

Trastornos mentales

Psiquiatría y Salud Integral. 2003;3(3):40-52

Palabras clave: Depresión postparto, mujeres, factores de riesgo, psicosis postparto

Trastornos del ánimo en el embarazo y el puerperio

Dra. Marta B. Rondón

RESUMEN

En relación con los eventos reproductivos, en los que hay grandes fluctuaciones de las hormonas gonadales y otras, existe una alta frecuencia de trastornos depresivos en las mujeres. Se describen los trastornos emocionales relacionados al embarazo y el puerperio: la depresión durante el embarazo, los blues post parto, la depresión puerperal y la psicosis puerperal. Los factores biológicos, psicológicos y sociales encontrados en nuestra región se enumeran con la perspectiva de poder identificar oportuna y precozmente a las mujeres que requieren atención por las dificultades emocionales que reflejan fallas en la adaptación psicológica y neurobiológica a las demandas y cambios hormonales de la reproducción.

ABSTRACT

There is a high incidence of depressive disorders in women in chronological relation to reproductive events, during which large fluctuations in the levels of gonadal and other hormones take place. Emotional disorders related to pregnancy and puerperium are described here: depression during pregnancy, postpartum blues, postpartum depression and postpartum psychosis. The biological, psychological and social factors found in our region are listed in the hope of helping timely and early identification of those women who require attention due to emotional difficulties, which reflect faulty psychological and neurobiological adaptation to the demands and hormonal changes of the reproductive process.

Introducción

Dos de cada 3 pacientes depresivos son mujeres. Los episodios depresivos tienden a relacionarse con los eventos de la vida reproductiva de la mujer: la fase lútea tardía, el puerperio y la perimenopausia, y se reconoce al puerperio como la etapa de mayor riesgo de hospitalización psiquiátrica.

Las mujeres en edad reproductiva constituyen un grupo de alto riesgo para depresión.¹ Recientemente, por ejemplo, se ha publicado una comparación de prevalencia de depresión entre madres de niños pequeños en Costa Rica y Chile² buscando determinar el correlato sociodemográfico de los síntomas depresivos. El estudio muestra que el 40% de mujeres costarricenses encuestadas y el 48% de mujeres chilenas revelaban un episodio depresivo actual (definido como puntaje de 16 o más en la escala para depersión del Centro de Estudios Epidemiológicos

La Dra. Rondón es psiquiatra, profesora auxiliar del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad Peruana Cayetano Heredia, y psiquiatra asistente del Departamento de Salud Mental del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud, en Lima, Perú.

(siglas en inglés CES-D) El 16% y 18% respectivamente, informaron múltiples episodios previos.

Por su relación con el ciclo vital de las mujeres, siempre estaremos tentados de adjudicar causas meramente hormonales a la depresión femenina. La aparición de síntomas depresivos durante la gestación o luego del parto se debería, entonces, a las fluctuaciones de hormonas durante los eventos reproductivos. Sin embargo, es bueno recordar que el embarazo y la maternidad, además de grandes cambios en las tasas de hormonas circulantes, imponen a las mujeres un costo severo, tanto fisiológico como psicológico, que afecta también a la pareja y el entorno inmediato, y determinan que se produzca más de una crisis de adaptación. Como consecuencia,³ la etiología de los trastornos emocionales ligados al embarazo y al puerperio no es puramente biológica y falta aún encontrar marcadores biológicos que nos permitan establecer la relación entre los cambios hormonales masivos y las fluctuaciones del ánimo⁴ y entender mejor el impacto del entorno tanto en la génesis de los trastornos emocionales como en su alivio.

Depresión durante el embarazo

Aunque hay acuerdo sobre la existencia de síntomas depresivos en por lo menos un tercio de mujeres embarazadas,⁵ y ésta se reconoce desde el siglo XIX,⁶ en los últimos decenios no ha habido mayor interés en estudiar específicamente la depresión durante el embarazo. Recientes comunicaciones,⁷ sin embargo, nos hacen notar que los síntomas de depresión durante la gestación no son menos frecuentes ni severos que en el postparto y ponen de relieve la necesidad de reconocer adecuadamente los síndromes depresivos para intervenir oportunamente aun en el embarazo. No existen características clínicas propias de la depresión pre-natal, aunque es preciso que la exploración clínica delimite los cambios fisiológicos en el nivel de energía, el apetito y el sueño así como los síndromes asténicos atribuibles a la anemia y a las alteraciones endocrinológicas que pudieran cursar con el embarazo (por ejemplo hipotiroidismo o diabetes).

Los puntajes elevados en el cuestionario de depresión de Beck que suelen comunicar los autores pueden llevarnos a engaño, pues este instrumento incluye items referidos al sueño, el apetito y la imagen corporal que se afectan por la gestación propiamente.

A pesar de ello, se debe tomar en cuenta que el embarazo no protege de la depresión: las mujeres con antecedente depresivo y las que estuvieron deprimidas al embarazarse requieren atención psiquiátrica durante la gestación por el alto riesgo de recidiva o exacerbación de

la sintomatología. Cohen y sus colaboradores⁸ reportan que 51% de mujeres con 1 ó 2 episodios previos y 88% de mujeres con 3 ó más episodios requirieron medicación antidepresiva durante la gestación.

En mujeres sin antecedente depresivo, es importante la frecuencia de síntomas propiamente depresivos: astenia, dificultades para expresar emociones, sensación de minusvalía y nostalgia porque la mujer considera que las responsabilidades de la maternidad y la crianza van a impedir que continúe con sus estudios, su trabajo o simplemente con la rutina doméstica ya establecida. La incertidumbre, la incapacidad de tomar decisiones, la tendencia a postergar indefinidamente los arreglos para recibir al nuevo ser son otras quejas de las mujeres gestantes.

Durante la gestación, se han descrito cuadros ansiosos y la aparición o exacerbación de cuadros obsesivo-compulsivos.⁹

El reconocimiento de los síntomas depresivos durante la gestación no es frecuente. Aunque se estima que el médico gineco-obstetra, al ser generalmente el médico de cabecera de la mujer, está en condiciones ideales para discutir con ella sus problemas emocionales y detectar los síntomas de anergia, anhedonia, ansiedad o dificultades interpersonales, desafortunadamente las realidades de nuestros servicios de salud conspiran para que esto no sea así.

Muchas mujeres no acuden al control pre natal. En el Perú, de las que acuden 1 vez, un porcentaje importante no vuelve, ni siquiera para la atención del parto. La consulta se realiza en espacios hacinados, sin condiciones de privacidad y muchas veces el trato es patriarcal o impersonal. La demanda de atención y los escasos recursos obligan a consultas muy breves, sin lugar para el aspecto emocional.

Cuando se detectan síntomas depresivos o ansiosos, muchas veces se minimiza la queja (“no te preocupes, hija, así es el embarazo, ya te va a pasar”) o no existen servicios de fácil acceso para la referencia oportuna. Aún cuando hay mejores recursos, la atención de los trastornos emocionales en el embarazo es escasa. Un estudio reciente de Flynn y Marcus muestra que el 77% de mujeres con alto riesgo para depresión no fueron objeto de ninguna intervención y 80% de pacientes con diagnóstico de depresión mayor no recibieron tratamiento alguno.¹⁰

Sin embargo, la atención de los síntomas depresivos en el embarazo es imperativa porque en la depresión existen graves repercusiones para la salud de la madre y del recién nacido si no se interviene. Hay evidencia que las mujeres gestantes depresivas no acuden al control prenatal, cuando acuden incumplen indicaciones, tienen mayor riesgo de contraer infecciones, incluyendo enfermedades de transmisión

sexual,¹¹ tienen más complicaciones obstétricas, dan a luz niños de peso bajo para la edad gestacional y tienen mayor probabilidad de parto prematuro.

Entre los factores de riesgo para depresión prenatal citaremos: primiparidad, la falta de apoyo familiar y social, la relación conyugal conflictiva, los eventos adversos estresantes en los 12 meses previos a la gestación y el abuso de alcohol.¹² Obviamente, el antecedente de depresión es muy importante. La historia de abortos previos y la ambivalencia hacia la gestación son factores específicos en este período, pero por lo demás, los factores de riesgo son los clásicos de la depresión (depresión previa, bajo nivel socioeconómico, alcoholismo previo, mal ajuste social, escaso apoyo de la pareja, eventos vitales negativos y pensamientos negativos).¹³

Tristeza postparto

En el puerperio (una etapa de alta vulnerabilidad psicológica para la mujer) ocurren una gama de alteraciones emocionales que van de la tristeza materna (o *blues*) hasta la depresión mayor con manifestaciones psicóticas.

El breve periodo de disforia, cuyas primeras descripciones datan de 1950, (en el trabajo de Lynn y Polatin, citado por Brockington)¹⁴ y que se caracteriza por labilidad emocional, llanto fácil, irritabilidad e insomnio, se conoce como tristeza postparto o *blues* post parto. Debido a su frecuente presentación, (entre 42% y 76%, excepto en el Japón, donde se consideraba casi inexistente hasta hace poco)¹⁵⁻¹⁷ se le tiene por un evento del puerperio, más no un trastorno.

Aparece en la 1ra semana del puerperio y desaparece espontáneamente en un máximo de 2 semanas. Puesto que el cambio brusco del humor con tendencia a llorar, y no la depresión propiamente, es central para la determinación del *blues* materno es importante determinar en qué momento ocurre el cambio. En un extenso estudio, Garvey ha determinado que ocurre alrededor del 5to día, pero existe un gran variabilidad en cuanto a la presentación del *blues* en las series publicadas. El pico de manifestaciones ocurre entre el 3er y el 6to día postparto.

Existe controversia respecto de la especificidad de los síntomas disfóricos y algunos autores argumentan que su aparición refleja una inestabilidad que puede ocurrir aún en mujeres no puérperas. Los *blues* postparto se describen más frecuentemente en mujeres con antecedente de disforia pre-menstrual, hecho que probablemente refleja una vulnerabilidad individual para presentar manifestaciones

emocionales ante cambios endocrinos. También se le relaciona con puntajes elevados en la escala de neuroticismo.

Entre las manifestaciones que se pueden observar en este periodo se encuentran: tristeza, llanto, inquietud, ansiedad, fatiga tensión irritabilidad, escasa concentración, olvidos, confusión, anorexia, ensueños y dolor de cabeza.¹⁶

El síntoma esencial (el cambio hacia la labilidad emocional) es bastante común y no se ha separado en ninguna serie publicada a las mujeres con trastornos previos del humor o con eventos estresores importantes durante el parto. Por tanto es difícil establecer correlaciones entre la presentación del *blues* y características específicas de un grupo. Por otra parte, el estudio de mujeres con *blues* severo, permite definir, al menos tentativamente, algunos factores de riesgo: el desempleo, la lactancia, la percepción de que no van a tener ayuda en la crianza, la mala relación conyugal y la ansiedad.¹⁷

En nuestra región, el estudio de Rohde¹⁸ y colaboradores muestra que las mujeres puérperas de su muestra se sentían más sensibles y emocionales los días 3, 4 y 5 postparto. Había más tendencia al llanto, exageración de la sensibilidad y fluctuaciones del humor e irritabilidad en los días 4 y 5. El día 3 estaban más inquietas y el día 5 (considerado el de mayores síntomas) estaban más tensas, deprimidas y con tendencia a llorar incontinentemente. La presentación de los síntomas no se correlacionó con la edad, la raza, el nivel de instrucción, el estado marital o los ingresos familiares.

También es importante notar que los *blues* se relacionan con la depresión durante el final del embarazo, el embarazo no planificado y los problemas emocionales durante la gestación. Finalmente, se ha descrito que los *blues* pueden predecir la aparición de depresión puerperal, sobre todo si son severos.¹⁹

Depresión postparto

En 1551, Joao Rodríguez de Castelo Branco²⁰ describió por primera vez un caso de melancolía que se repetía después de cada parto en la esposa de un rico mercader. Desde entonces el interés científico por esta entidad ha fluctuado. En la segunda mitad del siglo XX, como resultado de la mayor preocupación por la salud reproductiva de las mujeres, ha crecido el interés por el conocimiento de esta área.²⁰

Los estudios de prevalencia de síntomas depresivos en el puerperio encuentran cifras altas, como en el embarazo, sobre todo usando el Cuestionario de Beck. Cutrona ha reportado que, 2 semanas después del parto, hasta el 30% de las mujeres tenían puntajes compatibles con depresión.²¹ Parece existir acuerdo que la depresión puerperal

tiene una prevalencia similar a la depresión mayor en otras épocas de la vida, por lo menos. El riesgo aumenta hasta en 24% si la mujer tiene antecedente de depresión, y en 50% si ha tenido depresión puerperal previa.

En Sudáfrica,² se ha encontrado una prevalencia del 34.7% en mujeres 2 meses postparto, y se describe que hay dificultades en su relación con el recién nacido, por el desapego y la indiferencia de las madres deprimidas.

Una muestra de mujeres turcas,²³ estudiadas al 6^o mes postparto, con la Escala de Edimburgo, mostró que el 14% estaban deprimidas y que la depresión se relacionaba con las malas relaciones entre la mujer y los parientes de su pareja.

En Líbano,²⁴ 396 mujeres fueron entrevistadas usando la escala de depresión postparto de Edimburgo a las 24 horas y 3 a 5 meses postparto. En las residentes de la capital se encontró 16% de depresión, y en el área rural hasta 26%. La depresión estaba asociada con eventos vitales estresantes, antecedente de depresión, parto vaginal, escasa educación, desempleo y enfermedades crónicas.

En India, en la ciudad de Goa, se han estudiado, usando el cuestionario general de salud y la escala de Edimburgo, 270 madres desde el 3^{er} trimestre de embarazo. Se encontró que el 23% estaban deprimidas a las 6-8 semanas postparto y que 78% de ellas había tenido síntomas en el embarazo. Los factores de riesgo encontrados fueron descontento con el sexo del niño, tener ya una hija mujer, la violencia y el hambre.

Lamentablemente, en América Latina existen escasas investigaciones sobre el tema. Este hecho no debe sorprendernos. La atención a la salud materna en nuestra región es deficiente, con tasas de mortalidad materna entre 23 y 390 por 100 mil nacidos vivos, y entre 31% y 41% de partos que no reciben atención de un profesional entrenado.²⁵ La prioridad en nuestros países todavía recae sobre los aspectos más inmediatos de la atención del embarazo y el parto, y no deja espacio ni recursos para la consideración de los aspectos emocionales.

En el estudio de Jadresic y Araya²⁶ se reporta una prevalencia de 36.7% con la escala de Edimburgo. También en Chile, Risco y colaboradores reportan, usando la escala de Edimburgo y la escala para depresión de Hamilton (siglas en inglés HAM-D) una prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos de 48% y 27% respectivamente entre mujeres de estrato socioeconómico medio-bajo y bajo, a las 12 semanas postparto.²⁷

Vega Dientsmayer y colaboradores²⁸ aplicando criterios del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*, cuarta edición (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, fourth edition [DSM-IV]), con aplicación de las partes pertinentes de la entrevista clínica estructurada para diagnóstico (siglas en inglés SCID) para DSM-IV reportaron una prevalencia de depresión mayor de 5.92% en el 1er año postparto, en mujeres de estrato socioeconómico bajo.

En las 2 muestra costarricenses estudiadas por Wolf y colaboradores,²⁹ el 38% y 34% de madres revelaban haber tenido disforia después del nacimiento de 1 niño, con una duración promedio de 7 días y un rango entre 1 día hasta 52 semanas.

No se ha demostrado la etiología biológica de la depresión puerperal, a pesar de lo atractiva que es esta hipótesis. Todas las mujeres puérperas atraviesan por los mismos cambios hormonales masivos, y están sujetas, poco más o menos, a similares demandas de adaptación por el cambio de roles. Sin embargo no todas hacen depresión clínicamente importante. Esto nos lleva a aceptar la existencia de una vulnerabilidad biológica específica, al igual que en la disforia premenstrual.

Los cambios en estrógeno y progesterona en el puerperio son los más estudiados, pero también hay cambios en el sistema de renina angiotensina, aldosterona, corticoides y prolactina y otras sustancias que desaparecen cuando se expulsa la placenta.^{29,30}

La gran disminución de la progesterona después del parto se supuso causa de la depresión. Sólo se encuentra una leve asociación entre los niveles sanguíneos de esta hormona y la sintomatología depresiva. Los niveles bajos de progesterona en saliva correlacionan en las mujeres puérperas con síntomas depresivos que dan de lactar. En las puérperas depresivas que alimentaban por biberón se encontró, por el contrario, niveles altos.

El estradiol y el estriol se incrementan en 100 y 1000 veces durante la gestación. Puesto que el estradiol mejora la función serotoninérgica, se ha postulado que la caída en niveles de estradiol sería responsable de la disforia. Las mediciones del estradiol total no confirman esta hipótesis y todavía no hay datos sobre las fluctuaciones del estradiol libre. Sin embargo hay reportes de la efectividad de los parches de estradiol en el manejo de la depresión postparto.

Las tasas de cortisol se incrementan en los últimos días del embarazo y en los primeros días postparto ocurren cambios en el metabolismo del cortisol. La mitad de las puérperas, por ejemplo, no suprimen dexametasona. Los niveles plasmáticos, urinarios y en saliva de cortisol se han estudiado en el *blues*, con resultados

contradictorios. En un estudio prospectivo con control de variables demográficas y del estrés hasta la 9^{na} semana postparto, no se encontró relación entre el cortisol total, el cortisol libre en orina y la prueba de supresión de dexametasona en mujeres con depresión postparto. Tanto porque el embarazo y el parto³¹ causan cambios en el eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal como por la respuesta del eje frente al estrés, se requiere mayor estudio de la relación entre el cortisol y la depresión postparto.

Se ha encontrado caídas importantes de las beta endorfinas en el 2^{do} día del puerperio en mujeres depresivas puerperales, pero no hay estudios en etapas posteriores del puerperio. Se sabe que las endorfinas se incrementan durante el parto, para controlar el dolor; lo que confunde la interpretación de los hallazgos.

El yodo ligado a las proteínas suele incrementarse durante la gestación, con una caída significativa después del parto hasta niveles por debajo de lo normal, que se pueden prolongar hasta por 1 año. Se ha descrito también una tiroiditis postparto con prevalencia del 5% al 10%.

La prolactina es una hormona que se incrementa durante la lactancia, por varios meses, luego de lo cual declina, aunque la lactancia continúe. Mujeres hiperprolactinémicas no puérperas suelen presentar niveles elevados de depresión, hostilidad y ansiedad. Los estudios que se han hecho en puérperas son contradictorios. La investigación de O'Hara no encontró relación entre la prolactina y la DPP. Evidentemente, se requieren más estudios, por la importancia de la lactancia materna tanto para el clínico cuanto para la madre y el niño.

Se ha reportado que hay relación entre el destete y la aparición de síntomas depresivos. Sin embargo, no se descarta que en esta muestra la depresión se asocie a otros factores que precipitaron la decisión de dejar la lactancia.

La oxitocina se secreta frente al estrés, pero si la situación estresora es prolongada o inmanejable, los niveles de oxitocina caen. Por lo tanto, se especula que niveles bajos de esta hormona de la pituitaria posterior se asociarían a depresión y minusvalía. Los niveles de oxitocina aumentan mucho durante el parto y la lactancia, pero no se ha estudiado su relación con los síntomas depresivos.

Un factor importante del puerperio lo constituye la privación del sueño. Se postula que la disrupción del ciclo de sueño-vigilia y la fatiga consiguiente podrían relacionarse con síntomas depresivos.³² Sin embargo, la privación del sueño se asocia con alivio de la

depresión; por tanto, su impacto sobre el estado emocional es aún controversial.

Del punto de vista demográfico y psicosocial, son factores de riesgo para depresión puerperal: los estresores durante el año previo, la ambivalencia frente al embarazo, el conflicto conyugal, la falta de apoyo social y familiar; los factores obstétricos, como el tipo de parto o el antecedente de aborto a repetición o pérdida perinatal, la mala salud del niño, la falta de experiencia en la crianza, el estatus socioeconómico bajo y la relación conflictiva de la mujer con su propia madre.³³

Vega y sus colaboradores,²⁸ en el Perú, encuentran los siguientes factores de riesgo: antecedente de trastorno obsesivo compulsivo, de trastorno disfórico premenstrual, depresión mayor previa, historia de *blues* postparto, menor edad y menor grado de instrucción.

Por su parte, Risco y su equipo²⁷ en Chile encontraron embarazo no deseado, tener tres o más hijos previos, vivir sin pareja, parto vaginal eutócico, tener problemas con la pareja y el ser soltera.

La depresión materna en el estudio de Wolf y colaboradores² se asocia a menor grado de instrucción y mayor hacinamiento. En la sub-muestra costarricense también se asociaba significativamente a la ausencia del padre. En ambos grupos, el centroamericano y el chileno, pero más en el chileno, la depresión se asocia con la presencia de otros familiares y allegados en el hogar, sugiriendo que la mera presencia de otras personas no es suficiente apoyo social.

Esta asociación de falta de apoyo y dificultades en el entorno social y económico con la sintomatología depresiva, en opinión de algunos autores, pudiera entenderse como un mecanismo de defensa frente al dolor psicológico (señal de alerta del daño social) que desalentaría que la mujer continúe invirtiendo su energía en actividades que están condenadas al fracaso: la falta de viabilidad de la criatura, la falta de apoyo por parte de la pareja o condiciones ambientales insostenibles, puesto que reducen su aptitud para la reproducción exitosa.³⁴

La depresión postparto generalmente comienza entre 3 y 6 meses después del parto, en algunas mujeres es simplemente la prolongación y profundización del *blues* postparto. En otras, hay un periodo de bienestar seguido del inicio insidioso de un síndrome caracterizado por llanto, indiferencia, labilidad emocional, dificultades para dormir, sentimientos de culpa, anorexia y sentimientos de incapacidad para el cuidado del bebé. Se suele agregar escasa concentración, fallas de la memoria, fatiga e irritabilidad. Muchas mujeres se perciben inadecuadas, "malas" o poco afectuosas.³⁵ Muchas veces se encuentran síntomas obsesivos (temores acerca del recién nacido,

temor al desastre inminente) y compulsiones (limpieza y verificación) y síntomas ansiosos, como parestesias y palpitaciones.³⁶

Tanto el establecimiento del vínculo madre-niño como el propio desarrollo del recién nacido se afectan cuando la madre está deprimida.³⁷ La interacción negativa con el niño se refleja en déficit social y cognitivo aparente desde el primer año. Además, existe el riesgo de abuso infantil por irritabilidad de la madre y uso de drogas como automedicación.

Muchos autores recomiendan, cada vez con mayor empeño, la detección de síntomas depresivos mediante despistaje en todas las mujeres gestantes o púerperas, fundamentando la recomendación en la frecuencia de manifestaciones depresivas no reconocidas y tratadas que luego tiene repercusión negativa sobre la madre y el niño y en la posibilidad de efectuar intervenciones psicoterapéuticas y psicoeducativas que permiten aliviar los síntomas precozmente.

La escala de depresión postparto de Edimburgo es un instrumento breve, de fácil aplicación, traducido a diversos idiomas y validado en varios países que ha demostrado ser útil por su fácil aplicación.

Naturalmente, la depresión mayor durante el puerperio no se diagnostica mediante una escala y es preciso realizar una evaluación completa, que incluya probablemente a los familiares.

El manejo debe ser multidisciplinario con un enfoque biopsicosocial, que permita resolver las múltiples necesidades de la madre, el niño y el entorno familiar. La identificación de la depresión como una enfermedad es un primer paso importante, que suele despejar los temores de la paciente de sufrir una incapacidad física o ser inadecuada como persona. La psicoterapia de apoyo individual puede ser suficiente para ayudar a resolver algunos conflictos. Existe experiencia en muchos centros con la psicoterapia interpersonal, que ayuda a resolver dificultades en la asunción del rol materno. Si hay problemas en la relación marital, la consejería de pareja puede ser apropiada. La terapia de grupo y la psicoeducación, así como la capacitación en aspectos prácticos de la crianza y la alimentación pueden ser beneficiosos.

Cuando fracasa la psicoterapia o, desde el inicio cuando la severidad de los síntomas lo amerita, se puede recurrir a la farmacoterapia. Es necesario sopesar cuidadosamente con la madre y su pareja el riesgo de exponer al lactante a la medicación psicotrópica que pasa a la leche materna (aunque no se le detecte en el laboratorio) versus el riesgo de exponerlo a las consecuencias de la depresión materna. Cada día hay más experiencia sobre el uso de antidepresivos en madres que dan de lactar y se están siguiendo a poblaciones de niños

expuestos. De todos modos, la decisión de medicar en este periodo delicado debe ser individual, con el mayor respeto hacia los deseos de la mujer y su pareja y con el previo consentimiento informado.

Psicosis postparto

Con una frecuencia entre 1 a 2 casos por 1000 partos, la psicosis puerperal es una manifestación extrema de los desórdenes afectivos en esta etapa. Aparece generalmente a las 6 semanas postparto y cursa con confusión, desorientación, agitación y desorganización de la conducta. Las alucinaciones y delusiones extravagantes, de contenido místico, con rechazo del bebé o apego obsesivo a éste dan lugar a riesgo de neonaticidio y suicidio. Por el riesgo para la seguridad y la vida de la madre y su niño se requiere atención psiquiátrica urgente, por lo general en ambiente hospitalario especializado y con el uso vigoroso de antipsicóticos, estabilizadores del ánimo y anti-depresivos a dosis plena. Algunas veces hay que recurrir a la terapia electroconvulsiva

Son factores de riesgo la primiparidad, el antecedente de enfermedad bipolar y la falta de apoyo del esposo. El antecedente de psicosis puerperal eleva el riesgo hasta el 70%.

El elevado riesgo ha dado lugar al uso de litio en forma profiláctica, desde las 24 horas postparto.³⁸ También reviste importancia evitar la privación del sueño, que puede inducir o exacerbar síntomas de manía.

Resumen

Los trastornos emocionales de la mujer pueden aparecer también durante la gestación y el puerperio, con manifestaciones clínicas similares a las de la depresión en general. Existe un gradiente en la severidad y duración de los síntomas, que van desde los *blues*—manifestación transitoria de la inestabilidad emocional—pasando por diversos grados de depresión, hasta la psicosis. Probablemente múltiples factores psicológicos, interpersonales, demográficos y biológicos se conjugan en la génesis de estos trastornos. Por su gran repercusión sobre el bienestar de la mujer y el desarrollo del recién nacido, es importante realizar el diagnóstico oportuno. En nuestra región se requiere de estudios que definan la frecuencia de estos trastornos y permitan reconocer factores de riesgo significativos en nuestra realidad, para poder diseñar acciones preventivas e intervenciones terapéuticas precoces. **PSI**

Bibliografía

1. Williams K, Casper R.: Reproduction and its psychopathology In Casper R. *Women's Health: Hormones, Emotions and Behavior*. Cambridge University Press, Cambridge. 1998;14-35.
2. Wolf AW, DeAndraca I, Lozoff B. Maternal depression in three Latin American samples. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37:169- 176.
3. A. M. Bergant, R. Moser, K. Heim, H. Ulmer. Burden of childbirth: associations with obstetric and psychosocial factors. *Archives of Women's Mental Health*. 1998;1:77-81.
4. Wisner K, Stowe Z. Psychobiology of postpartum mood disorders. *Semin Reprod Endocrinol*. 1997;15:77-89
5. Steiner M, Yonkers K. *Depression in Women*, Martin Dunitz, London, 1998.
6. Brockington IF. *Motherhood and Mental Illness*, Oxford Medical Publications, Oxford, 1996.
7. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S and Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*. 2001;323:257-260.
8. Birnbaum CS, Cohen LS, Bailey JW, Grush LR et al. Serum concentrations of antidepressants and benzodiazepines in nursing Infants: a case series. *Pediatrics*. 1999;104:e11.
9. Burt VK, Hendrick V: *Concise Guide to Women's Mental Health*. American Psychiatric Press, Washington DC. 1997.
10. Flynn H, Marcus S. Low rates of treatment for depression in pregnant women identified in obstetrics clinics. First World Congress On Women's Mental Health. *Archives of Women's Mental Health*. 2001;3 (suppl):98.
11. Zuckerman B, Bauchner H, Parker S, Cabral H. Maternal depressive symptoms during pregnancy and newborn irritability. *J Dev Behav Pediatr*. 1990;11:190-194.
12. Kitamura T, Sugarawa M, Sugarawa K: Psychosocial study of depression in early pregnancy. *Br J Psychiatry*. 1996;68:732-738.
13. O'Hara MM. *Postpartum Depression: causes and Consequences*. New York Springer Verlag. 1996;110-120.
14. Brockington op cit p 147.
15. Brockington op cit p 150.
16. Murata A; Nadaoka T; Morioka Y; Oiji A; Saito H. Prevalence and background factors of maternity blues. *Gynecol Obstet Invest*. 1998;46:99-104.
17. Sakumoto K; Masamoto H; Kanazawa: Post-partum maternity 'blues' as a reflection of newborn nursing care in Japan Int J Gynaecol Obstet 2002 Jul;78(1):25-30
18. Garvey MJ et al citado por Brockington op cit.
19. Stein GS: The pattern of mental change and body weight change in the first postpartum week. *The Journal of Psychosomatic Research*. 1980;24:165-171.
20. Glangeaud-Freudenthal NMC, Crost M., Kaminski M. Severe post-delivery blues: associated factors. *Archives of Women's Mental Health Abstract*. 1999;2:37-44.
21. Rohde LA, Busnello E, Wolf A, Zomer A, et al. Maternity blues in Brazilian women. *Acta Psychiatrica Scand*. 1997;95:231- 235.
22. Fossey L; Papiernik E; Bydlowski M. Postpartum blues: a clinical syndrome and predictor of postnatal depression?. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1997;18:17-21.
23. Brockington op cit p166
24. Cutróna CE. Non psychotic postpartum depression: a review of recent research. *Clinical Psychology Review*. 1982;2:487-503.
25. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, et al. Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *Br J Psychiatry*. 1999;175:554-558.
26. Danaci AE, Dinc G, Devci A, Sen FS, Icelli I. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2002;37:125-129.
27. Chaaya M, Campbell OMR, El Kak F, Shaar D, et al. Postpartum depression: prevalence and determinants. *Lebanon Archives of Women's Mental Health*. 2002;5:65-72.
28. *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty*. Oxford University Press, New York, NY. 2000;274- 287.
29. Jadresic E, Araya R. Prevalence of postpartum depression and associated factors in Santiago de Chile. *Rev Med Chil*. 1995;123:694-699.

TRASTORNOS DEL ÁNIMO EN EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO

30. Risco L, Jadresic E, Galleguillos T, Garay J, et al. Depresión post parto: alta frecuencia en puérperas chilenas, detección precoz, seguimiento y factores de riesgo. *Psiquiatría y Salud Integral*. 2002;2:61-66.
31. Vega-Dientsmayer J, Mazzoti G, Stucchi-Portocarrero S y Campos M. Prevalencia y factores de riesgo para depresión en mujeres postparto. *Act Esp Psiquiatr*. 1999;27:299-303.
32. Wolf op cit 2001.
33. Hendrick V, Altshuler L. Biological determinants of postpartum depression In: Miller L, ed: *Postpartum Mood Disorders*. American Psychiatric Press. Washington DC. 1999;65-82.
34. O'Brien S y Pitt B. Hormonal theories and therapy for postnatal depression In: Cox J, Holden J, eds: *Perinatal Psychiatry*. The Royal College of Psychiatrists, Gaskell, London:103-38.
35. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA et al. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: *Psychological, environmental and hormonal variables*. *J Abnorm Psychol*. 1991;100:63-73.
36. Bozoky I, Corwin EJ. Fatigue as a predictor of postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2002;31:436-443.
37. Miller L. Psychiatric Disorders during pregnancy. IN: Stewart DE, Stotland NS, Eds. *Psychological aspects of women's health care*. American Psychiatric Association, Washington DC, 1993;55-70.
38. Hagen, EH. The Functions of Postpartum Depression. *Evolution and Human Behavior*. 199;20:325-359
39. Robinson GE, Stewart DE. Postpartum Disorders. In Stewart DE, Stotland NS, Eds. *Psychological aspects of women's health care*. American Psychiatric Press, Washington DC. 1993;115-138.
40. Wenzel A, Gorman LL, O'Hara MW, Stuart S. The occurrence of panic and obsessive-compulsive symptoms in women with postpartum dysphoria: a prospective study. *Archives of Women's mental Health*. 2001;4:5-12.
41. Weinberg MK; Tronick EZ. The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 (Suppl):53-61.
42. Stewart DE, Klompenhauwer JL, Kennedy RE, Brockington IF. Prophylactic lithium in puerperal psychosis: the experience of three centers. *Brit J Psychiatry*. 1991;158:393-397.