



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

UNA COMPLICACIÓN TRAS EL PARTO: LA DEPRESIÓN PUERPERAL

Pascual Calatayud C, Roselló Miranda R, Lull Carmona J, Francés Sanjuán N, García Valls JM, Cano Nebot J, Naharro Gascón MJ, Morant Luján Y, Ibañez Soriano E.

carmen565@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo. Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto.

Históricamente, se sabía que el periodo posparto era conflictivo para la integridad física y mental de la madre.

De hecho, la misa de la panda, después del parto, era un reconocimiento de que las mujeres habían sido afortunadas al haberse salvado de los peligros del puerperio.

La Obstetricia moderna ha minimizado las complicaciones físicas, mientras que las psicológicas permanecen con una frecuencia estable.

En el siglo IV a. de C., Hipócrates realizó la primera descripción de enfermedades mentales asociadas al posparto. En su reseña consideró que algunas apreciaciones sobre las características clínicas de la manía posparto, asociadas a la lactancia, se trataban de delirium asociado a "sepsis puerperal", entidad relativamente común en la antigua Grecia.

Posteriormente también se registraron ya en su época casos de los que hoy llamaríamos psicosis puerperales. Durante los siglos XVII y XIX, se consideró con particular interés la asociación entre alumbramiento y locura, siendo interpretada como una entidad lógica específica a la que se llamo psicosis puerperal si aparecía dentro de las semanas posparto, y psicosis de la lactancia si se desarrollaba al cabo de un año.

El concepto legal de infanticidio, que en el pasado permitía, en Inglaterra, que una madre matara a su hijo dentro del año y un día de su nacimiento, y la consideraran culpable de un delito menor sin pena capital, y no de un asesinato, era un peculiar reconocimiento humano de la responsabilidad disminuida a causa del trastorno aparecido durante este periodo.

En la actualidad, se cree que la principal enfermedad psiquiátrica que se presenta después del parto es la misma que aparece sin relación con el parto en mujeres de edad comparable.

UNA COMPLICACIÓN TRAS EL PARTO: LA DEPRESIÓN PUERPERAL

OBJETIVOS

Los objetivos del trabajo actual son realizar una búsqueda y extracción de información sobre la depresión puerperal para ampliar conocimientos.

DESARROLLO

Definición

La depresión puerperal se incluye entre los trastornos del estado de ánimo con inicio en las primeras cuatro semanas del posparto, cursando con la sintomatología de los episodios depresivos mayores, y que puede incluir, en ocasiones, la presencia de síntomas psicóticos.

El (DSM-V) incluyó como novedad frente a la versión anterior, el trastorno depresivo mayor de inicio en el periparto, considerando su desarrollo durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas del postparto. En este punto mantuvo el mismo criterio de tiempo, lo que ha generado controversia, ya que, para efectos clínicos y de investigación, el período de riesgo puede ampliarse a los tres meses del parto.

Los trastornos del estado del ánimo que podemos encontrar en el puerperio son:

- Episodio depresivo mayor
- El episodio maniaco/hipomaniaco
- El episodio mixto por trastornos psicótico breve

Es importante destacar que muchos trastornos bipolares debutan con un episodio afectivo puerperal (más frecuente episodio depresivo o maníaco).

Centrándonos en la depresión posparto, las formas clínicas de la depresión puerperal son:

- * Baby blues o disforia posparto.
- * Depresión puerperal propiamente dicha.
- * Psicosis puerperal.

- Melancolías maternas, disforia postparto o "post partum blues"

Se encuentran en el extremo más leve de los trastornos del estado del ánimo en el posparto. Son muy frecuentes, encontrándose hasta en un 50% de las mujeres tras el postparto. Son episodios transitorios de tristeza, crisis de llanto y desaliento, astenia, ansiedad, confusión, cefaleas, hipocondría e insomnio, cuya aparición se presenta entre el tercer y séptimo día posparto. La duración puede variar desde unas pocas horas hasta dos o tres días.

Algunos estudios han sugerido que el post partum blues se relaciona con la caída en los picos de estrógenos y progesterona en el momento del parto.

Se han desarrollado dos hipótesis que intentan explicar este fenómeno.

La primera se orienta a relacionar los síntomas con la supresión hormonal abrupta. Durante el embarazo es observable el bajo nivel de progesterona y sus metabolitos, principalmente de alopregnanolona. Este bajo nivel se ha asociado con síntomas depresivos, por cuanto estas sustancias poseen gran afinidad por los receptores GABA, razón por la que poseen efectos ansiolíticos y anestésicos

UNA COMPLICACIÓN TRAS EL PARTO: LA DEPRESIÓN PUERPERAL

La segunda hipótesis se fundamenta en la activación del sistema biológico mamífero que relaciona a la madre con su hijo, regulado por la oxitocina. En situaciones normales, la oxitocina colabora con la conducta de apego entre madre e hijo. Sin embargo, ante la presencia de tensión emocional y pobre apoyo ambiental, puede relacionarse con síntomas depresivos y ansiosos, en especial, en mujeres más sensibles al estrés psicosocial.

Dada su escasa entidad clínica, no precisan habitualmente tratamiento psiquiátrico especializado, respondiendo favorablemente a medidas de apoyo psicológico.

- Depresión puerperal propiamente dicha

Se estima que este trastorno se presenta en 10 a 15% de las mujeres en el período de posparto; este síndrome dura más tiempo que el post partum blues y tiene un mayor impacto en la familia. Ocupan un lugar intermedio, en cuanto a gravedad, entre el baby blues y las psicosis. Dentro de la sintomatología depresiva, la afectividad se expresa como ánimo hipotímico, facies hipomímica, asociando llanto fácil, desesperanza y desánimo, aunque no todas las pacientes son capaces de reconocerlo.

Habitualmente, coexisten con ansiedad e irritabilidad y sensación de astenia o fatigabilidad.

La paciente presenta anhedonia con disminución de las actividades cotidianas, que muchas veces es percibida mejor por los familiares que por la propia paciente. El lenguaje se encuentra enlentecido, pobre y monótono, con pausas prolongadas. El contenido tiene un matiz negativo, pesimista, con frecuentes ideas obsesivoides de minusvalía y culpa en torno a diversos aspectos (errores del pasado, circunstancias futuras de difícil salida, posibilidad de hacerle daño al lactante, etc.).

A veces, presentan alteraciones cognitivas referentes a la dificultad de concentración e inatención. La motricidad expresa una lenificación que se objetiva a través de los movimientos corporales lentos y dificultosos.

En otras ocasiones, puede aparecer una agitación que oscila desde la inquietud leve, como el retorcimiento de manos, hasta una agitación franca.

Los síntomas somáticos abarcan un amplio abanico en el que figuran la anorexia pérdida de peso, insomnio o hipersomnia, estreñimiento, cansancio, disminución, pérdida de la libido y cefaleas.

Otros aspectos a tener en cuenta son el deterioro sociolaboral y el abandono de su aspecto externo, e incluso de su higiene personal.

Las mujeres con depresión posparto sin psicosis pueden tener ideación autolítica e ideas obsesivoides comúnmente relacionadas con la posibilidad de hacerle daño al lactante.

La aparición cronológica de la depresión puerperal suele ser más tardía que las baby blues y las psicosis (más de un mes de acontecido el parto), con una duración de dos semanas, pero que puede prolongarse meses e incluso años.

- Psicosis puerperal

Son los episodios más preocupantes entre los trastornos del estado de ánimo del puerperio, por

UNA COMPLICACIÓN TRAS EL PARTO: LA DEPRESIÓN PUERPERAL

su mayor gravedad.

El contenido del pensamiento se caracteriza por la aparición de ideas delirantes, las más frecuentes suelen ser de contenido paranoide, aunque también pueden aparecer, otras, como ideas de tipo megalomaniáco o bien de tipo somático, religiosos o nihilistas.

El curso del pensamiento se encuentra alterado, con asociaciones inadecuadas, y discurso que puede llegar a ser incomprensible.

Son frecuentes las alteraciones de la percepción sensorial, con alucinaciones fundamentalmente auditivas.

En ocasiones, presentan también alucinaciones cenestésicas o visuales. Las olfativas y gustativas sugieren la presencia de un trastorno mental orgánico, aunque también pueden aparecer.

Por último, entre las alteraciones en la conducta psicomotora son típicas las formas catatónicas con inmovilidad, rigidez o todo lo contrario, con agitación.

Las psicosis puerperales suelen aparecer a partir del tercer o cuarto día y antes del primer mes posparto. Desde el punto de vista diagnóstico, se engloban dentro de los cuadros definidos como trastorno psicótico breve, es decir, con una duración entre 1 y 29 días.

ETIOPATOGENIA

Los cambios fisiológicos pueden explicar ciertas transformaciones en la esfera mental. Sin embargo, no constituyen la única condición que explica la presencia de síntomas mentales durante el posparto. También otros factores, como los psicosociales y ambientales, condicionan la proclividad de la mujer a presentar dichos síntomas.

Los trastornos del estado de ánimo, en general, tienen una etiología probablemente multifactorial donde intervendrán, en mayor o menor grado, factores genéticos, neuroquímicos, psicológicos y sociales que serían igualmente aplicables a los trastornos acontecidos durante el puerperio, ya que hoy se acepta mayoritariamente que no son entidades distintas, aunque la experiencia de la maternidad si pudiese desempeñar un cierto papel desencadenante.

Se manejan al respecto tres hipótesis:

* El parto es una causa importante de estrés que tiene su origen en factores físicos o psicológicos que pueden causar un estrés extremo, embarazo no deseado, por ejemplo, o interno, como el producido por la dificultad o no aceptación del nuevo papel de madre.

* El parto es, precisamente, uno de los numerosos factores precipitantes posibles, basado en una constitución heredada o adquirida predispuesta.

* Habría un tipo de personalidad específicamente sensible a la esfera sexual y reproductiva, que acusaría más o menos los cambios adaptativos inherentes a la maternidad.

A efectos de simplificación, distinguiremos tres grandes grupos de factores etiopatogénicos:

- Biológicos (hallazgos neuroquímicos, estudios familiares, hallazgos neuroendocrinos),
- Psicológicos (vínculo o relación madre-hijo, factores externos, vulnerabilidad y personalidad melancólica)

UNA COMPLICACIÓN TRAS EL PARTO: LA DEPRESIÓN PUERPERAL

- Sociales (acontecimientos vitales, enfermedades medicas asociadas y edad, paridad, socio-económico y cultural).

Factores biológicos

Desarrollando más a fondo los factores biológicos, observamos diversos cambios a nivel neuroquímicos y endocrinos importantes.

La noradrenalina (NA) y la dopamina (DA) parecen disminuidas en la depresión sobre todo bipolar, e incrementados en la manía. No obstante, la disminución de transmisión serotoninérgica parece desempeñar un papel más importante en la patogénesis de la depresión, aunque queda sin aclarar la importancia relativa de estos neurotransmisores.

La disminución de la actividad de la DA podría tener algún papel en las depresiones en las que predominan los síntomas relacionados con la disminución de la actividad.

Diversos estudios sugieren un descenso de la actividad de los sistemas enzimáticos relacionados con el metabolismo de los neurotransmisores, fundamentalmente de la monoaminoxidasa (MAO), en pacientes con depresión bipolar. En cambio, esta actividad de la MAO estaría incrementada en depresiones no endógenas, que cursan con una importante ansiedad crónica, lo que justificaría la buena respuesta a los inhibidores de la MAO (IMAO).

El estradiol y el estriol son las formas biológicamente activas de los estrógenos, que son producidos en la placenta y aumentan durante el embarazo entre 100 y 1.000 veces. La síntesis del estriol resulta de la actividad metabólica del hígado fetal.

El estradiol incrementa la acción neurotransmisora de la serotonina (aumenta su síntesis y disminuye su recaptación).

La brusca disminución en los niveles de estradiol posterior al posparto, podría explicar teóricamente la depresión posparto (algunos estudios se no ha mostrado una asociación significativa).

Los niveles de B endorfina, hormona gonadotropina coriónica humana y cortisol también aumentan durante el embarazo y alcanzan su pico máximo cerca al término del embarazo y declinan en el posparto.

Los niveles de prolactina alcanzan valores hasta de 140 ng/ ml al final del embarazo y declinan a las tres semanas posteriores al parto. Se ha sugerido que la prolactina juegue un papel en esta entidad, con resultados contradictorios en diferentes estudios.

El cortisol alcanza un pico máximo al final del embarazo debido a la producción placentaria de corticoliberina (CRH), niveles que caen bruscamente en el momento del parto.

Tras el parto puede llegar a aparecer una hipofunción o una insuficiencia adrenal que puede observarse en algunos casos de DPP.

También se encuentran estudios que señalan que, durante el quinto y el sexto día posparto, se registra una reducción de los niveles plasmáticos de triptófano, principalmente en las madres con "baby blues", y que dicha reducción persiste hasta por seis meses en las madres deprimidas. Sin embargo, el administrar triptófano en el embarazo no previene la aparición de "baby blues"

UNA COMPLICACIÓN TRAS EL PARTO: LA DEPRESIÓN PUERPERAL

ni de depresión posparto sin psicosis.

En los seis meses posteriores al parto, las mujeres experimentan algún tipo de disfunción tiroidea, entre un 7 y 23% comparado con un 3 a 4% en la población general.

Existe una caída de T3 y T4 libre, por aumento de fijación de T3 y T4, tras el aumento de estrógenos. En consecuencia, la TSH aumenta para compensar la baja cantidad de hormonas tiroideas libres.

Pueden aparecer anticuerpos tiroideos en alrededor un 11,6% de las mujeres en el posparto. El efecto inmunosupresor de los niveles altos de cortisol durante el embarazo puede ser seguido de un fenómeno inmune de rebote después del parto, lo cual produce una alta incidencia de anticuerpos antitiroideos.

La disminución de la función tiroidea puede afectar al estado de ánimo en el posparto debido a su asociación con la disminución de los niveles de la actividad de la serotonina central. Los niveles de serotonina se han correlacionado positivamente con los niveles de hormonas tiroideas. En los últimos años se ha planteado al relación entre la inflamación y la depresión mayor. Se ha observado en diversos estudios la elevación de citocinas proinflamatorias (IL-1, IL-6 y TNF-a) y reactantes de fase aguda en la depresión. Además se ha observado en el caso de la gestación que en la primera fase existe un predominio de las células Th1 y según avanza disminuye Th1 y aumenta Th2, que podría estar relacionado con la aparición de la clínica depresiva.

También se ha visto que puede existir relación entre la inflamación y las enfermedades durante la gestación. Por ejemplo, existe un aumento del 2.5 de riesgo de sufrir preeclampsia durante el embarazo si existe clínica de ansiedad/depresión antenatal. También se ha visto que el parto pretérmino se asocia con ansiedad y depresión. Sucede algo similar con la diabetes gestacional, por la cual existe el doble riesgo cuando se padece depresión.

Otros de los factores que se ha observado que puede ser protector frente a la depresión puerperal, es la lactancia materna. Dado que durante la lactancia existe un aumento de la oxitocina y la prolactina, se ha observado que estas dos hormonas tienen un efecto atidepresivo. Además existe una atenuación de la respuesta al estrés, con disminución del cortisol y ACTH.

También se ha postulado que la depresión posparto sea una posible forma de hipervitaminosis A endógena por la acumulación en el cerebro materno de retinoides (la leche materna es rica en vitamina A, por lo que con la lactancia disminuiría la vitamina A), aunque estas hipótesis continúan en estudio.

También se ha dicho que la lactancia protege frente a la depresión posparto dada la mayor interacción materno-infantil.

En cuanto a los estudios familiares, se pone de manifiesto un elevado grado de morbilidad de los trastornos afectivos en las familias de individuos con trastornos del estado de ánimo.

La concordancia de patología afectiva en gemelos monocigóticos es del 65% y en dicigóticos es del 14%, correspondiendo la incidencia más alta a los monocigóticos bipolares. Estos y otros datos indican, en conjunto, el carácter genético de los trastornos afectivos endógenos, sobre

UNA COMPLICACIÓN TRAS EL PARTO: LA DEPRESIÓN PUERPERAL

todo, del trastorno bipolar.

Sin embargo, la gran heterogeneidad de la transmisión observada no ha permitido, hasta ahora, establecer el tipo de herencia, si bien lo más probable es que se trate de una transmisión poligénica.

Factores psicosociales

Agrupamos los factores psicológicos y sociales en un mismo grupo dada su similitud.

En cuando a los factores psicosociales que pueden desencadenar la depresión posparto, es importante destacar los siguientes:

- a. Depresión y ansiedad antenatal
- b. Enfermedad psiquiátrica previa
- c. Rasgos de personalidad (obsesivos, introversión, culpa y neuroticismo)
- d. Relación marital pobre
- e. Eventos vitales estresantes
- f. Estrés relacionados con el cuidado del bebé
- g. Embarazo no deseado
- h. Historia de síndrome disfórico premenstrual
- i. Abuso sexual, físico o psicológico

EVALUACIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN PUERPERAL

Lamentablemente, no parece factible prevenir la depresión puerperal, por lo que se debería tener un conocimiento previo del riesgo y del significado de los primeros síntomas, de forma que el diagnóstico se pueda establecer lo más precozmente posible y empezar el tratamiento cuanto antes.

En la consulta prenatal, debería realizar una historia clínica completa que incluya los antecedentes familiares, personalidad, situación social y matrimonial, enfermedades previas y reacciones ante el embarazo, actitud y estado de ánimo actual y cualquier otro problema especial. Cualquier paciente que presente síntomas psiquiátricos de aparición reciente debe ser evaluada para descartar un consumo de sustancias psicoactivas, enfermedades médicas o neurológicas subyacentes.

Ante el riesgo, existen unidades de preparación al parto, con un equipo multidisciplinar compuesto por ginecólogos, matronas, psicólogos y psiquiatras, es una excelente opción, ya que la gestante, además de su preparación convencional al parto en la que será informada correctamente y entrenada en técnicas de respiración, relajación y gimnasia, podrá expresar sus dudas, celos y sentimientos respecto al embarazo, parto y puerperio en las sesiones de dinámica grupal.

Las ideaciones de la madre con respecto al suicidio o el infanticidio son indicación de una hospitalización inmediata; igualmente, esto está indicado para las mujeres con comorbilidad de abuso de sustancias y limitaciones funcionales importantes para el cuidado propio y el del

UNA COMPLICACIÓN TRAS EL PARTO: LA DEPRESIÓN PUERPERAL

infante.

ESCALAS PARA EL DIAGNÓSTICO

Es una herramienta diagnóstica útil para depresión posparto, la escala de Edimburgo.

Consta de 10 preguntas con 4 respuestas cada una que puntúan del 0 al 3, con mayor puntuación las respuestas de mayor gravedad.

Sus ítems se relacionan con disforia, ansiedad, sentimientos de culpa, con ideas autolíticas y con dificultades de concentración.

En el embarazo se indicó su aplicación en el primer o segundo control gestacional, y un puntaje de corte de 13 determina sospecha de depresión.

En el posparto, el puntaje de corte es 10 puntos, aconsejando su medición a las ocho semanas, y al sexto mes.

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es conseguir tanto la remisión del episodio como la prevención de recaídas o recurrencias.

Existen dos tipos de tratamiento:

- Psicoterapia, que puede ser:

- * De apoyo
- * Terapia CG-C
- * Nivel especializado:
 - * Individual
 - * Grupal
 - * Familiar

- Tratamiento farmacológico:

Entrando más profundamente en el tratamiento farmacológico, los antidepresivos son la piedra angular del tratamiento de la depresión posparto de moderada a severa.

El tratamiento farmacológico alcanza un 60-70% de respuestas favorables. Desde que se descubrió en 1957 la eficacia antidepresiva de la imipramida (un tricíclico) y la iproniazida (un IMAO), ambos han sido los fármacos de referencia durante décadas.

Sin embargo, actualmente los ISRS, (como la fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina), son los mejor tolerados, aunque pueden provocar náuseas, insomnio, inquietud, somnolencia o temblor.

Se puede administrar de manera rápida, ya que presentan un bajo riesgo de efectos tóxicos en caso de sobredosis. Se recomienda iniciar con la mitad de la dosis usual, con incremento de la dosis cada quinto día, debido a la hipersensibilidad de las mujeres a los efectos indeseables de los medicamentos durante este período.

UNA COMPLICACIÓN TRAS EL PARTO: LA DEPRESIÓN PUERPERAL

La sertralina se considera como el antidepresivo de elección durante el embarazo y lactancia, en virtud de su baja tasa de excreción en la leche materna y, generalmente, no se detecta en el plasma del neonato; tampoco se han reportado efectos adversos en el niño.

En un estudio se reportó que los niños que recibían lactancia de madres tratadas con fluoxetina ganaron menos peso por cuadros de cólico del lactante, ya que su metabolito la norfluoxetina, tiene una vida media larga y se encuentra presente en la leche materna.

Otro antidepresivo considerado apropiado durante la lactancia es la paroxetina, ya que no se ha asociado a ningún efecto adverso y no posee metabolitos activos. Durante el embarazo está contraindicada por considerarse teratógena.

Los antidepresivos tricíclicos, excepto la doxepina, no se asocian con dosis significativas en los recién nacidos y no se presentan efectos agudos en éstos, en especial si son mayores de 10 semanas de edad, pero producen mayor número de efectos adversos.

Los ansiolíticos: como las benzodiazepinas, betabloqueantes, buspirona, etc. constituyen otra opción terapéutica a contemplar en casos de ansiedad, insomnio o síntomas adrenérgicos importantes.

También se ha planteado que puede ser beneficioso el tratamiento con estrógenos solos o en combinación con antidepresivos.

En mujeres con sintomatología grave y riesgo suicida alto, la terapia electroconvulsiva es la estrategia más indicada.

Los neurolépticos se pueden administrar de forma segura ya que no aparecen en la leche materna.

Aun así, se precisan más estudios de investigación para conocer más a fondo el alcance de la medicación pautada en el feto y el recién nacido.

CONCLUSIONES

Sabemos que las mujeres presentan una mayor prevalencia de trastornos depresivos con un riesgo aumentado en ciertos momentos de su vida.

El postparto representa un período de mayor susceptibilidad en vista de las fluctuaciones del eje hormonal, las demandas propias del cuidado del recién nacido y la interacción de variables psicosociales.

La evidencia clínica demuestra que, por un lado, existen estrechas relaciones entre la variabilidad hormonal fisiológica, los cambios anímicos normales, las alteraciones hormonales que en muchas ocasiones son factores etiológicos principales y, en otras, requieren complementaciones o correcciones para una adecuada recuperación anímica.

Por otro lado, esta variabilidad depende de factores psíquicos, las condiciones afectivas y sociales de la madre experimentadas durante el embarazo y el mismo parto, y sus antecedentes depresivos.

UNA COMPLICACIÓN TRAS EL PARTO: LA DEPRESIÓN PUERPERAL

A pesar de su elevada prevalencia, a menudo la depresión posparto no se diagnostica ya que no se realiza cribaje de forma rutinaria, y, por lo tanto, no se trata. Por lo que es importante un diagnóstico precoz.

De ahí la importancia y la necesidad de identificar de manera temprana los casos para evitar alteraciones afectivas posparto mediante un tratamiento que responda a un diagnóstico acertado.

Asimismo, el tratamiento de los casos diagnosticados plantea numerosos dilemas, por lo que se deben valorar pros y contras del tratamiento dado el posible riesgo existente para el recién nacido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Neves E, Olea E, Perucca E, et al. Cuadros depresivos en el postparto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. Rev Psiquiatr. 1992; 3: 1168-76.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5º Ed. Washington, DC. American Psychiatric Association; 2013.
3. Bezares B., Sanz O., Jiménez I. Puerperal pathology. An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (Supl. 1): 169-175.
4. Bris Orche JM. Depresión en la mujer. 1º Ed. Madrid. SCM. 2001.
5. Constanza Mendoza B, Saldivia S. Rev Med Chile 2015; 143: 887-894.
6. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression (Systematic Review). The Cochrane Library 2013; 2: 1-151.
7. Enrique Jadresic M. Depresión en el embarazo y puerperio. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2010; 48 (4): 269-278.
8. Fitelston E, Kim S, Scott A, Leight K. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. Internation Journal of Women's Health 2011; 3: 1-14.
9. Le HN, Perry DF, Stuart EA. Randomized Controlled Trial of a Preventive Intervention for Perinatal Depression in High Risk Latinas. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2011; 79: 131-45.
10. Liberto TL. Screening for depression and help-seeking in postpartum women during well-baby pediatric visits: an integrated review. J Pediatr Health Care. 2012 Mar; 26(2):109-17.
11. Mendoza BC, Saldivia S. An update on postpartum depression. Rev Med Chil. 2015 Jul;143(7):887-94.
12. Miler ML, Kroska EB, Grekin R. Immediate postpartum mood assessment and postpartum depressive symptoms. J Affect Disord. 2016 Sep 23; 207:69-75.
13. Oviedo Lugo G, Jordan Mondragón V. Trastornos afectivos en el posparto. Universitas

UNA COMPLICACIÓN TRAS EL PARTO: LA DEPRESIÓN PUERPERAL

médica. 2006. (4); 2

14. Pei S, Liu K, Zhong Z, Wang H, Lin S, Shang J. Risk of prenatal depression and stress treatment: alteration on serotonin system of offspring through exposure to Fluoxetine. *Sci Rep.* 2016 Oct 5; 6:33822.
15. Petrozzi A, Gaqliardi L. Anxious and depressive components of Edinburgh Postnatal Depression Scale in maternal postpartum psychological problems. *J Perinat Med.* 2013 Jul;41(4):343-8.
16. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el postparto. *Rev Med Chile* 2010; 138: 536-42.
17. Shelton MM, Schiminkey DI, Groer MW. Relationships among prenatal depression, plasma cortisol, and inflammatory cytokines. *Bio Res Nurs.* 2015 May;17(3):295-302.
18. Stuart-Parrigon K, Stuart S. Perinatal depression: an update and overview. *Curr Psychiatry Rep.* 2014 Sep;16(9):468.
19. Van der Waerden J, Hoefnagels C, Hosman C. Psychosocial preventive interventions to reduce depressive symptoms in low-SES women at risk: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2011; 128: 10-23.
20. Van der Zee-Van der Berg AI, Boere-Boonekamp MM, Ijerman MJ, Haasnoot-Smallegance, Reijneveld SA. Screening for Postpartum Depression in Well-Baby Care Settings: A Systematic Review. *MAtern Child Healthc J.* 2016 Aug 12. [Epub ahead of print]

PREGUNTAS TIPO TEST

1. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico entre los siguientes más idóneo para la depresión posparto?:
 - A. Imipramina.
 - B. Doxepina.
 - C. Sertralina. (Opción correcta)
 - D. Fluvoxamina.

2. Señale la opción incorrecta de las siguientes premisas:
 - A. La depresión posparto es un trastorno que aparece tras el parto, que puede aparecer hasta 4 semanas después de este y que puede cursar con sintomatología depresiva e incluso sintomatología psicótica.
 - B. En cuanto a los factores que se han relacionado con su etiopatogenia, se incluyen factores biológicos, sociales y psicológicos.
 - C. El tratamiento de la depresión posparto puede realizarse con psicoterapia y con tratamiento farmacológico, siendo los antidepresivos los más destacados.
 - D. La psicosis puerperal es el subtipo más grave de depresión posparto. Es la forma más

UNA COMPLICACIÓN TRAS EL PARTO: LA DEPRESIÓN PUERPERAL

frecuente y suele presentarse tras el mes del parto, precisando en la mayoría de los casos, ingreso hospitalario. (Opción).