



Depresión posparto: identificación y tratamiento en el ámbito clínico

► La depresión posparto (DPP) se define como un episodio de depresión mayor que ocurre por primera vez o recurre en la etapa perinatal. Esto nos indica que debe cumplir con los mismos criterios que el Trastorno de Depresión Mayor (TDM) en cualquier otro momento de la vida. Según el Manual de Diagnóstico y Estadístico en su quinta edición (DSM-5) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), el trastorno debe cumplir con cinco o más síntomas de los nueve establecidos en el manual DSM-5 durante un período de al menos dos semanas y representar un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas debe ser estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o de placer. Dentro del mismo manual se cuenta con el especificador "con inicio en el periparto", esto para hacer referencia a que el inicio de los síntomas del estado de ánimo se produce durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto. Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la DPP como aquella ocurrida durante el embarazo o dentro de los 12 meses posteriores al parto.

Se debe distinguir la DPP de la tristeza posparto (*baby blues*), en que esta última incluye síntomas del estado de ánimo en los primeros 4 a 10 días posteriores al parto, pero de gravedad leve y de duración limitada, además de que no afecta el funcionamiento previo de la mujer.

Hay información que respalda que hasta el 17% de mujeres sanas desarrollan síntomas de DPP durante el embarazo. Por otro lado, algunos estudios sugieren una prevalencia combinada global de DPP del 17.7% (similar a la prevalencia encontrada en el TDM). Sin embargo se debe destacar que hasta el 73% de la variabilidad se debió a factores económicos y de salud, lo que sugiere que las condiciones socioeconómicas y de salud de la población inciden en el desarrollo de DPP.

La identificación de los principales factores de riesgo previo, durante o después del embarazo serán cruciales para la adecuada evaluación y manejo de los mismos. Los principales predictores de DPP son la historia de DPP en embarazos pasados, para el caso de aquellas mujeres que hayan cursado con más de un embarazo y el haber presentado TDM en cualquier otro momento de la vida. El resto de los factores se detallan en la tabla 1.

Algunos estudios sugieren que casi el 50% de las embarazadas que presentaban DPP tenían de manera comórbida síntomas de ansiedad, mientras que un 40% en el posparto. También se ha encontrado que hasta el 30% de las mujeres con DPP desarrollaban síntomas obsesivos compulsivos a las 2 semanas posparto y el 11% a las 12 semanas, además estos se asociaron con un empeoramiento de la DPP.

El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos recomienda la detección de mujeres embarazadas y en posparto para fomentar la identificación temprana de los síntomas, la derivación y el tratamiento adecuados. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (por sus siglas en inglés ACOG) recomienda el uso de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (por sus siglas en inglés EPDS). Dicha escala puede ser utilizada en el embarazo y posparto. Se trata de un instrumento de auto-informe el cual consta de 10 ítems cuya calificación va de 0 a 3 puntos, que busca de manera intencionada síntomas depresivos y de ansiedad en los últimos 7 días. Se ha propuesto un punto de corte de 10 puntos o más para considerar una alta probabilidad de DPP. Sin embargo, cabe aclarar que de la escala no sólo es relevante la puntuación global, pues se debe poner énfasis en el ítem 10 que cuestiona los pensamientos de hacerse daño. En dicho ítem cualquier respuesta diferente a 0 (o en ningún momento) se considerará una urgencia y se deberá realizar la derivación correspondiente. Como aclaración final, debe decirse que esta escala no se considera diagnóstica ni sustituye en ningún momento el criterio clínico. También será de suma importancia la búsqueda intencionada de síntomas o trastornos comórbidos a la DPP.

Se sabe que la DPP tiene una amplia gama de efectos adversos en la madre, las hijas y la familia. En la madre, dichos efectos incluyen la disminución en la capacidad de respuesta a las necesidades del bebé, alteraciones en el apego y escasa interacción entre la madre e hijo, además de un mayor riesgo de hospitalización psiquiátrica, así como de suicidio. Por otra parte, algunos estudios han encontrado que los hijos de madres con DPP, presentan un menor rendimiento cognitivo, social y conductual. En cuanto a la familia, la DPP puede afectar a la pareja de la madre presentando también síntomas depresivos, aislamiento social y discordia marital.

Estudios revelan que la educación sobre DPP puede fomentar el comportamiento y búsqueda de ayuda y promover el reconocimiento temprano de los síntomas. Se consideran dos intervenciones terapéuticas fundamentales en el tratamiento

Tabla 1. Factores de riesgo de depresión posparto

• Historia personal de depresión
• Depresión posparto en algún embarazo previo
• Mayor edad materna
• Edad gestacional más corta
• Diabetes gestacional
• Síntomas de ansiedad o depresión durante el embarazo
• Tristeza posparto
• Acontecimientos estresantes de la vida
• Mala calidad de la relación matrimonial
• Pobre apoyo social
• Nivel socioeconómico bajo
• Baja autoestima
• Temperamento del infante difícil
• Embarazo no planeado o no deseado

Tomada y modificada de Kroska, E. B., & Stowe Z. N. Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting.

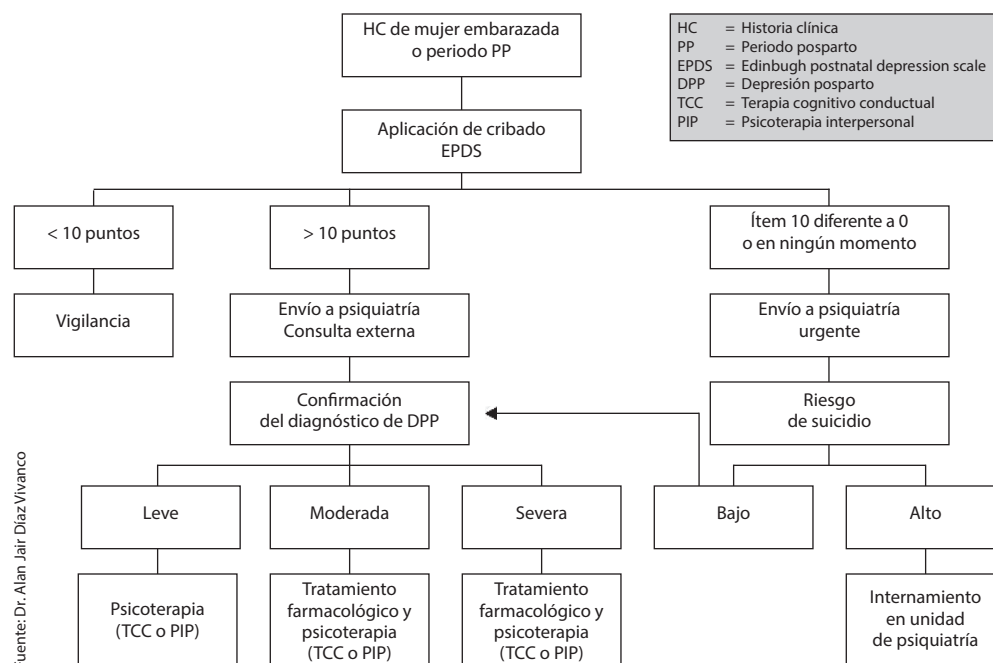


Figura 1. Algoritmo de detección y manejo de la depresión posparto.

de la DPP. La primera de ellas se refiere a las intervenciones psicoterapéuticas, las cuales se pueden utilizar como eje principal en casos de DPP leve y moderada. La terapia cognitivo conductual (TCC) ha demostrado eficacia a corto y largo plazo. Los enfoques de la TCC pueden incluir estrategias para abordar patrones de pensamientos disfuncionales y promover la participación conductual, así como enfoques en atención plena y aceptación. Por su lado, la psicoterapia interpersonal (PIP) ha mostrado eficacia en formatos grupales e individuales, cuyo objetivo es reducir síntomas, expandir el funcionamiento interpersonal y aumentar el apoyo social.

La segunda intervención es la farmacológica, la cual está indicada para casos de DPP de moderada a severa. Se consideran de elección los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) señalando que la mayoría de estos se encuentra en un grado de riesgo C según la *Food and Drug Administration* (FDA). Los ISRS con mayor estudio y que han demostrado eficacia y seguridad son la fluoxetina y la sertralina. Sobre todo esta última se considera dentro de las primeras líneas de tratamiento en el DPP durante el embarazo pero también durante la lactancia encontrándose en el grado 2 de la categoría de riesgo de lactancia de Hale, con una dosis relativa del infante de 0.4 a 2.2% (considerándose seguro < 10%).

Cabe señalar que la complementariedad entre ambas intervenciones psicoterapia y tratamiento farmacológico parece producir mayores efectos en las mujeres que cursan con DPP en la mejoría de los síntomas y a largo plazo (figura 1).

Por otro lado, existe un nuevo tratamiento que ofrece una solución más rápida, el cual ya ha sido aprobado por la FDA para el tratamiento específico de la DPP. Dicho tratamiento se trata de un análogo de la alopregnanolona (Brexanolona) que modula los receptores de GABA tipo A, siendo la principal limitación el tiempo de administración y control necesarios de aproximadamente 60 horas de infusión intravenosa continua. Sin embargo, es otra opción innovadora para el tratamiento de la DPP.

Alan Jair Díaz Vivanco

Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington VA: American Psychiatric Association.
- Hale, T. W. (2019). *Hale's medications & mothers' milk. A manual of lactational Pharmacology*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Kroska, E. B., & Stowe, Z. N. (2020). Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 47(3), 409-419. doi: 10.1016/j.ogc.2020.05.001

Notix

zolpidem

Haciendo del sueño UNA REALIDAD



1ª línea farmacológica para el tratamiento del insomnio.¹



**Tratamiento asequible y efectivo:
\$21 pesos costo día de tratamiento.²**



Con más de 45 años en México con la línea más completa de medicamentos especializados en neuropsiquiatría.

www.contigoenmente.com

Referencias:

- 1.-Consenso y guía de práctica clínica de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del insomnio;
- 2.-Costo día de tratamiento promedio Farmacias San Pablo y Farmacias Guadalajara. Febrero, 2020.

SSA: 203300202C1378

Sertex

Sertralina



psicofarma
Al servicio de la salud mental

Sertex es eficaz en reducir la
síntomatología depresiva a pesar
de la presencia de comorbilidades.¹

Descuento



Disponible en presentaciones
de 14 y 28 tabletas

**Certeza y Experiencia
que respaldan**

SSA: 183300202C7995

Referencia: 1.-Sheikh Javadi, et al. Efficacy, Safety, and Tolerability of Sertraline in Patients with Late-Life Depression and Comorbid Medical Illness. Journal of the American Geriatrics Society. Volume 52, Issue 1 January 2004, Pages 86-92