



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,
Psicología y Salud Mental

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO DURANTE EL PUERPERIO

MOOD DISORDERS DURING THE PUERPERIUM

María del Mar Murillo de las Heras, Inmaculada Enríquez Rodríguez, Isabel María Martos López

Mariadelmar.murillo@gmail.com

Trastornos del estado de ánimo, postparto

Puerperal disorder, psychotic disorder

RESUMEN

El puerperio es uno de los momentos de mayor riesgo para la aparición de trastornos del estado de ánimo. Aproximadamente un 80% de las madres presentan alguna alteración, con síntomas desde leves y transitorios hasta incapacitantes y persistentes. La falta de detección precoz y conocimiento por parte de los profesionales sanitarios puede agravar la situación.

OBJETIVOS

Identificar factores de riesgo y sintomatología temprana para detección precoz de los principales trastornos del estado de ánimo durante el puerperio: Maternity Blues, Depresión postparto y Psicosis puerperal.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica con descriptores "Puerperal Disorder" y "Psychotic Disorder" en bases de datos Cochrane, Medline y Pubmed. Criterios de inclusión: trabajos publicados en los últimos 15 años con acceso a texto completo, en español o inglés. Se obtienen 39 artículos, de los cuales se seleccionan 12.

RESULTADOS

La tristeza postparto (maternity blues) se produce por cambios hormonales, psicológicos y sociales. Puede aparecer hasta en el 80% de mujeres y desaparecer sola en el primer mes.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO DURANTE EL PUERPERIO

La depresión postparto puede aparecer en el puerperio precoz y hasta un año después y lleva asociados factores de riesgo más específicos. La psicosis puerperal es la más grave y con menor prevalencia; puede iniciarse durante los primeros seis meses y se asocia a factores de riesgo tales como haber padecido previamente trastornos afectivos o esquizofrenia.

CONCLUSIONES

Es importante que los profesionales sanitarios puedan realizar el diagnóstico diferencial de los trastornos mentales puerperales, así como la detección temprana de los primeros síntomas para poder actuar de manera precoz.

ABSTRACT

The puerperium is one of the highest risk times for the appearance of mood disorders. Approximately 80% of mothers present some alteration, with symptoms ranging from mild and transient to disabling and persistent. Lack of early detection and knowledge on the part of health professionals can aggravate the situation.

OBJECTIVES

Identify risk factors and early symptoms for early detection of the main mood disorders during the puerperium: Maternity Blues, Postpartum Depression and Puerperal Psychosis.

METHODOLOGY

Bibliographic review with descriptors "Puerperal Disorder" and "Psychotic Disorder" in Cochrane, Medline and Pubmed databases. Inclusion criteria: works published in the last 15 years with access to full text, in Spanish or English. 39 items are obtained, of which 12 are selected.

RESULTS: Postpartum blues (maternity blues) is caused by hormonal, psychological and social changes. It can appear in up to 80% of women and disappear on its own in the first month. Postpartum depression can appear in the early puerperium and up to a year later and has more specific risk factors associated with it. Puerperal psychosis is the most serious and with the lowest prevalence; it can start during the first six months and is associated with risk factors such as having previously suffered from affective disorders or schizophrenia.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO DURANTE EL PUERPERIO

CONCLUSIONS

It is important that health professionals can perform the differential diagnosis of postpartum mental disorders, as well as the early detection of the first symptoms in order to act early

DESARROLLO

El puerperio es uno de los momentos de mayor riesgo para la aparición de trastornos del estado de ánimo. Aproximadamente un 80% de las madres presentan alguna alteración, con síntomas desde leves y transitorios hasta incapacitantes y persistentes. La falta de detección precoz y conocimiento por parte de los profesionales sanitarios puede agravar la situación. El aumento de riesgo en este periodo se debe tanto a la gran deprivación hormonal como a los factores sociales estresantes para la madre durante este periodo, que puede conllevar conductas no adaptativas. Dentro de la enfermedad psiquiátrica del puerperio, se encuentran la tristeza postparto o maternity blues, la depresión postparto y la psicosis postparto.

TRISTEZA POSTPARTO

La tristeza postparto, también llamada "maternity blues", es una alteración del estado de ánimo de la madre debida a factores y cambios hormonales, psicológicos y sociales, provocados en su mayoría por el desajuste familiar y el gran cambio que se presenta respecto a la anterior rutina. Estos factores pueden variar en intensidad y duración, pero las manifestaciones suelen aparecer en los primeros días después del nacimiento, no más allá del cuarto o quinto día postparto, para desaparecer antes de que acabe la cuarentena.

No se ha demostrado aún que exista una causa principal del maternity blues, pero sí que existen diversos factores de riesgo:

- Episodios previos de depresión
- Síntomas depresivos durante el embarazo
- Sucesos/cambios estresantes durante el embarazo, en especial durante el tercer trimestre.
- Padecer alteraciones del sueño
- Haber padecido síndrome premenstrual
- Malos antecedentes obstétricos, como fallecimiento de un hijo.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO DURANTE EL PUERPERIO

Los signos y síntomas que presentan las madres con tristeza postparto son los siguientes:

- Irritabilidad
- Tristeza o llanto sin causa aparente
- Labilidad emocional
- Ansiedad por la dificultad del manejo del recién nacido.

Es necesario que la mujer sienta apoyo familiar durante este episodio. Informar tanto a ella como a su entorno cercano, hará que comprenda que es una situación pasajera y sin consecuencias importantes para ella ni para el recién nacido. No obstante, el cuadro debe mejorar en dos o tres semanas y, de no ser así, es importante contactar con un profesional especializado que pueda realizar un diagnóstico diferencial para no confundirlo con otros trastornos del estado de ánimo más graves, como la depresión postparto.

DEPRESIÓN POSTPARTO

La clínica de la depresión postparto es más florida. Comienza en las primeras dos o tres semanas tras el parto y puede durar desde un mes hasta más de un año, si no se trata de forma adecuada. Tiene una prevalencia del 5 al 22 % de las mujeres que dan a luz y una tasa de recurrencia en partos posteriores de hasta el 70%. Se ha observado que la incidencia de la depresión postparto varía en función de la cultura, siendo menor en países donde se provee a las mujeres de apoyo psicosocial durante el embarazo, parto y postparto.

La forma de inicio más característica es una depresión melancólica, con sensación exagerada de sentimiento de culpa, de incapacidad total de hacerse cargo del recién nacido y de ambivalencia en relación con el afecto por éste/a.

Existen varios mecanismos involucrados en la fisiopatología de la depresión postparto:

- Elevación de los valores de estrógenos y progesterona durante el embarazo, seguida por rápido descenso tras el parto, con una sensibilidad alterada a dichas fluctuaciones.
- Alteración de la proteína transportadora de serotonina plaquetaria.
- Fluctuación en el nivel de péptidos de origen gonadal y esteroides neuroactivos tras el parto que alteran la regulación del eje hipotálamo-hipofisario, así como de ciertas citocinas, produciendo una disregulación del nivel de ácidos grasos, oxitocina y arginina.
- Disminución de la expresión de los receptores postsinápticos de serotonina tipo 1 A a nivel del cíngulo anterior y córtex mesotemporal.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO DURANTE EL PUERPERIO

Existía la creencia de que la depresión postparto estaba relacionada con partos distócicos y en especial, con las cesáreas; sin embargo, en 2006 se publicó un metaanálisis con 24 estudios que desmintió dicha asociación. Así, existen hoy día factores de riesgo relacionados con la aparición de la depresión postparto:

- Historia pasada de psicopatología (especialmente depresión y ansiedad)
- Presencia de alteraciones psicológicas durante el embarazo
- Antecedentes de depresión gestacional
- Desprendimiento Prematuro Placenta
- Complicaciones obstétricas durante el embarazo, el parto o después (principalmente embarazos de alto riesgo)
- Embarazo no planeado y/o deseado
- Falta de apoyo familiar y/o social
- Problemas familiares y/o sociales
- Mujer inmigrante
- Pobre relación marital
- Abandono o separación de la pareja
- No contar con un compañero
- Pareja presente, pero que no proporcione apoyo emocional
- Falta de redes de apoyo
- Situaciones estresantes
- Dificultades económicas
- Abuso físico, emocional o sexual en la infancia
- Fallecimiento, abandono o separación de un familiar o ser querido
- Mala relación con la madre
- Antecedente de pérdidas perinatales
- Sensibilidad a los cambios hormonales
- Historia de hiperemesis gravídica
- Edad materna joven
- Historia de abuso de sustancias

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO DURANTE EL PUERPERIO

- Alteración en la función tiroidea
- Dificultades en la lactancia
- Mala salud del recién nacido
- Bebé difícil de cuidar, temperamento difícil.

A pesar de esto, puede darse la depresión postparto en mujeres sin ninguno de estos factores de riesgo ni antecedentes.

Dentro de los síntomas de la depresión postparto, se encuentran los siguientes:

- Estado de ánimo deprimido
- Tristeza o llanto persistentes
- Anhedonia o disminución del interés o de la capacidad para disfrutar de casi todas las actividades
- Cansancio o fatiga crónica
- Ansiedad que puede llegar hasta los ataques de pánico
- Sentirse abrumada, indefensa e incapaz
- Autodesvalorización y autorreproches, generalmente relacionados a su competencia como madre
- Dificultad, reticencia o imposibilidad de buscar ayuda y apoyo para sí misma
- Irritabilidad
- Problemas de atención, concentración y memoria
- Dificultad para vincularse con el bebé
- Sentimientos de ambivalencia hacia el hijo/a
- Sobreprotección del menor
- Dificultades en la lactancia
- Dificultad y/o imposibilidad de cuidar al recién nacido
- Pensamientos obsesivos y conductas compulsivas, relacionados con el hijo (p. ej. revisarlo constantemente cuando está dormido para ver si respira) y con su cuidado (p. ej. lavar y desinfectar varias veces sus artículos)
- Pensamientos negativos hacia el bebé, especialmente creer que lo puede dañar

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO DURANTE EL PUERPERIO

- Sentimientos de culpa
- Pensamientos de dañarse a sí misma o al bebé
- Pensamientos atemorizantes
- Ideación suicida

Es importante saber cómo detectar la depresión postparto. Lo ideal es poder hacerlo entre las dos semanas y los seis meses postparto. Existen escalas que se pueden utilizar para el cribado de este trastorno:

1. Escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS): Esta escala evalúa ítems relacionados con el estado de ánimo de la mujer en la última semana (7 días). La paciente otorga puntuaciones que van de 0 a 3. Si la puntuación es igual o mayor a 12, puede indicar que existe depresión postparto.
2. Postpartum depression screening scale: Esta escala evalúa 21 ítems también relacionados con el estado de ánimo materno durante la última semana. Aporta información sobre la severidad y el tipo de síntoma depresivo predominante (Depresión mínima; depresión suave; depresión moderada y depresión severa si la puntuación va de 29 a 63). Tiene una tasa alta de falsos positivos, por lo que su uso está más restringido.
3. General health questionnaire: utilizado de forma rutinaria en la población general para el screening de trastornos mentales comunes mediante la evaluación de 21 ítems.

Respecto al tratamiento de la depresión postparto, lo principal es poder detectarla de manera precoz, observando signos en la mujer que pueden dar la alarma, como cansancio exagerado, dolores, quejas psicósomáticas, alta demanda de ayuda (directa o indirectamente), tristeza, miedo y preocupación. El primer paso es la derivación a un profesional (psicóloga o psiquiatra), que podrá indicar el tratamiento a seguir más adecuado y de forma integral. Existen dos vías u opciones de intervención: la terapia y el tratamiento farmacológico. En casos más graves, será necesario realizar ambas intervenciones.

Respecto a la terapia, suele ser de tipo cognitivo conductual, y puede ser individual o en grupo. Debe basarse en aspectos como:

- Información a la mujer y su pareja y entorno familiar cercano sobre la depresión postparto.
- Control, disminución y extinción de los síntomas.
- Apoyo en la adaptación al rol de madre (dificultades, miedo o angustia)
- Estrategias para fortalecer el vínculo madre-hijo y cuidar la relación de pareja (mejorar la comunicación y reservar tiempo en pareja sin el recién nacido).

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO DURANTE EL PUERPERIO

- Disminución en la medida de lo posible de las situaciones estresantes para la madre.
- Buscar redes de apoyo familiares, sociales e institucionales.

Respecto a los fármacos antidepresivos, los más utilizados son los inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina, siendo uno de los más seguros teniendo en cuenta también la compatibilidad con la lactancia materna, la sertralina. La sertralina se excreta en la leche en cantidad indetectable y los niveles plasmáticos en los lactantes cuyas madres toman sertralina son indetectables o muy bajos. Además, no se han desarrollado repercusiones clínicas ni de desarrollo ni a corto ni a largo plazo.

Las mujeres con depresión postparto pueden necesitar además, otro tipo de fármacos coadyuvantes, para tratar otros síntomas asociados como el insomnio o la ansiedad, utilizándose en este caso las benzodiazepinas. Si la mujer tiene antecedentes de depresión postparto, el tratamiento con antidepresivos debe iniciarse inmediatamente después del parto para prevenir una posible recaída, y debe mantenerse entre seis meses y un año.

PSICOSIS PUERPERAL

La psicosis postparto es una enfermedad grave que suele aparecer de forma brusca y que se da en 1-2 de cada 1000 nacimientos. Aparece entre el tercer y el noveno día postparto, aunque puede llegar a aparecer hasta en el sexto mes, y no se diferencia clínicamente de otras psicosis, aunque sí tiene unas características relacionadas con el periodo puerperal.

La psicosis postparto debe considerarse una emergencia médica que requiere hospitalización. El 15-20% de las mujeres con psicosis postparto, han sufrido episodios psicóticos previos, y una vez superado, existe riesgo de recaída con episodios maníacos o depresivos.

Existen factores de riesgo que predisponen a la psicosis puerperal:

- Antecedentes personales de un trastorno afectivo, especialmente trastorno bipolar anteriormente filiado con retirada reciente de los estabilizadores del ánimo.
- Antecedentes de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo
- Psicosis puerperal previa
- Complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto o postparto
- Primíparas
- Madres añosas (>35 años)
- Madres solteras

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO DURANTE EL PUERPERIO

- Situaciones de privación de sueño
- Algunos estudios han encontrado relación entre la depresión posparto con psicosis y una respuesta exagerada de la hormona del crecimiento, cuando se aplica apomorfina durante el cuarto día posparto.

Las manifestaciones clínicas de la psicosis puerperal suelen comenzar con insomnio o incapacidad para descansar, junto con irritabilidad, ansiedad y labilidad emocional. A partir de aquí, pueden darse conductas de suspicacia, signos de confusión, preocupación excesiva por trivialidades, rechazo de la comida. Tras la fase inicial, que suele durar una semana, comienza la fase aguda, en la que aparecen las alucinaciones y delirios y otros síntomas graves:

- Fluctuaciones psicomotrices entre la agitación y estupor
- Rápida variabilidad afectiva de gran euforia y ansiedad, hasta llegar al ánimo deprimido
- Alteraciones en el pensamiento y en el lenguaje, con oscilaciones desde la verborrea hasta el mutismo
- Perturbaciones en la percepción del tiempo
- Afectaciones del sueño, principalmente insomnio
- Falta de contacto con la realidad
- Delirios y/o alucinaciones visuales y auditivas (la madre puede pensar que el niño está muerto, que está poseído por un demonio y debería morir, o que es un salvador con una misión divina) e ideas delirantes relacionadas con el bebé (malformaciones, contenido místico y religioso)
- Hostilidad e irritabilidad
- Conducta desordenada
- Conducta autoagresiva y violenta, actos que pueden poner en riesgo la vida del hijo
- Infanticidio o suicidio (en algunos casos)

Respecto al manejo clínico de la psicosis puerperal, es necesario tratamiento farmacológico y hospitalización. Suelen utilizarse antipsicóticos, estabilizadores del ánimo y benzodiazepinas. Además, si los fármacos no dan resultado o los síntomas van en aumento, puede ser necesaria la terapia electroconvulsiva.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO DURANTE EL PUERPERIO

Posteriormente y cuando la sintomatología psicótica va remitiendo, se realiza tratamiento terapéutico psicológico, hasta que la paciente sea capaz de cuidar a su hijo/a y no presente conductas de riesgo ni para ella ni para el bebé. Será necesario que algún familiar o profesional sanitario realice la supervisión de la díada madre-hijo/a y continuar con el tratamiento psiquiátrico y psicológico hasta que la paciente vuelva a ser valorada de forma multidisciplinar y pueda retomar el cuidado de su hijo/a sin vigilancia.

Es importante que los profesionales sanitarios puedan realizar el diagnóstico diferencial de los trastornos mentales puerperales, así como la detección temprana de los primeros síntomas para poder actuar de manera precoz. El apoyo postparto intensivo y la derivación a tiempo hacia profesionales capacitados para la identificación de síntomas y tratamiento de estas patologías puede prevenir episodios más graves y duraderos, así como disminuir la morbilidad y el sufrimiento de la díada madre-hijo. Conocer los principales factores de riesgo de estas patologías del estado de ánimo permitirán a los profesionales sanitarios adelantarse, realizar un seguimiento estricto y poder ofrecer un tratamiento precoz en aquellas madres que lo precisen. Es importante tener en cuenta que los trastornos del estado de ánimo pueden comenzar pasando desapercibidos, ya que el entorno de la mujer que acaba de dar a luz suele dar por hecho y así se lo hace saber a la madre, que el puerperio es una etapa de felicidad, por lo que el diagnóstico puede retrasarse si la madre tarda en acudir al sistema sanitario en busca de ayuda.

BIBLIOGRAFÍA

1. APILAM. (s/f). Sertralina hidrocloreuro. Recuperado el 20 de febrero de 2021, de E-lactancia.org disponible en: <http://www.e-lactancia.org/breastfeeding/sertraline-hydrochloride/product/>
2. Daley, A. J., Macarthur, C., & Winter, H. (2007). The role of exercise in treating postpartum depression: a review of the literature. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(1), 56–62.
3. Maldonado-Durán, M., & Lecannelier, F. (2008). El padre en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(2), 145–154.
4. Heneghan, A. M., Chadron, L. H., Storfer-Isser, A., Park, E. R., Kelleher, K. J., & Stein, R. E. (2007). Factors associated with identification and management of maternal depression by pediatricians. *Pediatrics*, 119(444).
5. Maldonado-Durán, M., & Lartigue, T. (2008). Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(2), 100–110.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO DURANTE EL PUERPERIO

6. Maldonado-Durán, J. M., Saucedo-García, J. M., & Lartigue, T. (2008). Psicosis no orgánicas y otros trastornos mentales graves en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum*, 22(2).
7. Medina-Serdán, E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol Reprod Hum*, 27(3).
8. Navarrete, L. E., Lara-Cantú, M. A., Navarro, C., Gómez, M. E., & Morales, F. (2012). Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el posparto. *Revista de Investigación clínica*, 64(6. II), 625–633.
9. Oviedo Lugo, Gabriel Fernando, & Mondragón, Valeria Jordán (2006). Trastornos afectivos posparto. *Universitas Medica*, 47(2),131-140.Recuperado el 1 de febrero de 2021. ISSN: 0041-9095. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018675004>
10. Pereda Ríos, A., Navarro González, M., Viñuela Benítez, M. C., Aguarón de la Cruz, A., & Ortiz Quintana, L. (2014). Desórdenes psiquiátricos en el puerperio: nuestro papel como obstetras. *Clinica e investigacion en ginecologia y obstetricia*, 41(4), 169–175.
11. Reck, C., Stehle, E., Reinig, K., & Mundt, C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord*, 113(77).
12. Sit, D. K. Y., Flint, C., Svidergol, D., White, J., Wimer, M., Bish, B., & Wisner, K. L. (2009). Best practices: an emerging best practice model for perinatal depression care. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 60(11), 1429–1431.