



Trastornos del estado de ánimo en el postparto

Postpartum mood disorders

Leopoldo Santiago Sanabria,* David Islas Tezpa,‡ Mónica Flores Ramos§

Citar como: Santiago SL, Islas TD, Flores RM. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. Acta Med GA. 2022; 20 (2): 173-177. <https://dx.doi.org/10.35366/104280>

Resumen

La tristeza postparto, la depresión y la psicosis postparto representan los trastornos del estado de ánimo más frecuentes durante el puerperio. Cuentan con una alta prevalencia a lo largo de esta etapa, siendo la tristeza postparto la más frecuente, aproximadamente 80% de las mujeres la padecen. Al no diagnosticarse de forma oportuna, estos trastornos afectan el entorno familiar y ponen en riesgo el bienestar e integridad de la madre y del recién nacido, lo cual los convierte en entidades que no deben pasar desapercibidas durante el seguimiento médico. El presente artículo consiste en una revisión acerca de aspectos tales como su prevalencia, la fisiopatología, las manifestaciones así como el diagnóstico y tratamiento adecuado. Todo ello con el fin de que los profesionales de la salud tengan en cuenta estos trastornos para brindar un manejo apropiado de forma inmediata.

Palabras clave: Trastornos del estado de ánimo, tristeza postparto, depresión postparto, psicosis postparto.

Abstract

Maternity blues, postpartum depression, and postpartum psychosis represent the most important mood disorders during the puerperium. They have a high prevalence during this period, with maternity blues being the most common disorder, due to its presence in approximately 80% of women. By not being diagnosed promptly, they affect the family and jeopardize the well-being and integrity of both the mother and the newborn, which makes them disorders that cannot go unnoticed during the medical follow-up. The present article is a review of aspects like the prevalence, the pathophysiology, the clinical manifestations, and the diagnosis and correct treatment, so that healthcare professionals become aware of these conditions, intending to provide adequate management.

Keywords: Mood disorders, maternity blues, postpartum depression, postpartum psychosis.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del estado de ánimo durante el puerperio constituyen entidades con una alta prevalencia tanto a nivel mundial como en nuestro país. Éstos engloban la tristeza postparto o *baby blues*, la depresión postparto y la psicosis postparto. A lo largo del embarazo, e incluso semanas después del desenlace, tienen lugar cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que aumentan la susceptibilidad de la madre de desarrollar dichos trastornos psiquiátricos.¹

Considerando que 80% de las mujeres padecen alguna de estas alteraciones durante el embarazo y/o puerperio, se debe reconocer a estas entidades como un problema de salud pública importante.² Es frecuente que estos trastornos no sean catalogados como una enfermedad real dada la falta de información, atribuyéndose a la poca capacidad o fortaleza de la madre para sobrellevar la maternidad, teniendo como consecuencia que casi la mitad de los casos no sean diagnosticados.¹

La falta de un adecuado abordaje clínico no permite que las pacientes tengan acceso a un manejo y tratamiento

www.medigraphic.org.mx

* Médico residente de Ginecología y Obstetricia, Hospital Angeles Lomas. Escuela de Medicina de la Universidad Panamericana.

‡ Médico Cirujano. Escuela de Medicina de la Universidad Panamericana.

§ Psiquiatra, Directora de Enseñanza, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Correspondencia:

Leopoldo Santiago Sanabria

Correo electrónico: leopoldosantigosanabria@gmail.com

Aceptado: 14-10-2021.

www.medigraphic.com/actamedica



adecuados, lo cual pone en peligro la vida de la madre, la estabilidad familiar y el bienestar y sano desarrollo del recién nacido.^{3,4}

TRISTEZA POSTPARTO

La tristeza postparto o *baby blues* consiste en una alteración del estado de ánimo, caracterizado por irritabilidad, tristeza y tendencia al llanto durante los primeros 10 días después del nacimiento del bebé, resultado de cambios hormonales, en los niveles de progesterona y cortisol posterior a la conclusión del embarazo así como los ajustes sociales y familiares que experimenta la madre.⁵ Hasta el momento no se ha logrado determinar una causa exacta para esta condición; a pesar de ello, se le considera un fuerte factor predictivo de depresión postparto.^{6,7}

Dada la ausencia de herramientas diagnósticas validadas, no existen datos concretos acerca de su prevalencia en México ni a nivel global; sin embargo, diversos autores señalan que ésta puede ir desde 15 hasta 80%.^{5,6}

Los factores de riesgo más asociados incluyen haber presentado síntomas depresivos o episodios de depresión durante el embarazo, la existencia de sucesos estresantes durante el mismo, realización de cesárea, síntomas de ansiedad, hipocondriasis, antecedente de síndrome disfórico premenstrual, historia de óbitos, alteraciones del sueño así como haber tenido un bebé del sexo femenino.⁸

Las manifestaciones principales consisten en labilidad emocional, síntomas de ansiedad, irritabilidad y tristeza, y una tendencia marcada a llorar fácilmente.^{5,7,9} Estas alteraciones tienen una intensidad y duración variable, son más frecuentes en los primeros dos a cuatro días del puerperio y presentan remisión espontánea a partir de las dos semanas postparto.^{1,10}

A pesar de no requerir tratamiento médico ni psicológico es importante informar a la familia acerca de la necesidad de apoyo hacia la madre, teniendo en cuenta que si los síntomas se prolongan más de tres semanas, es importante que el ginecólogo detecte el riesgo de desarrollar depresión postparto, para lo cual se requerirá un abordaje integral junto con psiquiatría, pediatría y psicología.⁷

DEPRESIÓN POSTPARTO

La depresión postparto representa un episodio depresivo mayor después del nacimiento de un bebé, generalmente durante el primer mes del puerperio, el cual dura al menos dos semanas con síntomas como estado de ánimo deprimido, anhedonia, alteraciones del peso y sueño, agitación o retardo psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, incapacidad para tomar decisiones, pensamiento

y concentración disminuidas así como pensamientos de muerte o ideación suicida.^{10,11}

Su prevalencia mundial es de 6 a 34%, mientras que en México varía de 13.9 a 32.6%.^{12,13} Como factores de riesgo se encuentran antecedentes de trastorno depresivo y de ansiedad o síndrome disfórico premenstrual, episodios de depresión durante el embarazo, depresión postparto en gestas previas, eventos estresantes o complicaciones obstétricas a lo largo de la gestación, embarazo no deseado, falta de una red de apoyo familiar, mala relación con la pareja, problemas económicos, antecedente de pérdidas gestacionales, alteraciones de la función tiroidea (principalmente hipotiroidismo), dificultad para la lactancia materna o que el recién nacido presente alguna enfermedad.^{10,12,14,15}

Su etiología permanece incierta; sin embargo, varios autores han señalado posibles mecanismos que podrían explicar la fisiopatología del trastorno. Se ha determinado que las mujeres puérperas son más susceptibles a la fluctuación de los niveles de estradiol y progesterona una vez que concluye la gestación, teniendo como consecuencias labilidad emocional y alteraciones del sueño.^{10,16} De igual forma, el eje hipotálamo-hipófisis-adrenales podría contribuir al existir un aumento del cortisol sérico, hallazgo que sería consistente con los niveles de esta hormona en el trastorno depresivo mayor.¹⁷ Asimismo, se ha involucrado a la arginina vasopresina, también llamada hormona antidiurética, la cual, al encontrarse disminuida, produce un deterioro en la capacidad funcional.^{16,17} En el aspecto nutricional, al estar reducidos en concentración sérica, los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga y cerebral contribuyen al estado de ánimo depresivo.¹⁷ Por último, se ha reportado un decremento en los receptores de serotonina de la hendidura postsináptica.¹⁸ A pesar de que la fisiopatología de la depresión postparto no se ha definido completamente, estos factores podrían estar implicados en las manifestaciones que presentan las mujeres durante el puerperio.

El cuadro clínico tiene lugar las primeras cuatro semanas posteriores al nacimiento del bebé, siendo los síntomas más importantes los establecidos por los criterios de depresión mayor del DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*).¹¹ Además, la paciente suele referir llanto persistente, ansiedad, ataques de pánico, irritabilidad, dificultad para establecer un vínculo adecuado con el recién nacido, conductas de sobreprotección hacia el menor, pensamientos y conductas obsesivas relacionadas con su hijo y pensamientos negativos hacia el bebé.¹²

Para llevar a cabo su detección, además de los criterios del DSM-V, se cuenta con herramientas diagnósticas, como la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, que consiste en un cuestionario de 10 ítems, que al arrojar una puntuación mayor de 12 establece el diagnóstico.¹³

Cuenta con una sensibilidad y especificidad variables, dependiendo del punto de corte elegido, siendo en algunos países considerado a partir de 10 puntos y en otros, como México, a partir de 12.¹⁹ El mejor momento para aplicar este cuestionario es a partir de la segunda semana del puerperio hasta los seis meses posteriores al nacimiento.¹⁰ Existen alternativas diagnósticas, tales como el Cuestionario Sobre la Salud del Paciente,⁹ el Cuestionario de Depresión de Beck y la Escala de Depresión y Ansiedad; sin embargo, se recomienda utilizar de preferencia la Escala de Edimburgo en caso de sospecha diagnóstica.

Durante el abordaje se debe evaluar la función tiroidea que, si se encontrara alterada, puede ser responsable de manifestaciones clínicas que se asemejan a las del trastorno depresivo, principalmente el hipotiroidismo. Por otro lado, se debe realizar el diagnóstico diferencial con otros trastornos del estado de ánimo en el postparto, es decir, *baby blues* y la psicosis postparto. La diferencia principal con la tristeza postparto es que en esta última los síntomas ocurren durante la primera semana del puerperio y tienden a resolverse a los 10 días, no siendo una amenaza para la capacidad funcional de la paciente. Por su parte, la psicosis postparto representa el más grave de estos trastornos, se le considera una urgencia psiquiátrica marcada por alucinaciones, pensamiento desorganizado y delirio.¹¹

En cuanto al tratamiento, se requiere un abordaje complementario entre psiquiatría y psicología. En el aspecto médico, los fármacos más utilizados son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) y los antidepresivos tricíclicos, a pesar de la controversia sobre su uso durante la lactancia. Los antidepresivos tricíclicos han sido considerados seguros, a excepción de la doxepina; por su parte, los ISRS también son adecuados, siendo los fármacos de elección para la depresión postparto.^{10,20} Sólo se desaconseja el uso de fluoxetina, puesto que ha demostrado provocar irritabilidad y trastornos del sueño y en la alimentación en lactantes.²⁰ El escitalopram ha sido considerado un fármaco inocuo para su uso durante la lactancia en este tipo de padecimiento, representando una alternativa útil para las pacientes que no toleren adecuadamente la sertralina o la paroxetina.²¹ En resumen, los antidepresivos más convenientes para este contexto son sertralina, paroxetina, nortriptilina e imipramina. Es necesario prescribir el fármaco seleccionado hasta la remisión de los síntomas y mantenerlo por seis meses más con el fin de evitar recurrencias.¹⁰ En el aspecto psicológico, se recomienda la terapia interpersonal o la terapia cognitivo-conductual como complemento del tratamiento farmacológico. Para pacientes con antecedentes de depresión postparto, se recomienda

profilaxis utilizando ISRS o algún antidepresivo que haya sido benéfico en el manejo del episodio previo.¹⁰

Es fundamental la detección e instauración oportuna del tratamiento, puesto que al no recibir un manejo adecuado la depresión postparto puede recurrir, volverse crónica o refractaria, lo cual traerá consecuencias negativas para la madre y el recién nacido.

PSICOSIS POSTPARTO

La psicosis postparto o psicosis puerperal es un trastorno psiquiátrico de inicio súbito, caracterizado por alteraciones de la conducta y del contenido del pensamiento, manifestado por alucinaciones y delirios, considerado una verdadera urgencia psiquiátrica que pone en peligro la vida de la madre y del bebé.^{1,22}

Se presenta entre uno y dos de cada 1,000 partos, siendo más frecuente en primigestas.²³ Su inicio tiene lugar en las primeras dos a cuatro semanas del puerperio, aunque puede ocurrir incluso hasta el sexto mes, siendo factores de riesgo de su desarrollo el antecedente personal o familiar de trastornos afectivos, principalmente trastorno bipolar, antecedente de esquizofrenia o de trastorno esquizoafectivo, haber presentado psicosis postparto en embarazos previos así como eventos estresantes o complicaciones obstétricas durante la gestación.^{1,22,23}

Si bien el DSM-V no considera a la psicosis puerperal como una entidad independiente, ha sido clasificada como una forma severa de depresión mayor o como el inicio o la recurrencia de un trastorno psicótico, especialmente la esquizofrenia, o de un trastorno bipolar.¹¹ Alrededor de 72% a 88% de pacientes que presentaron psicosis postparto, padecen trastorno bipolar o esquizofreniforme, mientras que sólo 12% cuentan con el antecedente de esquizofrenia.²³

Aunado a lo anterior, la relación de este tipo de psicosis con los trastornos mencionados anteriormente ayuda a explicar su fisiopatología. En el aspecto genético, se han detectado alteraciones en el gen transportador de serotonina (5-HTT) en el cromosoma 16p13 en mujeres con historia de trastorno bipolar junto con presencia de psicosis postparto.²² En cuanto al aspecto hormonal, el descenso marcado de los estrógenos posterior al nacimiento del bebé, al ser estas hormonas mediadoras de los receptores dopaminérgicos en el hipotálamo, como consecuencia de su disminución sérica estos receptores aumentan su sensibilidad a dopamina derivando en manifestaciones de psicosis.²² De igual manera, se ha involucrado al sistema inmunológico al encontrar que es frecuente la coexistencia de tiroiditis y preeclampsia junto con la psicosis, sugiriendo una etiología inflamatoria y autoinmune; además, en 4% de los casos se desarrollan autoanticuerpos en el sistema

nervioso central que podrían relacionar con encefalitis autoinmune.²² También se han observado alteraciones en la activación de las células del sistema inmunológico, principalmente los monocitos y linfocitos T, llegando a estar ausente la leucocitosis fisiológica postparto.²² Todo ello contribuye a la inestabilidad emocional y al desarrollo de síntomas psicóticos.

El curso de esta entidad inicia de forma súbita durante la segunda semana del puerperio, con alteraciones del sueño (insomnio), síntomas de ansiedad y cambios bruscos del estado de ánimo.^{1,23,24} Posteriormente, surgen alteraciones de conducta, irritabilidad, hostilidad, confusión, pensamiento y lenguaje desorganizado. Por último, se presentan alucinaciones y diferentes tipos de delirio que pueden tener como consecuencia suicidio o infanticidio.^{6,23,24}

Dada la gravedad de este trastorno, el médico debe prestar atención durante el seguimiento en el puerperio a cualquier síntoma de tristeza, manía o modificaciones en el estado de ánimo que puedan orientar hacia éste. Para su detección se utiliza la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo para descartar síntomas depresivos y el Cuestionario de Trastornos del Humor, que se enfoca en síntomas de manía, alteraciones del pensamiento o de la conducta.²³ En caso de que dichas pruebas detecten riesgo de psicosis postparto o la paciente manifieste signos de alerta tales como amenazar con hacerse daño a ella o al bebé, se debe referir de forma urgente a psiquiatría.

Asimismo, se realiza el diagnóstico diferencial con otros trastornos psiquiátricos como tristeza y depresión postparto, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme o depresión mayor con rasgos psicóticos. En cuanto a las causas orgánicas, se deben descartar alteraciones metabólicas o nutricionales como hiponatremia, hipernatremia, hipoglucemia, cetoacidosis diabética, encefalopatía urémica, deficiencia de tiamina, alteraciones tiroideas, uso de medicamentos como esteroides, simpaticomiméticos, narcóticos, anticolinérgicos, infecciones del sistema nervioso central (meningitis, encefalitis), evento vascular cerebral, entre otras.²³

Para el manejo farmacológico se utilizan antipsicóticos atípicos como clozapina, olanzapina, quetiapina y risperidona, estabilizadores del estado de ánimo, benzodiacepinas e incluso terapia electroconvulsiva (TEC), esta última en casos refractarios, presencia de catatonía o depresión con rasgos psicóticos, o para quienes no toleren los efectos adversos de los medicamentos.²² El tratamiento de elección para estabilizar a la paciente es el litio, mientras que el resto de los fármacos mencionados se indican para control de los síntomas maníacos y psicóticos.^{22,23} Después de la fase aguda, se mantiene el manejo con litio durante seis a nueve meses y posteriormente se comienza un descenso

gradual de la dosis, siempre y cuando las manifestaciones hayan remitido por completo.²²

Con relación a la lactancia materna, los antipsicóticos atípicos han sido considerados seguros; sin embargo, el litio no se recomienda, por lo que debe suspenderse la lactancia mientras se utilice.^{22,23}

Además del tratamiento farmacológico, se debe recurrir a terapia interpersonal o cognitivo-conductual así como a terapia familiar.²³

Se estima que las pacientes que presentaron psicosis postparto tienen un riesgo de 50 a 60% de recurrencia en gestas subsecuentes, por lo cual se implementa profilaxis con litio a partir del tercer trimestre.⁶ En caso de mujeres con antecedente de trastorno bipolar también se implementa profilaxis.^{6,22}

El pronóstico de la psicosis puerperal es bueno, siempre y cuando se detecte oportunamente y se instaure el manejo apropiado durante la fase aguda. Es fundamental el abordaje integral entre ginecología y psiquiatría para minimizar el riesgo de infanticidio o suicidio.

CONCLUSIONES

Los trastornos del estado de ánimo en el postparto representan un problema de salud pública infravalorado dadas las repercusiones que implican para la salud de la madre y del recién nacido. En México estos trastornos tienden a ser infradiagnosticados por la falta de información para los médicos acerca del tema que permita un diagnóstico oportuno, y también por factores relacionados con las pacientes, principalmente sentimientos de vergüenza, culpa o miedo de expresar su sintomatología. Por lo anterior, es fundamental que en las consultas de control prenatal se identifiquen factores de riesgo de padecer trastornos psiquiátricos así como manifestaciones relacionadas con trastornos del estado de ánimo. Una vez que concluye la gestación, el ginecólogo debe estar atento y conocer los síntomas que pueden alertar sobre el inicio de alguna de las entidades mencionadas previamente, con el fin de referir a la paciente con el psiquiatra para iniciar el manejo correspondiente. Este tipo de patologías requieren un abordaje en conjunto por parte del servicio de ginecología, psiquiatría, pediatría y no olvidar el papel que puede tener la psicología en la instauración de terapia conductual y el manejo de la red de apoyo familiar. De esta manera, se asegurará el bienestar y seguridad de las madres y sus hijos.

Cumplimiento de las directrices éticas

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Este artículo no contiene ningún estudio con sujetos humanos o animales realizado por ninguno de los autores.

REFERENCIAS

- Carro T, Sierra JM, Hernández J, Ladrón E, Antolín E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Rev Med Gral.* 2000; 24: 452-456.
- Evans G, Vicuña M, Marín R. Depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2003; 68: 491-494.
- Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *J Am Board Fam Med.* 2007; 20 (3): 280-288.
- race SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health.* 2003; 6 (4): 263-274.
- Faisal-Cury A, Rossi P, Tedesco J, Kahalle S, Zugaib M. Maternity "blues": prevalence and risk factors. *The Spanish Journal of Psychology.* 2008; 11 (2): 593-599.
- Romero G, Dueñas EM, Regalado CA, Ponce AL. Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. *Ginecol Obstet Mex.* 2010; 78 (1): 53-57.
- Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord.* 2009; 113 (1-2): 77-87.
- Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 200 (4): 357-364.
- Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2010; 48: 269-278.
- Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum depression. *N Engl J Med.* 2002; 347 (3): 194-199.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. rev.: DSM-V. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- Almanza-Muñoz JJ, Salas-Cruz CL, Olivares-Morales AS. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer. *Rev Sanid Milit Mex.* 2011; 65: 78-86.
- Secretaría de Salud. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención. CENETEC. México: 2014.
- Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004; 26 (4): 289-295.
- Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord.* 2008; 108 (1-2): 147-157.
- Ross LE, Murray BJ, Steiner M. Sleep and perinatal mood disorders: a critical review. *J Psychiatry Neurosci.* 2005; 30: 247-256.
- Corwin EJ, Pajer K. The psychoneuroimmunology of postpartum depression. *J Womens Health.* 2008; 17 (9): 1529-1534.
- Moses-Kolko EL, Wisner KL, Price JC, Berga SL, Drevets WC, Hanusa BH et al. Serotonin 1A receptor reductions in postpartum depression: a positron emission tomography study. *Fertil Steril.* 2008; 89 (3): 685-692.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry.* 1987; 150: 782-786.
- Gentile S. Use of contemporary antidepressants during breastfeeding: a proposal for a specific safety index. *Drug Saf.* 2007; 30 (2): 107-121.
- Guille C, Newman R, Fryml LD, Lifton CK, Epperson CN. Management of postpartum depression. *J Midwifery Womens Health.* 2013; 58 (6): 643-653.
- Bergink V, Rasgon N, Wisner KL. Postpartum psychosis: madness, mania, and melancholia in motherhood. *Am J Psychiatry.* 2016; 173 (12): 1179-1188.
- Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. *J Womens Health (Larchmt).* 2006; 15 (4): 352-368.
- Maldonado-Durán J, Saucedo-García J, Lartigue T. Psicosis no orgánicas y otros trastornos mentales graves en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum.* 2008; 22: 90-99.