferencian en la severidad de la depresión y de la ansiedad. El subtipo 1, tiene más probabilidades de inicio de depresión en el primer trimestre o más de 8 semanas después del nacimiento, que durante los otros períodos perinatales. Los subtipos 3 y 4 se caracterizan ampliamente con la anhedonia. El subtipo 3, definido como anhedonia ansiosa y el subtipo 4 definido como anhedonia pura. Las mujeres con el subtipo de anhedonia ansiosa tienden a tener posibilidades de inicio de la enfermedad durante el primero y el segundo período posparto que, durante los otros períodos perinatales. La ansiedad y la anhedonia emergen como dimensiones prominentes de inicio posparto y, notablemente severas.

Los datos referentes a las características demográficas de la embarazada, origen étnico, el nivel de educación, estado civil, las características del embarazo, complicaciones perinatales antecedentes de desorden de ansiedad o depresión, se consideran dentro de la distinción de los subtipos.

Uno de los hallazgos de interés en la documentación de las investigaciones, es el gran impacto como factor de riesgo que pueden presentar estas madres exhibiendo desórdenes depresivos en comorbilidades, no solo para la madre sino también para el lactante y la familia que envuelve un mayor riesgo de bajo peso al nacer, prematuridad, deterioro del apego materno infantil y desnutrición infantil durante el primer año de vida (8). Los trastornos de ansiedad observados incluyen ansiedad generalizada, obsesivo-compulsivo, pánico y trastornos de ansiedad social, a veces, la gravedad y el efecto de los síntomas de ansiedad (preocupación, evitación y obsesiones), no se elevan al nivel de un diagnóstico de trastorno de ansiedad propio; sin embargo, causan niveles de angustia y deterioro en el paciente.

Interesante considerar y evaluar dentro del diagnóstico diferencial, las manifestaciones sintomatológicas, aparición de fatiga, inquietud, preocupaciones excesivas por el estado del bebé, que impactan en la vulnerabilidad de estas madres. Es frecuente observar en esta etapa de vulnerabilidad emocional, estado de

ánimo disfórico, llanto, labilidad del estado de ánimo, ansiedad, insomnio, pérdida de apetito e irritabilidad, desmotivación, todos transitorios y de corta duración, debido principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales, que aparecen entre los dos y cuatro días posparto y de sola resolución, estas manifestaciones son conocidas con el nombre de disforia posparto, tristeza posparto o "baby blues", a diferencia de las otras manifestaciones que se mantienen más intensas y de larga duración. Estas manifestaciones nos orientan a tener una visión más amplia en relación con el diagnóstico y en consecuencia a los tipos de tratamientos para las mujeres con depresión perinatal.

Prevalencia

La prevalencia mundial de la depresión perinatal a lo largo de la vida fluctúa entre 10 % y 20 % (9), un hallazgo interesante, es el mayor porcentaje en madres adolescentes (26 %) (10) y, niveles socioeconómicos más bajos (38,2 % (11). La prevalencia de depresión a lo largo del embarazo se estimó en 18,4 % (12,7 % depresión mayor) (12). Apesar de las dificultades evidenciadas en los estudios epidemiológicos, en los diseños metodológicos, instrumentos y criterios diagnósticos del trastorno por depresión perinatal, observamos alguna data de interés dentro de nuestra realidad Latinoamericana, por ejemplo, los reportes de Alvarado y col. (13), consiguieron una incidencia de 8,8 %, y una prevalencia de 20,5 %, y Jadresic y col. (14) de 9,2 % y 10,2 %, respectivamente. Jadresic y Araya (15), observaron una mayor relación de riesgo, mostraron una relación inversa entre su prevalencia y el nivel socioeconómico, alcanzando 41,3 % en el nivel bajo, 33,5 % en el medio, y 27,7 % en el alto.

La mayoría de las mujeres afectadas puede tener síntomas durante seis meses y 25 % de ellas por un año, si no reciben tratamiento (16). El riesgo de recurrencia de depresión perinatal también se aproxima a 25 %, y aumenta la probabilidad de depresión no ligada al posparto, especialmente cuando existen antecedentes personales de este tipo.

Otros autores señalan que las estimaciones de prevalencia de los trastornos depresivos

perinatales varían dependiendo de la definición del trastorno y el período durante el cual se determina la prevalencia. Por ejemplo, la revisión cuantitativa más reciente de la depresión perinatal encontró que la prevalencia del período (durante los primeros 3 meses después del parto), de la depresión definida ampliamente fue del 19,2 %, pero la prevalencia de la depresión mayor más definida (y más grave) fue del 7,2 % (17).

Factores de riesgo

Revisiones sistemáticas ponen en relieve factores psicológicos y ambientales como factores de riesgo, con asociaciones de moderadas a fuertes con la depresión posparto, incluyendo antecedentes de depresión, depresión y ansiedad durante el embarazo, neuroticismo, baja autoestima, blues posparto, eventos estresantes de la vida, mala relación matrimonial y apoyo social deficiente (18); el nivel socioeconómico bajo, el embarazo no deseado, los factores estresantes obstétricos y temperamento difícil, son considerados.

Se puede observar en las investigaciones de estudios genéticos la evidencia de factores hereditarios específicos en la depresión posparto. Los datos sugieren que las variaciones genéticas en cromosomas específicos pueden aumentar la susceptibilidad a los síntomas del estado de ánimo posparto (19), ciertamente se requieren más estudios. Por su parte, los factores psicosociales como el conflicto continuo con la pareja, el apoyo social deficiente y la vida estresante en curso, aunado al momento circunstancial de la pandemia, con menor protección ambiental, interacción y apoyo social disminuidos, constituyen factores reforzadores que deberían también tomarse en cuenta.

Estos datos coinciden con estudios realizados en Latinoamérica, en la Universidad CES (20). Se determinaron factores psicosociales y eventos vitales negativos asociados con depresión perinatal, entre otros: no tener pareja, problemas emocionales graves, muerte de un ser querido, problemas económicos graves, violencia física, problemas familiares y de pareja o ruptura durante el embarazo. Cabe destacar, la poca relevancia que se le da en la literatura a los factores protectores. A largo plazo, la depresión

y la ansiedad que experimentan algunas madres, podría afectar gravemente la salud de los recién nacidos, el destete precoz y repercutir en su crecimiento. De hecho, los hijos de madres con depresión o ansiedad tienden a enfermarse más y son más propensas a emplear el castigo físico con sus hijos, lo cual puede impactar en el vínculo materno filial sano y robusto (21). La clínica nos afirma bajo la evidencia médica, que la depresión posnatal tiene un impacto perjudicial a largo plazo y multigeneracional en la calidad de la relación, las mujeres que sufren depresión perinatal con un niño, y posteriormente se convierten en abuelas a través de ese niño, presentan una relación emocionalmente menos estrecha con ese nieto, dando continuidad al ciclo negativo asociado con la depresión perinatal y las abuelas, para ayudar con la crianza de los nietos (22). Todo esto, genera la necesidad de tener más factores protectores vinculados, con más frecuencia y carácter de urgencia a los servicios de salud. De aquí la importancia de tratar de ubicar rutas adecuadas, para disminuir el impacto o el daño que pudiera generarse en esta población.

¿Qué hacer o cuando referir?

La referencia o abordaje oportuno siempre brinda una coyuntura única para un afronte eficiente y eficaz, por lo que es necesario tener una visión mucho más allá de los lineamientos de nuestra especialidad, que permita así, la referencia multidisciplinaria oportuna. Como se ha señalado anteriormente la conceptualización de los subtipos con la presencia e inicios y severidad de los síntomas, pasan a ser una clave importante para organizar el protocolo de abordaje, tratamiento y referencia; por lo que es menester considerar la clínica observada, en especial, al inicio del posparto, cuando se presentan de forma más severa y persistente. Las mujeres con inicio en su primer trimestre también siguen siendo altamente sintomáticas en el período posparto. Deben considerarse enfoques prospectivos y longitudinales, así como, las diferencias fenomenológicas y biológicas que caracterizan la aparición de la depresión durante el embarazo, frente al posparto.

Se debe estar consciente de los factores de riesgos y considerar guías prácticas para reconocer los desórdenes psiquiátricos que

comienzan antes del embarazo y se mantienen en el, o que surgen durante, o prevalecen en el período posparto temprano.

La entrevista clínica o el uso de entrevistas clínicas estructuradas, como la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV, son de importancia. Pero lo más relevante es detectar y abordar las necesidades y requerimientos básicos de una mujer embarazada desde la comunicación, el abordaje psicológico, psicoterapéutico o farmacoterapéutico, con el uso de antidepresivo, ansiolítico, asimismo, la terapia electroconvulsiva (TEC), presenta una indicación en el 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. Los tratamientos alternativos, los grupos de apoyo, cursos de formación específicos, con información sobre lactancia, prevención posparto, alimentación, consejos de obstetricia, son necesarios. La creación de clínicas especiales en salud mental materna, y los procesos de capacitación, son fundamentales y útiles para la atención de estas dificultades.

La experiencia y los enfoques terapéuticos de acuerdo con la evidencia clínica recomiendan, evaluar y discutir todas las opciones terapéuticas posibles en cada una de las etapas del embarazo, así como, sus posibles daños. La psicoterapia, como la cognitivo conductual (TCC) o la terapia interpersonal, tienen efecto en el tratamiento, recomendándose su uso.

Efectivamente, una de las recomendaciones de las guías terapéuticas (23) en los nuevos episodios, es la psicoterapia, en especial la cognitivo conductual preferiblemente, (TCC) o la terapia interpersonal (24), como parte inicial del tratamiento en las depresiones leves o moderadas, tanto en el embarazo como el período posparto. Las evidencias orientan a la selección de los antidepresivos (Sertralina, Citalopram) en las depresiones graves, como medicamentos de elección debido a su menor riesgo durante la lactancia y los datos disponibles sobre la eficacia durante el período posparto (25); otros antidepresivos como la paroxetina, no son vistos como una opción de tratamiento de primera elección, considerando su posible aumento del riesgo de malformaciones cardíacas congénitas. Desafortunadamente, los afrontes sobre los

riesgos y beneficios de los antidepresivos durante el embarazo son limitados y requieren de mayores investigaciones.

Un aspecto interesante a la hora de tomar decisión en la referencia oportuna, lo constituye el sentimiento de culpa que manifiestan ciertas madres, como síntoma depresivo, por no poder amamantar, y abandonar la lactancia, esto podría ser un síntoma o desencadenante de depresión posparto, un trastorno altamente prevalente en nuestra práctica, que interfiere en su interrelación con el niño.

Otra consideración oportuna, son las relaciones concurrentes y longitudinales de la calidad de la relación madre-hijo, la autoestima, la competencia social y la adaptación entre los niños en edad escolar, se vincula negativamente con la autoestima e internalización de los síntomas de la madre deprimida. Asimismo, no podemos ignorar las observaciones y manifestaciones de alta tensión emocional de la depresión posparto, que pueden generar un efecto “dominó” en el esposo y su entorno cercano, lo que enfatiza aún más su abordaje temprano e integral.

La intervención y referencia oportuna a otros especialistas sería de gran ayuda cuando se observan algunos aspectos médicos como la anemia o alteración de las hormonas tiroideas que puedan favorecer la depresión en el posparto. Por eso, la evaluación integral de la madre es básica y conveniente, la visita a su médico de familia para que descarte cualquier otra alteración. Igualmente, considerar los antecedentes de, por ejemplo, un parto traumático, con fórceps o cesárea, violencia obstétrica, bebé prematuro o ingreso hospitalario traumáticos, son experiencias, que por sí mismas podrían desencadenar síntomas en su área emocional y relacional objetal. En cualquier caso, hay que recordar que la depresión perinatal es una verdadera enfermedad que requiere tratamiento integral y multidisciplinario. En consecuencia, el desarrollo de herramientas de detección eficaces debe tener una visión amplia e integral de todas las estrategias posibles de tratamiento, alternativas como la psicoterapia preventiva y la presencia de una red de apoyo social, en el abordaje de esta entidad que permita esa referencia oportuna y eficaz, es esperada y necesaria.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. [Internet]. World Health Organization 2017. Disponible: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>.
2. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Ann Rev Public Health*. 2013;34:119-138.
3. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression: Critical review. *British J Psychiatry*. 2000;177:486-492.
4. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5). Arlington-EE.UU, 2013. Disponible en: www.dsm.psychiatryonline.org. (Consultado Julio 2021).
5. Adresic E. Depresión posparto: Aspectos antropológicos y transculturales. *Psyche*. 1996;5(2):149-157.
6. Marín D, Bullones A, Carmona F, Carretero MI, Moreno MA, Peñacoba C. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. NURE Investigación [Internet] 2008 [Consultado Julio 2021]; Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/422>
7. Putman K, Wilcox M, Robertson-Blackmore E, Sharkey K, Bergink V, Munk-Olsen T, et al. Clinical phenotypes of perinatal depression and time of symptom onset: Analysis of data from an international consortium. *Lancet Psychiat*. 2017;4(6):477-485.
8. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran TD, Holtana S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: A systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012;90:139-149G.
9. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J, Rojas M, Simon G, et al. Treating depression in primary care in low-income in Santiago, Chile. *Lancet*. 2003;361:995-1000.
10. Troutman B, Cutrona CE. Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *J Abnor Psychol*. 1990;99:69-78.
11. Hobfoll SE, Ritter C, Lavin J, Hulsizer MR, Cameron RP. Depression prevalence and incidence among in ner-city pregnant and postpartum woman. *J Consult Clinical Psychol*. 1995;63(3):445-453.
12. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, et al. Prevalencia de la depresión durante el embarazo: revisión sistemática. *Obstet Gynecol*. 2004;103:698-709.
13. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Neves E, Olea E, Perucca E, et al. Cuadros depresivos en el posparto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. *Rev Psiquiatr*. 1992;3:1168-1176.
14. Jadresic E, Jara C, Miranda M, Arrau B, Araya R. Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 1992;30:99-106.
15. Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev Med Chile*. 1995;123:694-699.
16. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH, Piontek CM, Findling RL. Prevention of postpartum depression: A pilot randomized clinical trial. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1290-1292.
17. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005;106:1071-1083.
18. O'Hara MW, McCabe JE. Depresión posparto: estado actual y direcciones futuras. *Ann Rev Clin Psychol*. 2013;9:379-407.
19. Mahon PB, Payne JL, MacKinnon DF, Mondimore FM, Goes FS, Schweizer B, et al. Genome-wide linkage and follow-up association study of postpartum mood symptoms. *Am J Psychiatry*. 2009;166(11):1229-1237.
20. Gaviria S, Duque M, Vergel J, Restrepo D. Síntomas depresivos perinatales: prevalencia y factores psicosociales asociados. Universidad CES, Medellín, Colombia. *Rev Colomb Psiquiat*. 2019;48(3):166-173.
21. Arosemena R. Depresión posparto sería un tipo distinto de depresión, sugiere estudio [Internet]. *Psicología Clínica. Psyciencia*. 2017. Disponible en: <https://www.psyciencia.com/depresion-postparto-distinto/>
22. Myers S, Johns SE. Postnatal depression is associated with detrimental life-long and multi-generational impacts on relationship quality. *PeerJ*. 2018;6:e4305.
23. Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, Greenfield S, Steinberg E. Clinical Practice Guidelines we can trust. Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Washington (DC): [National Academies Press \(US\)](http://www.nationalacademiespress.org). 2011. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209539/>
24. Van Ravesteyn LM, Lambregtse-van den Berg MP, Hoogendijk WGJ, Kamperman AM. Interventions to treat mental disorders during pregnancy: A systematic review and multiple treatment meta-analysis. 2017;12(3):e0173397.
25. Molyneaux E, Howard LM, McGeown HR, Karia AM, Trevillion K. Antidepressant treatment for postnatal depression. *Issues Ment Health Nurs*. 2017;38(2):188-190.