

Depresión periparto

Clínica, tratamientos y prevención



Julietta D'Orazio

PRIMERA EDICIÓN
MAYO DE 2020

Queda hecho el depósito
que establece la Ley 11.723

© 2020, Editorial Sciens S.R.L. ®
Av. García del Río 2585 - Piso 12 - Dto. A - CABA (C1429DEB)
Tel/Fax. (54 11) 2092 1646
www.sciens.com.ar
info@sciens.com.ar

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

Julieta D'Orazio

Depresión periparto Clínica, tratamientos y prevención



Editorial Sciens
BUENOS AIRES

Índice

Autores	07
Prólogo	09
Capítulo 1 - Depresión periparto. Introducción	
J D’Orazio, A Mejías Delamano, F Nocita, M Gheri	11
Capítulo 2 - Depresión periparto	
Julietta D’Orazio, Alexis Mejías Delamo.....	29
Capítulo 3 - Tratamiento psicológico	
J D’Orazio	51
Capítulo 4 - Tratamiento psiquiátrico	
A Mejías Delamano	61
Capítulo 5 - Importancia del abordaje multidisciplinario en la depresión periparto	
J D’Orazio, A Mejías Delamano, F Nocita, M Gheri	81
Capítulo 6 -Consecuencias de la depresión periparto en la madre, bebé y entorno familiar	
J D’Orazio, F Nocita	93
Capítulo 7 - Prevención	
J D’Orazio, F Nocita	103
Capítulo 8 - Desafíos actuales en la Salud Mental Perinatal	
J D’Orazio, A Mejías Delamano	115

Autora

Julieta D'Orazio

Licenciada en Psicología, Universidad Maimónides.

Colaborador

Alexis Mejías Delamano

Médico Especialista en Psiquiatría.

Médico Especialista en Farmacología (UBA).

Médico Especialista en Medicina de la Industria Farmacéutica (UBA).

Docente Auxiliar de Primera, Primera Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina (UBA).

Docente de la Carrera de Médico Especialista en Farmacología, Facultad de Medicina (UBA).

Docente del Módulo de Neuropsicofarmacología de la Carreras de Médico Especialista en Psiquiatría y Neurología, Facultad de Medicina (UBA).

Presidente (2018-2020) y Socio Fundador de la Sociedad Argentina de Neuropsicofarmacología (SANEPSI).

Coautores

Mauro Gherzi

Médico Especialista en Tocoginecología.

Exmédico Residente de Obstetricia y Ginecología, Hospital Aeronáutico Central.

Médico Tocoginecólogo de Planta, Hospital Aeronáutico Central.

Médico Tocoginecólogo de Planta, Sanatorio Julio Méndez y Sanatorio Otamendi y Miroli.

Docente de la materia Ginecología, Carrera de Medicina, Facultad de Medicina (UBA).

Florencia Nocita

Médica Especialista en Pediatría.

Exjefa de Residentes, Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde.

Exmédica Residente en Pediatría, Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde.

Médica Pediatra, OSECAC.

Médica Pediatra de Guardia, Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde.

Prólogo

La depresión periparto (DPP) es una patología que afecta aproximadamente al 20% de las mujeres. El factor de riesgo principal es el antecedente de DPP en un embarazo previo. Casi el 50% de las mujeres con DPP presentarán una recurrencia en un próximo embarazo. La DPP puede tener una severidad variable, siendo necesario en casos graves un tratamiento intensivo debido a las potenciales consecuencias para la paciente, el niño y su entorno familiar.

El tratamiento de la DPP es multidisciplinario (terapia psicológica, tratamiento psiquiátrico, apoyo grupal, intervenciones sociales), debido a la particular especificidad de la etapa perinatal. Respecto al abordaje psicológico, la Psicología Perinatal (PP) se orienta a atenuar los efectos negativos de la DPP a través de técnicas que facilitan la protección del apego y promueven vínculo madre e hijo, facilitando la cercanía corpo-

ral y los sentimientos de maternaje. La PP tiene un papel preventivo en la PP, especialmente desde el momento de la gestación.

Actualmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los fármacos de primera elección para el tratamiento de la DPP moderada a severa. A principios del año 2019 se aprobó una novedosa droga para el tratamiento específico de la DPP: la brexanolona, un modulador alostérico del receptor GABA-A sináptico y extrasináptico. Existen otros fármacos que se encuentran en fase de investigación clínica para el tratamiento de la DPP.

La prevención de la DPP también es multidisciplinaria, involucrando diferentes especialidades (Ginecología, Obstetricia, Pediatría) para evitar la aparición y/o las consecuencias de esta patología.

Dr. Alexis Mejías Delamano

Depresión periparto. Introducción

Julieta D'Orazio, Alexis Mejías Delamano, Floencia Nocita, Mauro Ghersi

Introducción

La depresión periparto es una entidad clínica habitual que afecta a 2 de cada 10 mujeres que se convierten en madres. Más allá de tener un impacto en la salud psíquica de la propia mujer, la depresión periparto posee implicancias a nivel del recién nacido, su pareja o persona significativa que la acompaña, sus familiares y/o amigos cercanos. La depresión periparto constituye una patología con gran impacto en la Salud Pública, no solo desde la perspectiva de los datos de frecuencia poblacional sino también en términos de Salud Mental.

En ese sentido, el presente libro pretende abordar las implicancias psicológicas y psiquiátricas de la depresión periparto y su influencia en la crianza del bebé, el apego, el desarrollo del maternaje y todas las conductas de cuidado que son tan determinantes en los primeros años para el desarrollo neurológico y afectivo del niño. Dada la importancia que tienen esos cuidados para la construcción de la estructura psíquica, es fundamental que la madre que padece depresión periparto, pueda recibir el tratamiento adecuado de manera multidisciplinar, en tanto tal afección involucra el desarrollo de la diada y el entorno familiar, social, etc.

Asimismo, en el presente libro se hace hincapié en el rol de los diferentes profesionales que integran el equipo interdisciplina-

rio que interviene en las distintas etapas del periodo perinatal: ginecólogos, obstetras, pediatras, psicólogos, psiquiatras, enfermeras, etc. Además, se abarcan las distintas estrategias terapéuticas para intervenir en cuadros de depresión perinatal, desde el rol de actuación del psicólogo, especialmente aquel formado en Psicología Perinatal, como así también, la interconsulta con el obstetra o el pediatra y las intervenciones del médico psiquiatra, tanto del tratamiento farmacológico como no farmacológico.

Este libro hace especial foco en los factores de riesgo asociados a la depresión periparto, con el objetivo de llevar adelante aquellas estrategias preventivas que permitan mitigar, o en su defecto, evitar la aparición de este cuadro clínico. Finalmente, se plantea un desafío actual de la Salud Mental Perinatal como dispositivo permanente en las instituciones de salud y el estado actual de la formación de los médicos psiquiatras en esta importante área de intervención en salud.

La Depresión periparto en la actualidad

Desde la antigüedad es conocido que durante los meses que siguen al parto, la mujer experimenta una mayor vulnerabilidad desde el punto de vista psíquico y anímico (1). La depresión periparto (DPP) es una afección clínica que se encuentra presente aproximadamente en el 20% de las mujeres,

constituyendo la complicación más frecuente del parto (2, 3). La incidencia de DPP oscila entre el 7 y el 15% en los primeros 3 meses postparto, lo que sugiere que las mujeres en la etapa postparto presentan tasas de depresión similares a la población general (2). La tasa de prevalencia de DPP tiene un rango entre el 7 y el 13% en los países de elevados ingresos y una prevalencia mayor del 20% en aquellos países con bajos ingresos (4). Recientemente se estimó que la incidencia de la DPP con síntomas durante de inicio en el embarazo fue del 33% y del 27% con inicio previo al embarazo (2). Por lo tanto, se podría hablar de una **depresión perinatal (periparto)** en lugar de depresión postparto. El factor de riesgo más fuerte de DPP es un episodio previo en otro embarazo, por lo cual se estima que entre el 25 y el 50 % de las mujeres presentarán una recurrencia de este cuadro (5). La severidad de la depresión periparto es variable, siendo en algunos casos muy grave y requerir un tratamiento intensivo debido a las potenciales consecuencias para la propia paciente, el recién nacido y su entorno familiar (1-3).

Fisiología del embarazo, parto y puerperio

El embarazo es una etapa de grandes cambios en el cuerpo y la mente de la mujer, tiene una duración de 40 semanas, pero existe una gran variabilidad de la extensión que oscila entre las 38 y las 42 semanas (6, 7). La fecha probable del parto (FPP) se calcula sumándole 40 semanas al primer día de la última menstruación (fecha de última menstruación - FUM), aunque también se calcula a partir de datos como la altura del útero o los controles ecográficos. Es importante que esta FUM sea segura y confiable. La edad gestacional, definida como el número de días que pasan desde el primer día

de la última menstruación, se lleva a cabo mediante diversos parámetros. El mejor examen complementario para calcular la edad gestacional es la ecografía por vía vaginal realizada entre las 7 y 12 semanas (6).

Al principio, la mujer embarazada presentará varios síntomas producto de los cambios hormonales, tales como náuseas, vómitos, mareos, micción frecuente, amenorrea, sueño frecuente. Estos cambios son los que permitirán que se generen los procesos necesarios en el cuerpo de la mujer para gestar una nueva vida (6, 7). En el cuadro 1 y la figura 1 se resumen los cambios fisiológicos que experimentan la mujer durante el embarazo (Ver Cuadro y Figura 1).

El **parto** ha sido descrito desde tiempos lejanos que se remontan a la época Hipócrates (460-377 a.C.). En su libro *Naturaleza del Niño*, Hipócrates realizó la primera descripción de un parto normal. Él tenía la teoría de que el feto adoptaba la presentación cefálica debido al peso de la parte superior de su cuerpo y que la rotura espontánea de las membranas ovulares se producía porque el feto hacía movimientos de sus manos o pies para romperlas (6). Además, Hipócrates postuló que el trabajo de parto se generaba cuando el feto extendía sus piernas y se propulsaba a sí mismo fuera del útero. Posteriormente, el médico griego Soranos (138-98 a.C.) describió que el parto debiese ser atendido por parte de una comadrona y sus ayudantes, que debía llevarse adelante en una cama, y que durante el período expulsivo se tenía que pasar a la silla de parto (6).

El parto es un proceso biológico que se define como la expulsión o extracción, por cualquier vía, de un feto mayor de 500 gramos de peso (o ≥ 25 centímetros de longitud), vivo o muerto (8). El parto puede ser a

término (entre las 37 semanas y menos de 42 semanas completas de gestación), pretérmino (antes de las 37 semanas completas de gestación) y postérmino (parto acaecido a las 42 semanas completas de embarazo).

El parto es una etapa de transformaciones, que comienza con cambios uterinos, cervicales y hormonales que aparecen habitualmente unas 2 semanas antes del nacimiento del bebé (7). El parto vaginal sucede a lo largo de 4 etapas que se superponen entre ellas:

- 1) Contracciones uterinas.
- 2) Dilatación del cuello uterino y el paso

del bebé por el canal de parto.

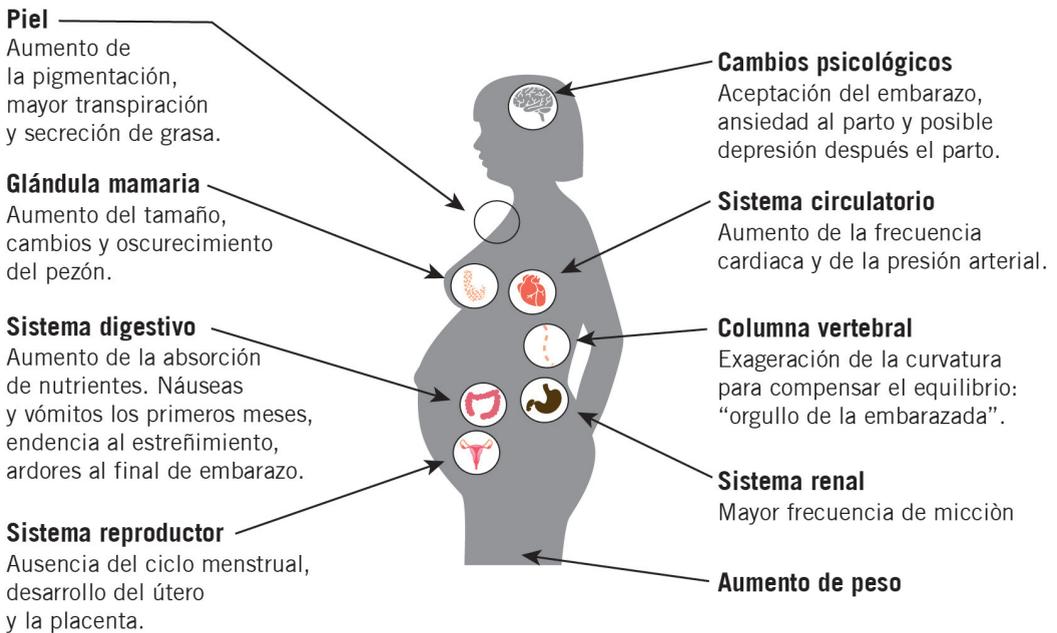
- 3) Expulsión de la placenta y el corte del cordón umbilical.

- 4) La recuperación por medio de la contracción del útero.

Durante el parto se suele utilizar anestesia local, si la madre así lo desea y lo necesita. Actualmente, se han desarrollado técnicas que colaboran para prescindir de la administración de fármacos, para que ambos padres puedan participar activamente durante este proceso. A diferencia del parto natural, el parto por cesárea consiste en extraer al

Figura 1

Cambios fisiológicos en el embarazo.



Cuadro 1

Cambios durante el embarazo en diversos sistemas fisiológicos.

Sistema	Cambios
Músculo-esquelético	Hiperlordosis lumbar y cambios progresivos en la musculatura paravertebral y articulaciones pélvicas que pueden generar lumbalgias y pubalgias.
Endocrinológico	<ul style="list-style-type: none"> - Primer trimestre: aumenta los niveles plasmáticos de insulina y la utilización de glucosa. - Segundo y tercer trimestre: aumento de la resistencia a la insulina (lactógeno placentario). Incremento de la globulina transportadora de tiroxina (TBG), con T₄ libre normal a expensas de un aumento de los niveles sanguíneos de T₃ y T₄ total. <p>Estado de hiperlipidemia (aumento del colesterol total, triglicéridos, LDL colesterol, ácidos grasos).</p>
Cardiovascular	Aumento del gasto cardiaco, con una reducción de la tensión arterial y la resistencia periférica.
Respiratorio	Aumento del consumo de O ₂ , con la consecuente polipnea (aumento de la frecuencia respiratoria normal) que lleva a una alcalosis respiratoria leve.
Digestivo	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de la motilidad de la musculatura lisa, causa constipación y distensión abdominal. - Aumento del riesgo de reflujo gastroesofágico (RGE) por disminución de tono del esfínter esofágico inferior (EEI). - Elevación del riesgo de litiasis sintomática, por disminución de la función vesicular (la progesterona inhibe la secreción de colecistokinina - CCK).
Nefrológico Urinario	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento de la filtración glomerular, lo que genera en algunas mujeres glucosuria y proteinuria microscópica. - Reducción de la motilidad de la musculatura lisa que produce estasis urinaria. - Aumenta riesgo de infección del tracto urinario inferior (TUI) por varias causas: estasis urinaria, glucosuria, pH alcalino y disminución de la IgA secretada por la mucosa vesical.
Hematológico	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución normal del hematocrito (como consecuencia de la hemodilución). - Estado de hipercoagulabilidad de predominio puerperal (aumento de factores pro-coagulantes VII, VIII, X y I).

Modificado de Carvajal Jorge y Ralph Constanza. Manual de Obstetricia y Ginecología. Capítulo 3: Cambios fisiológicos del embarazo y placentación.

bebé del útero a través de un procedimiento quirúrgico y se lleva a cabo por motivos de salud de la madre o el bebé. Solamente en esos casos de urgencia es necesaria la indicación de parto por cesárea. Sin embargo, desafortunadamente, el número de cesáreas ha crecido exponencialmente, siendo en muchos casos una práctica innecesaria e, incluso, hasta peligrosa (9).

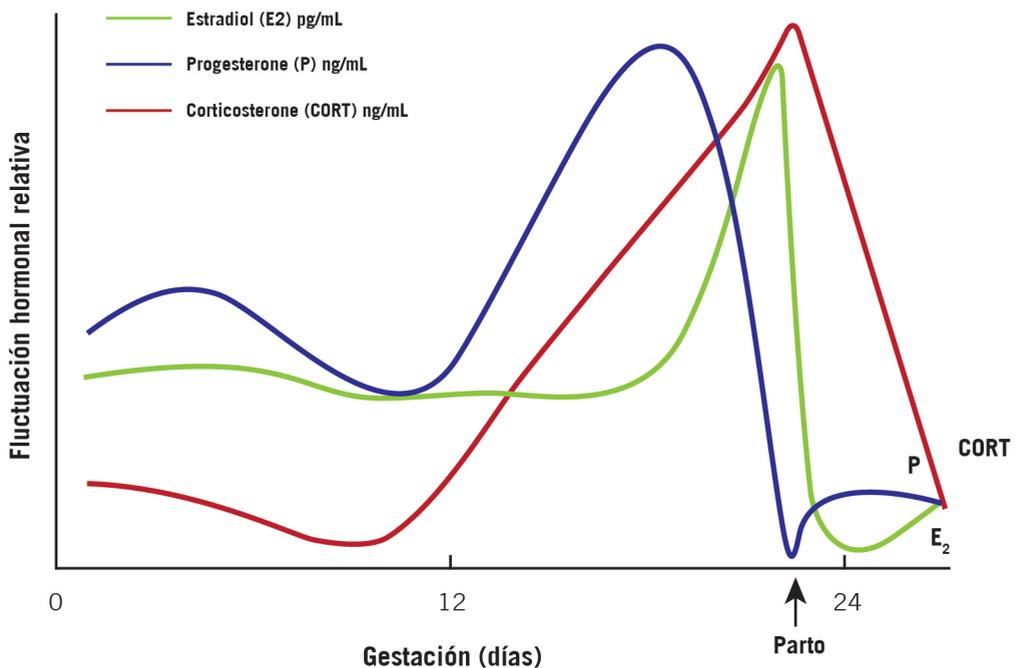
Existe una serie de cambios hormonales en la mujer que abarcan tanto el embarazo como el parto y el puerperio inmediato y mediato. La figura 2 resume estos cambios plasmáticos hormonales (principalmente estradiol, progesterona y cortisol) y en el cuadro 2 se destacan las distintas hormonas involucradas en el embarazo y el parto (in-

volucradas en la maduración del feto y la adaptación de la mujer) (10, 11) (Ver Figura y Cuadro 2).

El **puerperio** proviene de los vocablos “*puer*” que significa (niño) y “*peri*” cuyo significado es (alrededor de) (9). En consecuencia, esta palabra indica el momento posterior al nacimiento y comprende diversas características que lo distinguen de otros momentos de la etapa reproductiva. El puerperio constituye el periodo de tiempo que abarca desde el final del parto hasta la primera menstruación (aproximadamente 40 días o 6 semanas) (8). El puerperio está compuesto por 3 etapas:

Figura 2

Fluctuación de los niveles plasmáticos de hormonas durante el embarazo, parto y puerperio inmediato/mediato.



1) Puerperio inmediato: comprende las primeras horas después del parto (24 horas).

2) Puerperio mediato: entre las primeras horas y los primeros 2 días (hasta el alta hospitalaria).

Cuadro 2

Hormonas involucradas en la adaptación del cuerpo de la mujer en el embarazo y parto.

Hormonas	Fuente	Funciones	Aspectos clínicos
Gonadotrofina coriónica humana (GCH).	Tejido placentario trofoblástico.	Previene la regresión del cuerpo lúteo del embarazo Aumenta las células T.	Preregula los procesos de tolerancia inmune del feto.
Lactógeno placentario humano (LPH).	Placenta.	Antagoniza el uso normal de la glucosa por la madre, para asegurar la disponibilidad para el feto.	Aumenta el riesgo de diabetes gestacional (a valores normales).
Prolactina	Glándula hipofisaria anterior materna y fetal.	Estimula la producción de leche en el periodo postparto.	Crecimiento de la glándula adrenal del feto. Actúa como membrana de transferencia de fluidos y electrolitos.
Progesterona	Placenta.	Previene las contracciones uterinas.	Mantiene la quiescencia uterina.
Estrógenos (estriol, estrona, estradiol).	Placenta.	El estriol es el principal estrógeno del embarazo. Aumenta el flujo de sangre uterina y prepara a la mama para la lactancia.	
Andrógenos	En la corteza adrenal del feto (durante el embarazo).	Precursor de la producción de estrógeno placentario.	Desarrollo de los genitales masculinos externos.
Cortisol	Derivada del colesterol circulante.	Rol principal en la activación del parto al aumentar la liberación de CRH placentaria y prostaglandinas.	Promueve la producción de surfactante pulmonar en la etapa tardía del embarazo.
Oxitocina	Glándula hipófisis posterior e hipotálamo de la madre.	Causa las contracciones uterinas. Efectos sobre las emociones y el bienestar.	Facilita la crianza y el amamantamiento.

Modificado de Hacker and Moore's Essential of Obstetrics and Gynecology. 2016

3) Puerperio tardío: comprende el periodo que va desde el día 2 al día 45 aproximadamente (o aparición de la primera menstruación).

Las mayores complicaciones del puerperio se producen dentro de los primeros 2 días posteriores al parto, siendo las hemorragias y las infecciones las causas principales de mortalidad materna (12).

El **puerperio** es una etapa en la que la madre vuelve paulatinamente a su estado no gestacional, en la que predominan mecanismos restaurativos de los órganos y sistemas involucrados durante la gestación, como por ejemplo la involución del útero y todos los cambios hormonales necesarios para el reinicio de los ciclos ováricos y el comienzo de la lactancia (13). Con respecto a la lactancia, existe una serie de hormonas (estrógenos, progesterona, gonadotropina coriónica humana, cortisol, prolactina y lactógeno placentaria) juegan un rol importante para preparar a la mama para la lactancia. Al momento del parto, existen 2 situaciones que facilitan el inicio de la lactancia (11):

1) Inicialmente, la caída de los niveles plasmáticos de la hormonas placentarias (principalmente, los estrógenos), ya que previamente al parto interfieren con la acción lactogénica de la prolactina.

2) En segunda instancia, la succión de la mama por parte del recién nacido estimula la liberación de prolactina y oxitocina, como así también, la secreción del calostro y, posteriormente, la leche madura.

Aproximadamente al segundo día del parto se secreta el calostro. Es el líquido que sale por las mamas durante los 2 a 4 pri-

meros días luego del parto. El calostro está compuesto, en su mayoría, por proteínas, grasas y minerales. Además, el calostro contiene inmunoglobulina A secretoria (IgA). Posee un rol importante en la protección del recién nacido contra las infecciones del recién nacido. Luego de 3 a 6 días, el calostro es reemplazado por la leche madura. La leche materna está madura, conteniendo todos los nutrientes necesarios para el neonato (6, 11).

Implicancias psicológicas del embarazo, parto y puerperio

El embarazo, parto y puerperio representan un momento de gran fragilidad para la mujer en el que se conjugan diferentes factores que pueden favorecer el desarrollo de depresión periparto. Para comprender las características y dificultades de ese periodo tan vulnerable y entender de qué forma la mujer es proclive a sufrir un trastorno depresivo, se profundizará en aquellas implicancias psicológicas de cada etapa.

El embarazo es una etapa de grandes cambios, una crisis vital que atraviesa la mujer y que conlleva una serie de transformaciones, de una reorganización identitaria de la mujer y su entorno. Estos cambios tan necesarios requieren una especial atención por ser una etapa muy particular de cada mujer. Los picos hormonales que permitirán que se generen diferentes procesos fisiológicos en el cuerpo de la mujer también serán los responsables de las inquietudes, males-tares anímicos y los cambios emocionales. Al principio, es normal que la mujer presente estas ambivalencias afectivas propias de las transformaciones que va a atravesar en la vida, tanto ella como su entorno familiar, social, etcétera.

La planificación del embarazo es una característica importante a considerar. La falta de preparación para llevar adelante un embarazo impactará ampliamente en el estado afectivo de la mujer, que se traduce en un hecho disruptivo en su vida. En consecuencia, durante el embarazo podría desencadenarse el trastorno depresivo de inicio perinatal. En virtud de ello, resulta de importancia el control de la gestante, no sólo en lo que respecta a sus cambios físicos y los controles del desarrollo del bebé, sino que no debería descuidarse el chequeo de su salud psíquica, que tanta implicancia tiene en el desarrollo saludable del embarazo (14).

El embarazo es una experiencia estresante, provocada por las variaciones corporales y anímicas de la mujer que impactan en su biología al alterarse sus hábitos, el ciclo sueño-vigilia y la percepción del mundo que la rodea. Todos estos cambios la hacen propensa a padecer estados de ansiedad, cambios frecuentes de humor y ambivalencia afectiva. Esta situación estará más acentuada en el primer y último trimestre del embarazo.

Cabe destacar que la mujer embarazada puede tener diversas patologías, como anemia, disfunción tiroidea, diabetes gestacional, que en general suelen confundirse con la presencia de sintomatología depresiva (15).

Durante el primer trimestre de gestación, la embarazada puede sentir muchos temores, irritabilidad y variaciones en el estado de ánimo. Esto dependerá de la personalidad de la mujer, del entorno en el que se encuentre y de la colaboración con la que cuente. Esta situación podría atemperarse en el segundo trimestre, donde se sentirá más tranquila, sin los síntomas del inicio del

embarazo y más segura respecto a su condición. En el tercer trimestre, la ansiedad y los temores debido a la cercanía del parto la harán más vulnerable a sufrir cambios anímicos. Las preocupaciones y la impaciencia serán las características principales de esta etapa (7).

Durante el parto, cada mujer presenta sensaciones, emociones y significados únicos e irrepetibles al presentarse incomodidad, terror, felicidad, gozo, dolor, ansiedad o alivio. El nacimiento de su hijo es una circunstancia trascendental e imprevisible y cada mujer lo vivirá de una manera particular.

Es habitual que la mujer sienta temor, dolor y ansiedad, siendo este último síntomas uno de lo más frecuente, lo que hace que muchas mujeres acrecientan sus miedos y, como consecuencia, genere aún más dolor. Cuando una mujer se encuentra en trabajo de parto, es decir una situación que teme, se produce un incremento del *arousal* fisiológico junto con una hipervigilancia, vale decir, la atención se enfoca y amplifica a la percepción del estímulo. Esta ponderación del estímulo incrementa la sensación de peligro, generando aún más estrés, lo que afecta el curso del parto. Esto tiene como consecuencia la interferencia del desarrollo fisiológico del parto, lo que conduce a una intervención médica, incrementando la probabilidad de cesáreas (15).

Es importante destacar que el parto en el que haya habido amenazas de muerte o secuelas para la madre y/o bebé, y que hayan experimentado miedo extremo, horror o indefensión a partir del intervencionismo obstétrico, bajo la amenaza implícita de un grave riesgo para la salud de su bebé o ella misma, podría desencadenar en el síndrome

de estrés postraumático. Este síndrome se materializa mediante el desarrollo de sintomatología emocional y física que le produce gran malestar en sus relaciones familiares, sociales y, sobre todo, desapego de bebé y disociación de la realidad con graves consecuencias en la salud del niño y su madre.

Son muchas las madres que experimentarán los síntomas en el próximo embarazo, pudiendo desencadenar pánico al parto (también llamado tocofobia). Tal situación llevará a las mujeres a evitar cualquier situación traumática y a solicitar anestesia general o la realización de una cesárea programada, la cual retroalimenta el intervencionismo obstétrico y sus consecuencias (16).

Un estudio demostró que acelerar el parto con oxitocina sintética estaría asociado a un mayor riesgo de padecer depresión postparto. Este estudio fue llevado a cabo por investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Massachusetts y permitió comprobar la existencia de un aumento de un 36 % en el riesgo de padecer depresión postparto en las mujeres con antecedentes de trastornos depresivos, mientras que las mujeres sin antecedentes tenían un riesgo de 32 % en comparación con las mujeres no expuestas a la oxitocina sintética. La oxitocina sintética se ha identificado como un potencial mediador de la depresión y la ansiedad postparto, cuadros asociados a una mayor necesidad de anestésicos, dificultades para establecer la lactancia y problemas vinculares, como así también, efectos negativos en el comportamiento materno (17).

Debido a lo mencionado anteriormente, resulta importante que la mujer llegue a término de la gestación preparada e informada acerca de la situación que va a experimentar, con estrategias de afrontamiento com-

portamentales (tramitar el dolor, el estrés y las emociones por medio de conductas físicas) y cognitivas (tramitar el dolor, el estrés y las emociones a través del pensamiento). De allí radica la importancia de la prevención y la psicoprofilaxis obstétrica que harán que la mujer atraviese el parto en las mejores condiciones posibles, tanto físicas como emocionales, y así poder prevenir los intervencionismos innecesarios, el estrés, y los malestares diversos que son factores de riesgo para padecer depresión periparto.

En cuanto al puerperio y las implicancias emocionales es relevante definir el concepto de maternidad. Al respecto Oiberman, Santos y Nieri sostienen que la maternidad es: “una crisis vital y evolutiva, que produce un cambio psíquico, en la mujer y en el hombre que van a ser padres” Esto quiere decir que esta crisis, supone una activación de las emociones, experiencias y percepciones, que alteran toda la rutina vivida hasta ese entonces (18).

El puerperio es una etapa que implica no solo cambios biológicos, sino que además está particularmente representado por una serie de emociones, miedos, y dudas que implican una incertidumbre en la madre para con la crianza de su hijo. El puerperio representa para la madre un torbellino emocional en el que intenta adaptarse a la nueva situación y los cuidados de su bebé. Las emociones que emergen de la maternidad son una combinación de complejas emociones, atravesada por múltiples ambivalencias afectivas desde el inicio del nacimiento (19).

Es habitual sentir emociones ambivalentes con estallidos de intensa felicidad que además pueden teñirse de perplejidad y tris-

teza, por ello se dice que es una etapa de gran vulnerabilidad en la que pueden aparecer alteraciones emocionales, entre ellos la depresión postparto (12).

La maternidad no es solo un hecho fisiológico, sino que además es un proceso evolutivo que incluye los aspectos psicológicos de la mujer, atravesado por factores culturales, sociales e históricos (20).

Existen estados emocionales esperables durante el puerperio como el denominado *Baby Blues*. Se describe como una alteración del estado de ánimo, debida principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales. Estas manifestaciones tienen una intensidad y duración variable, y suelen aparecer entre los 2 y 4 días posteriores al parto. Los síntomas se alivian en forma espontánea dentro de las 2 a 3 semanas siguientes al alumbramiento y no requieren de atención médica y/o psicológica (21). Estos síntomas depresivos transitorios son normales, tienen una duración breve, se resuelven en pocos días y lo padecen la mayoría de las puérperas. Sin embargo, si esta sintomatología perdura por más tiempo de lo esperable puede desencadenar en una depresión perinatal. Es decir, si los síntomas se mantienen por más de 2 semanas.

El *Baby Blues* presenta síntomas similares a los de la depresión no perinatal, pero a diferencia de esta, no es una patología ya que no afecta la funcionalidad materna y los cuidados que requiere el recién nacido y tampoco requiere un tratamiento.

Este estallido emocional es propio de la etapa en la que se encuentra la mujer en el inicio de su maternidad (22). Como la mujer supere esta etapa, dependerá de sus

mecanismos de afrontamiento, su red social, etcétera.

Otro aspecto a considerar tiene que ver con las expectativas de la mujer en relación a las representaciones sociales de la maternidad. Las turbulencias emocionales propias de la etapa del embarazo y el puerperio se encuentran exacerbadas por el intento de cumplir con el modelo de madre ideal. Este modelo lejos está de la experiencia de la maternidad real, que es particular de cada mujer y que, muchas veces, nada tiene que ver con todo aquello que se ha intentado instalar respecto a este periodo de una manera idealizada. Es entonces cuando se producen vaivenes emocionales que pendulan entre sentirse alegre por la llegada del hijo y sentirse abrumada ante la nueva realidad de ser asistente incondicional del recién nacido, que distan de los mandatos de la maternidad idealizada.

La maternidad ideal estaría, entonces, exenta de la ambivalencia emocional e inundada por sentimientos de plenitud y con una satisfacción que haría que esta nueva etapa despertara solo ternura e incondicionalidad, donde solo el saber natural que despertara las necesidades del niño haría que los sentimientos de perplejidad ante la crianza, no estén a la altura de lo que una madre tendría que sentir.

La maternidad real se verá atravesada por la soledad propia de los procesos evolutivos y por los nuevos roles que confrontan con los mandatos de idealización tan inalcanzables. También será inevitable la aparición de conflictos incrementados por un velo y todo lo que a ella, como hija, no le fue contado en relación a su maternidad (23).

Rol del obstetra durante el parto

En Argentina la mayoría de los partos son realizados en instituciones de salud. Sin embargo, en el 10 % de los casos no cuentan con los controles prenatales necesarios que requiere esta etapa del ciclo vital de la mujer (24). El cuidado perinatal de la mujer requiere de asistencia coordinada, para reducir los índices de mortalidad materna

infantil (24). A continuación se describe el rol del médico obstetra durante el periodo preconcepcional, prenatal y puerperal.

1. Control preconcepcional

Para llegar a un embarazo en las mejores condiciones de salud es conveniente prevenir, diagnosticar y tratar las afecciones que

Tabla 1

Controles preconcepcionales
1. Asesoramiento preconcepcional: brindar información sobre la salud reproductiva, planificación familiar, cuidados previos al embarazo, identificación de factores de riesgo.
2. Examen físico: control de tensión arterial, talla, peso corporal, examen pélvico y mamario.
3. Antecedentes familiares, obstétricos, de enfermedades crónicas y violencia familiar
4. Enfermedades crónicas: hipertensión arterial, diabetes mellitus, anemia, patología uterina o mamaria, epilepsia, patologías tiroideas.
5. Análisis de laboratorio: determinación de parámetros de laboratorio, como el metabolismo del hierro, hidratos de carbono, funcionamiento renal y hepático, el grupo y factor sanguíneo son útiles para diagnosticar o prevenir diversas patologías.
6. Vacunación contra el tétanos y la difteria (vacuna Doble Adultos): cada 10 años.
7. Rubéola y Paperas (vacuna Doble Viral): única dosis, previo estudio serológico negativo. Se debe esperar 30 días antes de buscar un embarazo.
8. Vacuna de Hepatitis B: deberá administrarse la vacuna a los 11 años de edad o si presenta factores de riesgo.
9. Vacuna antigripal: si presenta factores de riesgo.
10. Reducción de defectos congénitos. suplementación con ácido fólico
11. Hábitos y estilos de vida: se sugiere el abandono de hábitos nocivos como el tabaco, alcohol, fármacos, drogas, practicar actividad física, mejorar la alimentación incorporando nutrientes necesarios para prepararse para esta nueva etapa, indagar sobre los hábitos laborales y ambientales a fin de prevenir trabajos pesados o con material radiactivo.
12. Prevención de infecciones. es importante conocer el estado serológico de la pareja o la mujer (VIH-SIDA, hepatitis B y C, sífilis, rubéola, toxoplasmosis, enfermedad de Chagas).

Modificado de Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal (2013)

podrían producirse, cuyas consecuencias serían perjudiciales para la futura gestante. Según la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (24), los controles de rutina durante el periodo preconcepcional consisten en una serie de evaluaciones tendientes a determinar la salud global de la mujer. En la tabla 1 se resumen los principales controles preconcepcionales a llevar a cabo ante cada mujer con deseo de ser madre (Ver Tabla 1).

2. Control prenatal

Son las visitas médicas que realiza la mujer embarazada con el equipo de salud para controlar el desarrollo de la gestación a fin de evitar complicaciones o tratarlas adecuadamente, preparar a la mujer para el parto y la crianza de su bebé. El control prenatal debe ser precoz, periódico, y completo y de amplia cobertura (25).

Tabla 2

Actividades sugeridas en el control prenatal
1. Administración de ácido fólico en el período preconcepcional y en el primer trimestre del embarazo.
2. Categorizar a la embarazada según el riesgo, examen físico y llenado de la historia clínica prenatal (HCP).
3. Evaluación en cada consulta de los factores de riesgo existentes.
4. Fijar un cronograma de controles prenatales.
5. Determinar el grupo sanguíneo y el factor Rh.
6. Evaluar el estado nutricional materno.
7. Preparar a la mujer para la maternidad.
8. Detectar la presencia del habito tabáquico y otras adicciones.
9. Control riguroso de la tensión arterial (TA).
10. Determinar los valores plasmáticos de hemoglobina (Hb).
11. Suplementación con hierro.
12. Diagnóstico de determinadas infecciones: sífilis, enfermedad de Chagas, hepatitis B, toxoplasmosis y HIV.
13. Urocultivo.
14. Vacunación antitetánica.
15. Detectar presentación pelviana al término.
16. Instrucción sobre las diferentes situaciones de riesgo.
17. Informar sobre los diferentes métodos anticonceptivos.
18. Estudio ecográfico.
19. Realización de Papanicolaou y colposcopia.
20. Examen mamario de rutina.

Modificado de Casini S, et al. Guía de control prenatal. Embarazo normal. 2002.

Los objetivos del control prenatal incluyen la confirmación del embarazo, la mejoría de la calidad del control de la mujer, obtener datos para la planificación de un adecuado control prenatal, la atención del parto, el puerperio y el recién nacido, confeccionar una hoja de ruta que guíe una atención prenatal de calidad, detectar riesgos y conocer la información relevante del embarazo (24). Dentro de los componentes del cuidado prenatal se destacan estudios de laboratorio, examen físico, historia médica y reproductiva de la mujer, historia familiar, inmunizaciones, evaluación nutricional, tamizaje genético, planeamiento familiar, hábitos de salud, etcétera (11).

En la tabla 2 se enumeran las actividades a realizar durante el control prenatal a las mujeres embarazadas (25) (Ver Tabla 2).

3. Control puerperal

Como se mencionó anteriormente, durante el puerperio se producen transformaciones progresivas desde el punto de vista anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas, es decir restituir estas modificaciones a su estado pregestacional. Durante el puerperio, el obstetra deberá controlar el estado general de la mujer: pulso arterial, tensión arterial, temperatura, involución uterina, loquios, evacuación de los emunitorios. La mayoría de las hemorragias postparto, principalmente causadas por la atonía uterina, presencia de restos de placenta y desgarros vaginales o cervicales, suceden principalmente en el periodo posterior al nacimiento. Asimismo, se deberá realizar un control de mamas, promover el vínculo con el bebé para facilitar la lactancia e informarle a la mujer sobre los beneficios de la misma.

En el caso de mujeres han tenido parto por cesárea, ellas poseen un mayor riesgo de enfermedad tromboembólica, por lo que es importante que el médico obstetra preste atención a la presencia de síntomas respiratorios (tos, disnea o dificultad para respirar) o síntomas en miembros inferiores (inflamación dolorosa de las piernas). Luego de la cirugía, las mujeres recibirán información sobre la evolución de la herida e indicaciones para los futuros cuidados en su hogar. Posteriormente, la mujer realizara los controles con el fin de evaluar la herida y considerar el retiro de los puntos de sutura.

Las puérperas que no hayan recibido vacunación antigripal, contra hepatitis B, las vacunas doble viral y triple bacteriana, la recibirán oportunamente en este periodo. El obstetra deberá estar atento, en los diferentes controles, a la presencia de focos febriles (principalmente, por el riesgo de endometritis e infecciones mamarias puerperales como la mastitis).

Solamente, después de haberse recuperado en plenitud, la mujer puérpera podrá reanudar sus actividades habituales (como es el caso de conducir vehículos, cargar objetos pesados, realizar actividad física o mantener relaciones sexuales). El obstetra además deberá brindarle información a la mujer en sobre salud sexual y procreación responsable, es decir, aconsejar a la mujer sobre los diferentes métodos anticonceptivos. El cuidado a la madre, el bebe y su familia deberá hacerse de forma respetuosa y digna, con el objetivo de prevenir o diagnosticar y tratar posibles complicaciones que pudieran influir en la recuperación satisfactoria de la mujer (24).

Rol del pediatra en el desarrollo psicofísico del recién nacido

Durante los primeros meses de vida, junto a la función materna y paterna, es importante destacar el rol del pediatra. El pediatra es el interlocutor reconocido como fuente de saber para los cuidadores, su palabra orienta en cuanto a lo esperable en el desarrollo, tanto físico como psíquico, del nuevo integrante de la familia (26):

- Monitorea el crecimiento y desarrollo de las etapas evolutivas de maduración del bebé y su familia.
- Sostiene las ansiedades de los cuidadores y los contiene en caso de ser necesario.
- Tiene un lugar privilegiado para detectar signos de sufrimiento psíquico temprano.
- Posee un lugar respetado para dar indicaciones sobre crianza y puericultura.
- Está presente para estimular, en lo posible, la instalación de la lactancia materna para consolidar el vínculo de la diada.

Es importante que, durante las consultas, el pediatra cumpla una función de acompañamiento y contención para los padres. A partir de esto, se podrá crear un vínculo de confianza, a través del cual se generarán las intervenciones necesarias para el mejor desarrollo psicofísico de cada bebé. De forma ideal, la primera consulta con el pediatra debería realizarse previo al nacimiento, durante el último trimestre del embarazo.

La consulta prenatal tiene 3 objetivos:

- 1) Establecer las bases del vínculo entre

el pediatra y la familia.

- 2) Identificar aquellos embarazos de riesgo.

- 3) Explicar a los padres los objetivos fundamentales del seguimiento pediátrico en salud.

Durante la entrevista se recabarán antecedentes, tanto del embarazo actual como de los previos o de abortos en el caso que los hubiera. Es importante consultar sobre cómo se están preparando para la llegada del bebé, respecto a temores, expectativas o ansiedades asociadas con el nacimiento o experiencias previas. Además, es importante consultar sobre los hábitos familiares (tabaco, alcohol, sustancias tóxicas, etc.) y la situación familiar actual (composición de la familia, cuidadores de los hijos en ausencia de los padres, situación laboral, etc.). A su vez, es de utilidad preguntar a la madre si tiene deseo de amamantar y qué dudas tiene con respecto a la lactancia; resaltando los beneficios de la misma, tanto para la madre como para el bebé. Además de los datos que recabará el pediatra sobre la familia, es importante utilizar la consulta prenatal para otorgar a los padres toda la información fundamental para transitar el nuevo nacimiento: explicar la importancia de las primeras horas posteriores al parto, en donde el recién nacido presenta un estado especial de atención activa para conectarse con su madre, en el cual será fundamental el contacto precoz piel a piel, acompañado de un clamping oportuno del cordón umbilical. También es relevante fomentar la puesta precoz al pecho materno luego del nacimiento, lo cual favorecerá la lactogénesis por un lado y el comienzo del vínculo de la diada madre-hijo, por el otro. En este punto es de utilidad comentar la evolución de la lactancia nor-

mal, el tiempo de espera para la bajada de la leche y los diversos motivos por los cuales podría retrasarse. De esta forma, se logrará evitar que por ansiedades o desinformación, se produzca un destete precoz.

A su vez, en esta entrevista se aprovechará para resaltar la simbiosis normal y característica del primer trimestre entre el niño y su madre y la importancia de la función del padre en el sostén emocional de ambos. Se comentará la frecuencia de la fatiga y la depresión periparto, brindando información acerca de cómo prevenirlas o disminuirlas:

- Evitar el cansancio: favorecer la contención familiar, el descanso materno, reconocimiento de las limitaciones, la selección de las visitas.
- Incremento de la autoestima, resaltando la intuición y la capacidad para tomar decisiones.
- Comentar la habitualidad de los temores y remarcar la situación de crisis vital que suele presentarse en el embarazo y los primeros meses postparto.

Si bien la consulta prenatal sería la situación ideal, en la mayoría de los casos el primer contacto con el pediatra se produce luego del nacimiento. En ese caso, se procederá en la primera consulta para recabar toda la información mencionada anteriormente y asesorar a los padres, de igual modo, en el nuevo camino con el bebé. A partir de la primera consulta luego del nacimiento, el pediatra tendrá como objetivos, además de la evaluación física, el crecimiento y la pesquisa de enfermedades; la evaluación del establecimiento del vínculo madre-hijo, la lactancia y la adaptación del niño y la fami-

lia a la nueva situación del hogar.

El pediatra debe estimular la organización y contención familiar, la confianza y el descanso materno. Es fundamental apoyar la forma en la que se realiza la crianza y revalidar su función materna. Además, deberá prestar atención a aquellas situaciones especiales donde la madre no tenga apoyo suficiente (madres solteras, adolescentes, pobreza extrema, desarraigo, conflictos de pareja, etc.). También corresponde al profesional pediatra asesorar sobre cómo crear un sostén adecuado para la crianza y solicitar el acompañamiento en las consultas por parte de otros familiares. Durante las entrevistas es importante prestar atención a la interacción de los padres entre sí y de estos con el niño; la destreza con la que lo manipulan, las inseguridades, las miradas, caricias y demostraciones de afecto, así como también, la forma en cómo le hablan y cómo hablan del bebé será una clave en la pesquisa de trastornos vinculares.

Con respecto a la lactancia, la observación de la mamada brinda una oportunidad única, no sólo para evaluar la técnica de la misma, sino también la habilidad y soltura con la que la madre maneja la relación corporal con el bebé. También se deberá observar con especial atención la mirada del niño en el rostro de su madre (27).

En las consultas subsiguientes y, en particular, en los primeros 24 meses del niño, hay indicadores que el pediatra debe tener en cuenta para la prevención de los trastornos del neurodesarrollo y vinculares (27):

- La mirada es un organizador fundamental del desarrollo infantil: su ausencia es un signo grave de sufrimiento.

- La intencionalidad (corporal; comunicativa, sonora) es un indicador que debe estar presente y que descarta una evolución hacia un trastorno grave.
 - El intercambio de expresiones sonoras entre el niño y su cuidador.
 - La emisión de expresiones sonoras de tipo exploratorio/placentero diferentes del grito y/o el llanto.
 - El interés por la voz de su madre o referente por sobre las demás.
 - Las expresiones sonoras variadas en la interacción con el adulto (musicalidad/entonación).
- En conclusión, el abordaje de las consultas pediátricas desde incluso antes del nacimiento, deben tener una mirada amplia, interdisciplinaria y centrada en la familia; para poder detectar e intervenir oportunamente en aquellas situaciones que puedan tener consecuencias nocivas en el desarrollo psicofísico del niño.

Referencias bibliográficas

- 1. Jadresic Enrique. Depresión perinatal: detección y tratamiento. *Rev Med Clin Condes*. 2014, 25(6): 1019-1028.
- 2. Stewart Donna and Vigod Simone. Postpartum depression: pathophysiology, treatment and emerging therapeutics. *Annual Review of Medicine*. 2019, 70: 183-196.
- 3. Stewart DE, Vigod S. Postpartum depression. *N. Engl. J. Med*. 2016, 37:2177–86.
- 4. Cauli G, Iapichino E, Rucci P, et al. Promoting the well-being of mothers with multidisciplinary psychosocial interventions in the perinatal period. *Journal of Affective Disorders*. 2019, 246: 148-156.
- 5. Hirst Kathryn & Moutier Christine. Postpartum major depression. *Am Fam Physician*. 2010, 82(8): 926-933.
- 6. Carvajal Jorge y Ralph Constanza. Manual de Obstetricia y Ginecología. Escuela de Medicina. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 9° Edición, año 2018. Capítulo 3: Cambios fisiológicos del embarazo y placentación.
- 7. Alcolea Flores Silvia, Mohamed Mohamed Dina. Guía de cuidados en el embarazo Consejos de su matrona. Hospital Universitario de Ceuta. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Madrid, España. Año 2011. Recuperado de:<http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guiacuidadosembarazo.pdf>
- 8. Lombardia Prieto José, Fernandez Perez Marisa. Ginecología y Obstetricia: Manual de Consulta Rápida. Editorial Médica Panamericana. Segunda edición, año 2009. Capítulo 16: Perinatología.
- 9. Papalia Diane, Wendkos Olds Sally y Feldman Duskin Ruth. Psicología del Desarrollo. Editorial Mc Graw- Hill Interamericana. 11° Edición, año 2009.
- 10. Brummelte S, Galea L. Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*. 2016, 77: 153-166.
- 11. Hacker and Moore's Essential of Obstetrics and Gynecology. Hacker Neville, Gambone Joseph

and Hobel Calvin. Elsevier. Sixth Edition. 2016.

- 12. Laza-Vázquez C, Puerto-Lozano MI. Cuidados genéricos para restablecer el equilibrio durante el puerperio. *Rev Cubana Enfermer*. 2011; 27:88-97.
- 13. Carrillo Dávila, María Guadalupe (2013). "Factores asociados a depresión postparto en mujeres que acuden al hospital General de Ecatepec. Dr. José María Rodríguez". (Tesis doctoral). Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Medicina, Departamento de Estudios Avanzados, Coordinación de la Especialidad en Medicina Familiar. Año 2013.
- 14. Ayala Bisbicuth Carmen Amelia (2018). "Factores de riesgo en pacientes con depresión postparto en el hospital Alfredo Noboa Montenegro". (Tesis Postgrado). Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/9376/1/PIUAMEDO712018.pdf>
- 15. Rodríguez Muñoz María de la Fé. *Psicología Perinatal. Teoría y práctica*. Editorial Pirámide, España. Primera edición, año 2019.
- 16. Olza-Fernández Ibone. El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. 2010, 23(96), 35-41.
- 17. Kroll-Desrosiers AR, Nephew BC, Babb JA, et al. Association of peripartum synthetic oxytocin administration and depressive and anxiety disorders within the first postpartum year. *Depress Anxiety*. 2017; 34(2):137–146.
- 18. Nieri Liliana Paola, Oiberman Alicia, Santos María Soledad. La dimensión emocional de la maternidad: construcción de un modelo de trabajo en *Psicología Perinatal*. Fundación Observatorio de la Maternidad, *Boletín de la maternidad*, 11; 2-2011; 16-19.
- 19. Oiberman Alicia. La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal. *Psicodebate*. 2001, 1: 87-91.
- 20. Cabezas Andrés. La reactivación del abuso infantil en la maternidad, la importancia de la entrevista perinatal. *Psicoanálisis XXIII*. 2011, 23, (2): 59-67. *Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana*.
- 21. Medina-Serdán Érica. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y Reproducción Humana*. 2013, 27(3): 185-193.
- 22. Contreras Pulache Hans, Mori Quispe Elizabeth y Lam Figueroa Nelly. El Blues Materno. Contextualización, definición y presentación de un instrumento de evaluación. *Revista Peruana de Epidemiología*. 2011, 15(2): 1-3.
- 23. Grande Adriana. *Las emociones de la maternidad. Secretos del vínculo madre-hijo*. Ediciones B Argentina S.A. Primera edición, año 2014.
- 24. *Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal*. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Subsecretaría de Salud Comunitaria. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina. Primera edición, año 2013.
- 25. Casini Sergio, Lucero Sáinz Gustavo, Hertz Martín y Andina Elsa. Guía de control prenatal. Embarazo normal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*. 2002, 21(2): 51-62.
- 26. Armus Marcela, Giacobone Alejandra. Desarrollo emocional, vínculo temprano, comunicación y lenguaje. Programa Nacional de Actualización Pediátrica (PRONAP). Sociedad Argentina de Pediatría. Año 2017. Módulo 3. Capítulo 2.
- 27. *Manual breve para la Supervisión de la Salud de niños, niñas y adolescentes*. Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria. Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). Año 2010.

Depresión periparto

Julieta D’Orazio, Alexis Mejías Delamano

La maternidad ha sido pensada durante mucho tiempo como un periodo o momento vital de la mujer en el que se vive un bienestar emocional. Sin embargo, es bien conocido que esta etapa se caracteriza por una vulnerabilidad para el comienzo o la descompensación de cuadros psicopatológicos ya presentes en las mujeres (1).

La **depresión periparto (perinatal)** describe el episodio depresivo mayor que ocurre durante el embarazo (este término también se refiere al periodo anteparto o antenatal) y/o después del parto (periodo postparto o postnatal) o en el contexto de la adopción de un bebé (2).

Clasificación actual

La depresión periparto (DPP) consiste en un episodio depresivo mayor o menor que tiene comienzo en el embarazo o en el periodo postparto (1, 2). Cuando sucede previo o posteriormente al parto, también se la denomina depresión antenatal y depresión postparto, respectivamente. Se ha postulado que la depresión periparto constituye una entidad clínica independiente, pero es necesario efectuar una minuciosa evaluación de sus características clínicas propias (evolución clínica, sintomatología) y sus consecuencias a nivel del desempeño la mujer en la maternidad, para de esta manera, poder diferenciarla de otros cuadros depresivos de la mujer adulta. De acuerdo con los diferen-

tes sistemas de clasificación de patologías psiquiátricas, existen diferencias en su denominación:

- Por un lado la **Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)** en su décima versión codifica el episodio depresivo (F32.x) agregándole un segundo código en relación a su asociación con el embarazo o puerperio (3). En el caso de la depresión postparto existe un código particular (F53.0) cuando el episodio depresivo ocurre dentro de las 6 primeras semanas posteriores al parto y no cumple criterios que lo clasifiquen de otra manera.

- La actual versión del **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)** presenta un especificador particular para la depresión de “inicio en el periparto” en los casos en los que el episodio depresivo comienza durante el embarazo o en las primeras 4 semanas posteriores al parto (4, 5).

Epidemiología

La depresión es 2-3 veces más frecuente en mujeres que en hombres, siendo en la etapa fértil de las mujeres el momento donde se observa la tasa de prevalencia más elevada de este cuadro clínico (6). Por ende, las mujeres pueden encontrarse deprimidas tanto antes del embarazo, como en el transcurso del mismo (7). Las patologías psiquiá-

tricas durante el periodo perinatal es un problema de Salud Pública muy frecuente. Aproximadamente un 25 % de las mujeres experimentan algún trastorno psiquiátrico en este periodo (8). Los trastornos psiquiátricos más frecuentes en el periodo perinatal son la ansiedad y la depresión: 1 de cada 6 mujeres presentan síntomas de ansiedad y 1 de cada 10 manifiesta síntomas depresivos (9).

La prevalencia promedio de la DPP es del 13 % (rango entre el 10 y 15 %) (9). Con respecto al momento del periodo perinatal, la prevalencia de la depresión antenatal se estima entre el 7 y el 13 % en países de altos ingresos y es más elevada en países de bajos ingresos y en mujeres inmigrantes (20 %) (5). La incidencia global de DPP es de 5-7 % en los primeros 3 meses postparto, lo que sugiere que las mujeres poseen tasas similares a las pacientes con TDM en la población general (10). La prevalencia de depresión es del 12.7 % durante el embarazo y del 20 % luego de 12 meses de sucedido el parto (11).

Desde el punto de vista geográfico, la prevalencia global de la depresión periparto es tan variable que puede oscilar entre el 4 % en países como Japón y el 64 % en el continente americano (12). El Centro de Control de Enfermedades de EE.UU. (*CDC - Center*

of Disease Control, en sus siglas en inglés) ha publicado que la prevalencia de DPP es del 11.5 % (rango del 8 al 20 %) (13). Asimismo, entre los continentes existe una gran variabilidad con respecto a los datos de prevalencia de DPP (12), tal como se observa en la tabla 1 (Ver Tabla 1).

Con respecto a datos en Latinoamérica, un estudio realizado por investigadores argentinos del Centro de Estudios Médicos e Investigación Clínica (CEMIC) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) evaluó la frecuencia de aparición de sintomatología depresiva compatible con diagnóstico de DPP entre el año 2006 y 2007 (14). Se entrevistaron a 398 mujeres puérperas, dentro de los 5 días posteriores al parto, utilizando la Escala de Depresión Postparto de Edinburgo (EDPPE). Se observó que la frecuencia de sintomatología depresiva en el postparto inmediato fue del 17,8 % (utilizando el punto de corte de 10 en la EDPPE). Asimismo, se evidenció que los antecedentes depresivos y las complicaciones en el recién nacido estuvieron significativamente asociados con un screening positivo de DPP. De las 110 pacientes entrevistadas, 24 de ellas obtuvieron resultados positivos en relación con sintomatología depresiva durante el seguimiento luego de su internación hospita-

Tabla 1

Prevalencia de depresión periparto en diferentes regiones geográficas
• Asia: 4 – 48.3%. Entre los mismos países asiáticos existen diferencias, como es el caso de la India (15.8 - 46.9%) y China (9.4 - 27.4%).
• América: 5 – 63.9%
• Europa: 4.4 – 22.8%
• África: 7.2 – 50.3%
• Australia: 6 – 32.8%
• Nueva Zelanda: 7.6 – 30.9%

Modificado de Siti Roshaidai, et al. *AIMS Public Health*. 2018, 5(3): 260-295.

laria (14).

Al mismo tiempo, estudios realizados en Chile han demostrado que el 40 % de las madres sufren de síntomas de depresión y ansiedad durante el periodo perinatal y entre el 10 y el 15 % de estas mujeres desarrolla una DPP (Jadresic 2014). Un estudio realizado en el año 2008 en un Centro de Atención Primaria en el sur de Chile demostró una prevalencia de DPP del 50,7 % (15). En la República Oriental del Uruguay se llevó adelante uno de los trabajos más relevantes en Latinoamérica para determinar la prevalencia de DPP durante el primer año posterior al parto. Este consistió en el primer estudio de prevalencia de DPP en mujeres que asistían a servicios de salud públicos y privados del Departamento de Montevideo. Este trabajo de investigación fue coordinado desde el Proyecto “Desarrolla” del Programa para el Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD) junto a la Facultad de Medicina de Montevideo, el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Esta investigación determinó una tasa de prevalencia de 16.5 % (utilizando el valor de 12 como punto de corte en la EDPPE) entre aproximadamente 340 mujeres (16, 17). Otro trabajo del año 2014 fue llevado a cabo por integrantes de la Facultad de Enfermería de Montevideo, en el cual se evaluaron a 31 mujeres puérperas que asistían a una clínica de primer nivel de atención. Este trabajo tuvo como resultado una prevalencia de DPP del 41.9 % (18).

En la República de Perú existen 2 trabajos que evaluaron la prevalencia de la DPP. Uno de ellos, del año 2008, el cual evaluó la tasa de prevalencia de DPP en 261 mujeres puérperas (edad promedio de 27 años) atendidas en establecimientos de salud de primer nivel en la Ciudad de Lima. Se observó que el 24 % de estas mujeres presentaban

DPP y que los factores gineco-obstétricos y los socio demográficos estaban asociados a este cuadro clínico (19). Por otro lado, un estudio reciente del año 2018 realizado en la ciudad de Arequipa demostró en una muestra de 133 madres que el 45 % de ellas presentaba síntomas de DPP y que el grado de instrucción educativa se relacionaba en forma negativa a la presencia de sintomatología depresiva (20).

Un estudio realizado en Colombia en el año 2016 demostró una prevalencia de DPP del 40.2 %, un valor por encima de la media de los países desarrollados, en una muestra de 194 mujeres puérperas a quienes se les administró la EDPPE (usando el punto de corte de 10) (21). También se observaron diversos factores asociados a la DPP como los siguientes: recién nacido hospitalizado, patología obstétrica de alto riesgo, escaso apoyo social, dificultad para lactar, bajo nivel educativo (menor a 5 años), entre otros. Previamente, en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2010, se recabó información acerca de la prevalencia de mujeres colombianas con DPP (22). Se llevó a cabo un estudio transversal a partir de una muestra representativa de mujeres en edad fértil ($n= 53.521$) y se determinó que el 12.9 % de ellas presentaba DPP (siendo mayor el porcentaje en las zonas urbanas que en las rurales, 15.1 % vs 6.8 %, respectivamente).

Todos los estudios coinciden en que el embarazo no constituye un factor protector contra los trastornos depresivos (23). Recientes estudios han demostrado que un tercio de los casos de depresión postparto comienzan durante el embarazo o previamente a este. La DPP es frecuentemente autolimitada dentro de los pocos meses de su inicio sintomático. Sin embargo, aproximadamente el 30 % de las mujeres con síntomas

de DPP continúan sintomáticas más allá del primer año después del parto y existe un elevado riesgo (40 %) de recaídas subsecuentes (23).

En Estados Unidos (EE.UU.), la DPP es la principal causa de hospitalización no obstétrica en mujeres entre 18 y 44 años: 1 a 7 mujeres experimentan depresión en el periodo posparto (13). La DPP afecta al 10-15 % de las nuevas madres, e incluso, muchos casos permanecen sin diagnóstico (24). La DPP es la principal complicación del parto y el trastorno psiquiátrico perinatal más frecuente con un riesgo muy elevado durante el primer año posparto (45-65 % mujeres siempre deprimidas) (24). Se ha observado que la prevalencia de DPP es significativamente mayor en mujeres que tuvieron cesárea de emergencia, siendo en las 8 y 6 semanas postnatales de un 25 % y 1 %, respectivamente, en comparación con las mujeres cuya vía de parto fue una cesárea electiva o la vía vaginal (25). Los valores de la Escala de Edinburg fueron significativamente más bajas en las mujeres que tuvieron un parto vaginal vs las mujeres cuyo parto fue por medio de cesárea electiva y de emergencia.

La prevalencia de DPP oscila entre el 7 y 20 %, por lo que el tamizaje (screening) de esta entidad clínica es fuertemente recomendado (26). Asimismo, en la práctica clínica la DPP es raramente diagnosticada ya que solamente el 11 % de las mujeres deprimidas expresan sus quejas en relación con su sintomatología depresiva y si se les pregunta acerca de su depresión lo perciben como una intrusión y estigmatización (26). Por este motivo, los médicos ginecólogos y obstetras tiene un rol importante para detectar en forma temprana y efectiva la depresión en las mujeres embarazadas en los controles correspondientes.

Fisiopatología

La etiología de la DPP actualmente es desconocida. Se cree que existe una relación entre la rápida disminución de los niveles de hormonas sexuales (estrógenos y progesterona) luego de ocurrido el parto y el desarrollo de la DPP en mujeres susceptibles. El descenso repentino de los niveles plasmáticos de estrógenos en los primeros 4 días posparto se ha asociado a un incremento de la enzima MAO-A, con la consecuente reducción de la concentración de monoaminas cerebrales lo que contribuye al desarrollo de síntomas depresivos (10, 27, 28).

Diversos estudios han evidenciado una reducción repentina de las concentraciones de alopregnanolona en el periparto, lo cual tendría un rol en el desarrollo de la DPP. La alopregnanolona es el metabolito principal de la progesterona y tiene una acción moduladora sobre los receptores de GABA (ácido gamma-aminobutírico) (29-31). También se ha observado una asociación entre los niveles plasmáticos de cortisol y la presencia de síntomas depresivos, tanto durante el embarazo como en la etapa posparto. Además, se ha evidenciado una disminución de la producción de melatonina y trastornos tiroideos en el periodo posparto (27-29).

Asimismo, se han postulado factores genéticos asociados a factores sociales. Se han identificado diversos polimorfismos tales como la del Val66Met del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) y se han observado cambios en la metilación del ADN inducido por estrógenos (5, 11, 27).

Factores de riesgo relacionados con la depresión periparto

Factores de riesgo

El factor de riesgo principal es el antecedente de DPP en un embarazo previo. Entre el 25 y el 50 % de las mujeres con DPP presentarán una recurrencia en un embarazo posterior. Otros factores de riesgo de DPP incluyen la historia de síntomas depresivos antenatales, historia personal de trastorno depresivo mayor (TDM) e historia familiar de depresión mayor y eventos vitales mayores o estresores durante el embarazo (10, 27, 28). Dentro de los factores de riesgo psicosociales, se destacan los siguientes: escaso apoyo social, falta de pareja, de apoyo social o familiar, embarazo no buscado, historia de maltrato, pérdidas previas de embarazos (muerte fetal, aborto, muerte neonatal), embarazo adolescente (27). Cabe destacar que la DPP presenta una heredabilidad del 25 % (Ver Tabla 2).

Factores físicos

Teniendo en cuenta que la etiología de la depresión periparto es desconocida y hasta el momento no establecida claramente, se pueden mencionar diversos factores físico u orgánicos potencialmente implicados en el desarrollo de la DP. Existen diversos neuro-

transmisores probablemente implicados en la etiología de la depresión periparto: serotonina, dopamina, noradrenalina. También existen alteraciones en la regulación hormonal, trastornos inmunitarios, anomalías anatomopatológicas cerebrales y alteraciones genéticas. Existe una asociación entre los trastornos tiroideos y la depresión periparto. La disfunción tiroidea se incrementa luego del parto, por lo que puede causar o agravar el cuadro depresivo. Aproximadamente el 7 % de las mujeres con DPP presenta disfunción tiroidea a los 6 meses del parto en comparación con el 3-4 % de la población general de mujeres puérperas. Se recomienda controlar la función tiroidea, dado que existen evidencias de relación entre dicha anomalía y la aparición del trastorno depresivo. En cuanto a la regulación hormonal, existen 2 hipótesis que explican la predisposición a padecer depresión postparto en mujeres susceptibles de contraer esta entidad clínica: el descenso de los niveles de progesterona luego del parto y el papel que cumple la oxitocina, la hormona responsable de la conducta de apego entre la madre y el hijo durante el puerperio. Los estrógenos tienen acción en diferentes sistemas neuronales

Tabla 2

Factores de riesgo de depresión postparto
1. Historia de depresión previa.
2. Depresión postparto previa, depresión antenatal y “Baby Blues” previo.
3. Ansiedad elevada durante el embarazo.
4. Historia familiar de depresión
5. Complicaciones obstétricas, separación madre-bebé en el posparto inmediato.
6. Factores sociales: precariedad, soledad, falta de compañero de apoyo/pareja del entorno, destete, regreso anticipado al trabajo.
7. Antecedente de muerte neonatal o fetal, duelo patológico.

incluyendo los serotoninérgicos, noradrenérgicos, dopaminérgicos, colinérgicos y gabaérgicos; además de generar incremento de D2 y 5-HT2A. Se ha observado una correlación entre los valores plasmáticos de prolactina (PRL) y el desarrollo de DPP. Por un lado, se ha evidenciado una correlación entre las alteraciones en los valores séricos de prolactina y la aparición de ansiedad, depresión y hostilidad en mujeres no embarazadas (1, 5, 7, 10, 11, 27, 28).

Se han postulado factores genéticos asociados a la depresión periparto. Se identificaron diversos polimorfismos tales como la del Val66Met del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) y se han observado cambios en la metilación del ADN inducido por estrógenos en mujeres con DPP (5, 11, 28). En un estudio se demostró que la existencia de un polimorfismo genético en la región 5-HTTLPR del transportador de serotonina (SERT) que podría predecir el inicio de la DPP en las primeras 8 semanas posteriores al parto (32).

En los últimos años se han evaluado una serie de factores de riesgo para el desarrollo de DPP. Uno de ellos es la presencia de anemia en las mujeres embarazadas y en los primeros meses postparto. Se ha observado una asociación entre niveles globales de hemoglobina (Hb) en el primer mes postparto y elevado riesgo de depresión luego del parto. Asimismo, se evidenció una correlación significativa entre los niveles de Hb durante el tercer trimestre de embarazo y los valores de la escala EDPPE (Escala de Depresión Postparto de Edinburgo). Un estudio del año 2018 demostró una asociación significativa entre los bajos niveles de hemoglobina y/o la presencia de deficiencia de hierro y el desarrollo de la DPP. Asimismo, también se

observó una asociación entre la mejoría del estado de ánimo de las mujeres con DPP con la normalización de los niveles de hierro corporal en el periodo postparto (33).

Por otro lado, se ha observado que los valores adecuados de ácido fólico reducen el riesgo de presentar depresión en la población general. Al mismo tiempo, los valores reducidos de ácido fólico en mujeres embarazadas aumentan el riesgo de desarrollar depresión periparto. Esto se explicaría porque el ácido fólico es esencial para la síntesis de diversos neurotransmisores monoaminérgicos (serotonina, dopamina, noradrenalina), y también participa en la producción de S-adenosilmetionina (SAM), el cual colabora en la generación de dichos neurotransmisores. Asimismo, es conocido que las mujeres embarazadas requieren un mayor aporte de ácido fólico en comparación con las mujeres no embarazadas y, además, entre las mujeres embarazadas es frecuente que existe un inadecuado aporte de ácido fólico. En un estudio se observó que la suplementación con ácido fólico en mujeres embarazadas durante 6 meses durante el embarazo redujo el riesgo de DPP entre los 6 y 12 meses posteriores al parto. Por esto, es muy importante asegurar un adecuado aporte de ácido fólico en las mujeres embarazadas para ayudar a prevenir la DPP (34).

En relación con patologías propias del periodo gestacional, se evidenció que la prevalencia de DPP fue de 26.6 % en pacientes con diagnóstico de preeclampsia (PE): 2 veces la prevalencia de DPP que en pacientes sin PE (12.2 %). Además, las pacientes con PE tenían 3 veces más riesgo de desarrollar DPP vs las mujeres sanas y las pacientes con PE severa tenían 4 veces más riesgo de desarrollo de DPP. Por ende, se podría con-

siderar que el riesgo de desarrollar una DPP aumenta con el agravamiento de la PE (35).

El tabaquismo prenatal está asociado a la depresión periparto. Existen 2 hipótesis que avalan dicha afirmación:

- La hipótesis hipercolinérgica: un *puff* de cigarrillo satura con gran afinidad los receptores colinérgicos nicotínicos del cerebro. El aumento de los receptores nicotínicos después de la abstinencia contribuye al desarrollo de síntomas depresivos.
- La teoría del estrés: existe un incremento de la actividad del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal en las mujeres tabaquistas.

El hábito tabáquico prenatal se encuentra asociado al desarrollo de DPP, por lo tanto, la estrategia de cesación tabáquica durante el embarazo es una intervención a fomentar en forma activa por parte de todos los profesionales de la salud involucrados en el cuidado de la mujer gestante (Obstetras, Ginecólogos, Pediatras, Psicólogos Perinatales, Enfermeros, etc.) (36).

La fatiga materna suele ser no detectada. Existe una fuerte correlación entre la fatiga materna y los síntomas depresivos en mujeres en los primeros 2 años después del nacimiento de su hijo. La fatiga puede ser un factor perpetuador de la DPP, por lo que su tratamiento puede ser necesario para favorecer el tratamiento de la propia depresión. El manejo de la fatiga es una importante estrategia para ayudar a prevenir la DPP (37, 38).

Factores emocionales

Los factores de riesgo que influyen en la DPP se relacionan con las alteraciones emocionales previas al embarazo, que puede aumentar las posibilidades de afrontar el em-

barazo de manera disfuncional o de padecer depresión durante el mismo.

Un estudio sostiene que la sobrecarga por los cuidados del niño y las percepciones corporales durante el puerperio pueden influir de manera significativa en la aparición de la DPP (39). Otros factores psicológicos se relacionan con las alteraciones emocionales previas a la gestación (40).

Según la teoría psicodinámica, la DPP puede presentarse en las mujeres afectando la relación de la diada madre e hijo, durante los primeros 18 meses de vida. La pérdida del objeto, trae aparejados sentimientos de enojo que se dirigen hacia el yo del infante (41).

Para la teoría cognitiva, la depresión está vinculada a las distorsiones cognitivas que se presentan en las personas predispuestas a padecerla. Los autores afirman que “estas distorsiones denominadas representaciones depresógenas, son las plantillas cognitivas que reciben los datos tanto internos como externos, de una forma que se altera en presencia de experiencias más precoces” (41).

Factores sociales y culturales

Existen una serie de factores precipitantes de los episodios depresivos, tales como la edad materna temprana, falta de apoyo social, planificación del embarazo, vía del parto, violencia obstétrica, entre otros (42). El cambio en las representaciones sociales de la maternidad, la conceptualización de la misma, y las implicancias de los cuidados maternos han tenido fuertes repercusiones en la mujer (43).

El aislamiento social puede producir severas consecuencias psicológicas tanto en la mujer embarazada, como en la mujer

puérpera y su estructura familiar y social. A modo de ejemplo, se puede mencionar el aislamiento social preventivo obligatorio (cuarentena) establecido en el año 2020 por las autoridades sanitarias gubernamentales para evitar la propagación de la infección del COVID-19 (coronavirus). Si bien estas medidas fueron fundamentales para evitar el crecimiento exponencial de la pandemia, es importante destacar las implicancias emocionales de esta medida a nivel de la población en general y, de las embarazadas en particular, dado que ellas son un grupo de riesgo no solo para contraer la infección viral, sino para padecer depresión periparto.

La revista científica *The Lancet* ha publicado un estudio sobre las implicancias psicológicas de la pandemia de coronavirus. Para ello, se sirvió de investigaciones relacionadas con eventos similares, como por ejemplo la epidemia de SARS acaecida en el año 2013. Estas investigaciones han permitido identificar los efectos del aislamiento en este tipo de situaciones y, de allí, determinar las consecuencias emocionales de la extensa propagación de la infección por COVID-19 (44).

Existen una serie de factores estresores durante el transcurso y posteriormente a la realización de una cuarentena que pueden

tener consecuencias emocionales a corto y largo plazo. Estos factores estresores se resumen en la tabla 3 (Ver Tabla 3).

Asimismo, otro estudio realizado a una muestra de sujetos que vivían en la ciudad de Toronto (Canadá) quienes fueron expuestos a una cuarentena voluntaria debido al brote de la infección por el virus SARS, ha demostrado una prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión, irritabilidad, trastorno por estrés postraumático (TEPT) (45).

En cuanto a los factores culturales se puede mencionar al **intervencionismo médico**. La atención institucional del parto y la preponderancia de la hegemonía médica, percibe y trata a la mujer que pare como un objeto a intervenir y no como un sujeto de derecho, sin tener en cuenta las particularidades de cada parto. Es importante mencionar que los avances científicos, sobre todo en el campo médico, han producido grandes beneficios en materia de disminución de mortalidad materno-infantil. Sin embargo, es innegable que las prácticas sistemáticas y rutinarias en el momento del parto perjudican los procesos naturales y, en muchas ocasiones, derivan en prácticas de violencia contra las mujeres (46).

Tabla 3

Factores estresores relacionados a la cuarentena
1. Aislamiento por más de 10 días: produce estrés, nerviosismo y ansiedad.
2. Miedo irracional a la infección.
3. Fastidio, frustración.
4. Sensación de ausencia de necesidades básicas: compulsión a la compra.
5. Aumento de la desconfianza.
6. Empeoramiento de trastornos psicológicos previos.
7. Pensamientos catastróficos.
8. Problemas económicos, debido a la imposibilidad de trabajar.

Violencia obstétrica

La violencia obstétrica constituye otra forma de violencia de los Derechos Humanos y es, de acuerdo a la definición incluida en la Ley n° 26.485 art 6, *“aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”*. Algunas prácticas configuradas como violencia obstétrica hacia la mujer son hábitos institucionales típicos del proceso de parto que actúan en detrimento de los derechos de la mujer parturienta (46-48) (Ver Tabla 4).

La implicancia de las prácticas médicas, en relación a la aparición de la depresión periparto, dado el estrés y el malestar psicológico que produce en la mujer, radica en la importancia de tomar en cuenta estas intervenciones médicas, de manera que repercutan lo menos posible en la salud de la mujer (42).

Manifestaciones clínicas

Dentro de las manifestaciones clínicas características de la depresión periparto, se destacan las siguientes (49-53).

- **Estado de ánimo depresivo:** con frecuencia las mujeres no admiten estar deprimidas, utilizan palabras para transmitir que están deprimidas (se encuentra abatida, triste, irritable, inquieta, sin sensibilidad o sensaciones o sentirse vacía). Además, la mujer puede llorar frecuentemente o, en su defecto, llorar más que lo usual. La mujer suele comentar que ha estado llorando ya que se siente vacía. manifiesta sentirse triste la mayor parte del tiempo, tener pensamientos pesimistas sobre el futuro (“todo irá mal, “tengo mala suerte”, “seguramente habrá complicaciones con la crianza de mi hijo/a”, “no seré una buena madre”, etc.).

- **Sentimientos de culpa o preocupación excesiva:** la mujer con DPP puede interpretar en forma negativa las actividades cotidianas como confirmación de su sensación de escaso valor y tiene sentimientos de

Tabla 4

Prácticas consideradas violencia obstétrica
1. No atender a la mujer ante una emergencia obstétrica.
2. Obligar a la mujer a parir acostada y con las piernas levantadas, existiendo otros medios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego inmediato del recién nacido con su madre, sin causas justificadas, negándole la posibilidad de contacto y posterior amamantamiento.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas de aceleración, sin el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

culpa con proporciones delirantes. La mujer puede tener, también, pensamientos de autorreproche (“debería ser mejor madre”, “tendría que trabajar más duro”, “debería hacer todas las actividades de la casa”, “no debería sentirme cansada”, etc.). La mujer puede expresar que se siente abrumada por su situación actual (por ejemplo, no poder llevar a cabo el embarazo, no poder cuidar al bebé). Ocasionalmente, la mujer deprimida siente que no podrá hacer frente a todas las nuevas responsabilidades y se siente aterrada de estar sola con el niño en la casa, temiendo no poder satisfacer sus necesidades (amamantarlo, bañarlo, cambiarlo, etc.) y, además, suele manifestar que se siente paralizada.

- **Anhedonia:** las mujeres pierden el interés o, en su defecto, ya no disfrutan las actividades que solían generarles placer (por ejemplo: estar con su bebé, mirar televisión, leer, pasar tiempo con su pareja, familiares o amigos, etc.).

- **Retraso psicomotor o agitación:** las mujeres pueden presentar un retraso psicomotor: tener un sentimiento de enlentecimiento, realizar movimientos lentos o experimentar lentitud motora. Al mismo tiempo, también pueden presentar agitación psicomotora (sensación de inquietud, nerviosismo). Asimismo, no solo la madre percibe estas molestias clínicas sino también las personas que la rodean, las cuales pueden comentárselo cuando la propia mujer no percibe tal situación.

- **Dificultad en la capacidad de concentración:** puede evidenciarse falta de concentración en las mujeres deprimidas manifestada como pensamiento lento, falta de habilidad para concentrarse en tareas, falta de capa-

cidad para terminar una determinada tarea o tener problemas para tomar decisiones simples o sencillas. Algunas mujeres se quejan de que no pueden pensar correctamente ante tareas muy simples.

- **Cambios en el apetito y/o peso corporal:** es importante determinar si las mujeres luego del parto disfrutaban comer y desean la comida, ya que es difícil evaluar el apetito y el impacto en el peso corporal debido al cambio en estos aspectos luego del alumbramiento.

- **Trastorno del sueño:** suele ser muy frecuente en los cuadros depresivos, sin embargo de dificultosa evaluación en las nuevas madres que presentan DPP. Es importante evaluar si las madres pueden dormir o descansar cuando tienen la oportunidad (cuando el bebé duerme o si alguien lo está cuidando). También es importante evaluar si existen despertares nocturnos o insomnio mixto.

- **Fatiga:** suele ser una manifestación clínica frecuentemente asociada a la depresión, siendo una sensación predominante de exhausto más allá de la cantidad de horas dormidas.

La mujer deprimida puede sentirse muy triste, no estar animada con nada, carecer de deseos de salir ni de arreglarse, tener mucha dificultad para moverse y salir de la cama, sentirse cansada prácticamente todo el tiempo o dormir muchas horas. A veces, en vez de tristeza y llanto fácil, existe una marcada irritabilidad hacia el marido, el bebé u otros parientes. La mujer puede sentirse fácilmente exasperada y al borde de perder la paciencia ante pequeñas frustraciones que antes soportaba normalmente.

La mujer deprimida puede también tener pensamientos negativos sobre el bebé, que la aterran, como por ejemplo temer que podría dañarlo, tirarlo, sofocarlo u olvidarse de él o ella (49, 52, 53).

Otros síntomas que también pueden manifestar las pacientes con depresión periparto son los siguientes:

1. Estado de ánimo lábil
2. Ansiedad
3. Irritabilidad
4. Sentirse abrumada

5. Preocupaciones/preocupaciones obsesivas (a menudo sobre la salud del bebé, la alimentación y la seguridad del baño).

Los pensamientos obsesivos de dañar al bebé se observan en el 40 % de las pacientes. Es más frecuente que las mujeres con DPP presenten agitación psicomotora, mayor indecisión y falta de concentración. Los pensamientos suicidas son extremadamente frecuentes y afectan a alrededor del 20 % de las mujeres con DPP. Algunas mujeres con PPD también tener pensamientos relacionados a dañar a su hijo. Cabe destacar la frecuente presencia de comorbilidad en las mujeres con DP, especialmente trastornos de ansiedad (entre el 25 y el 38 %) (5, 28, 51, 52).

Diagnóstico y tamizaje

Como el resto de los trastornos mentales perinatales, la depresión periparto es una patología que incluye la necesidad de detectar a las mujeres que tienen riesgo de

padecerla, como así también, aquellas que la están padeciendo. Por lo tanto, la estrategia de tamizaje (o cribado) cumple con los 2 objetivos: predecir y detectar la DPP. Por un lado, la predicción intenta identificar los factores de riesgo (actuales o previos) que incrementan la probabilidad de desarrollo o recaída de un cuadro depresivo en algún momento del periodo perinatal, mientras que la detección se basa en la identificación de un cuadro depresivo actual (28).

El diagnóstico de DPP se puede llevar a cabo, como en el resto de los cuadros psiquiátricos, mediante la evaluación clínica de la mujer, indagación de los factores de riesgo, determinación de antecedentes clínicos y psiquiátricos personales y familiares y una evaluación clínica global. Sin embargo, la evaluación clínica psiquiátrica se apoya con diversos criterios clasificatorios y diagnósticos utilizados en Psiquiatría.

De acuerdo al Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales en su 5° edición (DSM-5), la DPP consiste en un episodio depresivo mayor con un comienzo periparto y el inicio de los síntomas del estado del ánimo deben ocurrir durante el embarazo o en las 4 semanas posteriores al parto (4). La DPP y el trastorno depresivo mayor (TDM) no perinatal comparten los mismos criterios diagnósticos (51) (Ver Cuadro 1).

Esta sintomatología debe estar presente durante el mismo período de 2 semanas y afectar el funcionamiento normal de la mujer. Además, estos síntomas deben causar una angustia clínicamente significativa o un funcionamiento defectuoso que no sea atribuible al consumo de alguna sustancia u otra condición médica asociada (4).

Las mujeres con depresión periparto pueden presentar comorbilidades tales como ataques de pánico, obsesiones, compulsiones y síntomas psicóticos. La comorbilidad

psiquiátrica puede suceder en forma de un síndrome de ansiedad o trastornos de consumo de sustancias. Se calcula que el 41 al 57 % de las mujeres presentan pensamientos obsesivos en forma comórbida, los cuales son egodistónicos, preservando el juicio racional y la prueba de realidad (51).

Con respecto al diagnóstico diferencial, es muy importante diferenciar la depresión periparto con el denominado **Baby Blues**. El término *Blues* referencia a un género musical afroamericano que suele generar nostalgia y refleja los recuerdos del pasado de los músicos que componen y ejecutan las canciones (54). Es un estado emocional esperable durante el puerperio de la mujer, especialmente en las madres primerizas (24). Suele afectar entre el 30 y 80 % de las mujeres púerperas (23, 24, 51, 54). Consiste en una alteración del estado de ánimo, debida principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales. Las manifestaciones clínicas del Baby Blues poseen una intensidad y duración variable, y suelen aparecer entre los 2 y 4 días posteriores al parto, con un pico de aparición el séptimo día postparto. Los síntomas se alivian en forma

espontánea dentro de las 2 a 3 semanas siguientes al alumbramiento y no requieren en la mayoría de los casos de atención médica y/o psicológica (Medina-Serdán 2013) Estos síntomas depresivos transitorios son normales, tienen una duración breve, se resuelven en pocos días y lo padecen la mayoría de las púerperas (23). Sin embargo, si esta sintomatología perdura por más tiempo de lo esperable puede desencadenar en una depresión perinatal. Es decir, si los síntomas depresivos se mantienen por más de 2 semanas. Esto ocurre en aquellas madres cuyos niveles de estrés permanecen elevados o si tienen factores de riesgo preexistentes (55). Se considera al Baby Blues como un factor de riesgo más fuerte para desarrollar DPP, ya que un 25 % de las mujeres que la padecen tendrán en el futuro un cuadro depresivo más crónico (24).

El *Baby Blues* presenta síntomas similares a los de la depresión no perinatal, pero a diferencia de esta, no es una patología ya que no afecta la funcionalidad materna y los cuidados que requiere el recién nacido y, así tampoco, requiere un tratamiento específico debido a la naturaleza leve y transitoria

Cuadro 1

Sintomatología de depresión mayor
1. Estado de ánimo depresivo
2. Pérdida de interés o placer
3. Anhedonia
4. Alteración del sueño (insomnio o hipersomnia)
5. Trastornos del apetito o pérdida de peso corporal
6. Disminución de la concentración o indecisión
7. Trastornos psicomotores, agitación
8. Fatiga, pérdida de energía
9. Sentimientos de culpa inapropiados o falta de valor
10. Pensamientos de muerte frecuentes o pensamientos suicidas

de sus síntomas (51). Los síntomas incluyen breves momentos de llanto, irritabilidad, insomnio/sueño escaso, ansiedad, fatiga, tristeza, ira, reactividad emocional, labilidad anímica, pensamientos negativos sobre la crianza de su hijo y nerviosismo (10, 51, 54).

Los aspectos claves para diferenciar la DPP con respecto al Baby Blues son la duración de los síntomas y la severidad del cuadro depresivo. El Baby Blues comienza dentro de los 2 a 3 días posteriores al parto y resuelve clínicamente dentro de los 10 días de su inicio, mientras que la DPP suele aparecer su sintomatología durante el primer mes postparto (pudiendo en algunos casos tener una duración de un año) y se resuelve sus síntomas luego de 2 semanas. Otro aspecto que los diferencia es que el Baby Blues no interfiere con el rol materno, ya que es un cuadro autolimitado (10, 24) (Ver Tabla 5).

Otros de los cuadros psiquiátricos que es necesario diferenciar en la etapa postparto, son los trastornos de ansiedad, tales como el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y el ataque de pánico, ya que son frecuentes en el periodo postparto (51). El ataque de pánico postparto se diagnostica si la madre experimenta ataque de pánico por primera

vez en la vida, con periodo breves de miedo asociado a palpitaciones, transpiración, dificultad para respirar, precordialgia, mareos, miedo a la muerte y sentimiento de irrealidad o sensación de pérdida de control. El TOC postparto se caracteriza por pensamientos que se acompañan de comportamientos. Es importante destacar que las mujeres reconocen sus obsesiones como sus propios pensamientos y sentimientos (24). EL TEPT es la consecuencia del trauma del nacimiento e involucra una lesión grave, amenaza real o la muerte de la madre o su bebé. Esto ocurre en el 5.6 % de todas las mujeres en el periodo postparto. Los síntomas de este cuadro incluyen pesadillas, *flashbacks*, respuesta exagerada con sobresaltos, enojo o dificultad para dormir y/o concentrarse (24).

Asimismo, también es necesario diferenciar la DPP de la psicosis puerperal, la que constituye una emergencia psiquiátrica que requiere de atención médica inmediata. Se caracteriza por rápidos cambio de estado de ánimo, estado de confusión que alternan con periodos de lucidez y aspectos clínicos psicóticos. Presenta un comienzo repentino, con síntomas de alcanzan rápidamente el clímax de severidad (51).

En la Clasificación Internacional de En-

Tabla 5
Características clínicas diferenciales entre Baby Blues y depresión periparto.

Característica clínica	Baby Blues	Depresión periparto
Duración del cuadro	Menos de 10 días	Más de 2 semanas
Comienzo	Dentro de 2 a 3 días postparto	Frecuente dentro del primer mes, podría ser hasta un año
Prevalencia	80 %	5 al 7 %
Severidad	Disfunción leve	Disfunción moderada a severa
Ideación suicida	No está presente	Podría estar presente

Modificado de Hirst Kathryn & Moutier Christine. Am Fam Psysician. 2010.

fermedades en su décima revisión (CIE-10) (3) los criterios para un episodio depresivo mayor (EDM) se dividen en 2 grupos sintomáticos (grupo A y B). En el caso de un comienzo agudo de síntomas severos del estado de ánimo o un rápido deterioro se debe realizar diagnóstico diferencial de psicosis postparto. Asimismo, en la evaluación de la paciente es importante considerar los factores que podrían haber aumentado el riesgo de depresión, como la violencia doméstica. En relación a los criterios diagnósticos, se requieren al menos 4, 6 u 8 síntomas durante al menos dos semanas para realizar el diagnóstico de depresión leve, moderada o grave, respectivamente. Para el caso de la depresión leve y moderada, deben estar presentes por lo menos 2 síntomas del grupo A y para la depresión severa se requieren los 3 síntomas del grupo A (Ver Cuadro 2).

El diagnóstico de DPP también puede ser considerado en aquellas mujeres que pre-

sentan un valor mayor de 12 puntos en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPPE) y que tienen síntomas depresivos que provocan una disfunción social severa, presentan ideación suicida o experimentan síntomas depresivos por más de 10 días. Sin embargo, es importante destacar que **la EDPPE tiene un objetivo de tamizaje** ante la sospecha de un cuadro depresivo en el periodo perinatal (10, 51, 52).

Existen diversas herramientas para llevar a cabo un tamizaje eficaz de depresión, siendo las mayorías de ellas de aplicación en la población general y solamente unas pocas son específicas para la detección de depresión periparto: la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPPE) y la Escala de Tamizaje de Depresión Postparto (Ver Cuadro 3).

El instrumento de tamizaje (cribado) que más frecuentemente se utiliza a nivel mundial para detectar depresión en la mujer en

Cuadro 2

Grupos de síntomas depresivos (CIE-10).

Síntomas del grupo A	Síntomas del grupo B
1. Estado de ánimo depresivo en un grado que no es normal para la persona, presente durante la mayor parte del día, influenciada en gran medida por las circunstancias. 2. Pérdida de interés o placer en actividades que normalmente son placenteras Disminución de la energía o el aumento de la fatigabilidad.	1. Pérdida de confianza o autoestima. 2. Sentimientos irracionales de autorreproche o culpa excesiva e inadecuada. 3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida 4. Reducida capacidad para pensar o concentrarse, como indecisión. 5. Cambios en la actividad psicomotora, agitación o enlentecimiento. 6. Trastornos del sueño de cualquier tipo. Cambios en el apetito (disminución o aumento), con el cambio de peso correspondiente.

Modificado de The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization (WHO).

la etapa perinatal es la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPPE). Ha sido específicamente validada en población perinatal y diversos estudios han demostrado su aceptación por parte de las mujeres. Su uso se encuentra recomendada en la actualidad en Australia y Estados Unidos, sin embargo, en el Reino Unido a partir de recomendaciones incluidas en la Guía NICE durante todo el periodo perinatal se utilizan las preguntas de Whooley para la detección de DPP, con la limitación de ser una herramienta insuficiente en los casos de cuadros depresivos graves (2, 7).

La EDPPE fue desarrollada por Cox, Holden y Sagovsky en el año 1987 para detectar en forma específica un cuadro de depresión en el periodo posparto y, subsecuentemente, validada para su uso en el embarazo (56). Consiste en un cuestionario de autoreporte de 10 ítems en las cuales las mujeres responden como se han sentido los últimos

7 días previos. Cada una de las preguntas se puntúa con 0 (normal) y 1 a 3 (leve a severo), con una pregunta específica que explora la presencia de ideación suicida. El puntaje máximo de la EDPPE es de 30 en el total de las 10 preguntas. El aspecto diferencial de la EDPPE radica en su foco particular sobre en los síntomas psicológicos de la depresión más que en los de sintomatología somática. La EDPPE permite explorar 2 dominios diferentes del afecto negativo: depresión y ansiedad (2, 24, 28).

Es importante elegir un punto de corte de la EDPPE con el fin de determinar las medidas a llevar a cabo (por ejemplo, referir a la mujer a un especialista o evaluar la presencia de un cuadro depresivo en curso). Existen 2 vertientes en relación a los puntos de corte de la EDPPE: por un lado, para detectar una probable depresión se utiliza un valor ≥ 15 de la escala en mujeres en la etapa antenatal y ≥ 13 puntos en mujeres

Cuadro 3

Diferentes herramientas de tamizaje de depresión usadas en población general y en el periodo perinatal.

Herramienta de tamizaje	Número de ítems	Tiempo necesario para completarlo	Sensibilidad	Especificidad
Escala de Depresión Postparto de Edimburgo*	10	Menos de 5 minutos	59-100 %	49-100 %
Escala de Tamizaje de Depresión Postparto*	35	5-10 minutos	91-94 %	72-98 %
Cuestionario de la Salud del Paciente 9 (PHQ-9)	9	Menos de 5 minutos	75 %	90 %
Inventario de Depresión de Beck (IBD)	21	5-10 minutos	48-82 %	86-89 %
Inventario de Depresión de Beck II (IBD-II)	21	5-10 minutos	56-57 %	97-199 %
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos	20	5-10 minutos	60 %	92%

* Escalas específicas de depresión periparto (DPP).

en el periodo postparto, mientras que para detectar una posible depresión se puede tener en cuenta un valor ≥ 13 en las mujeres antenatales y ≥ 10 en mujeres en el periodo postparto.

La EDPPE presenta una variabilidad en cuanto a sensibilidad y especificidad dependiendo del valor de punto de corte que se tenga en cuenta. La sensibilidad de esta escala aumenta con el uso de bajos puntos de corte, pero a costo de la especificidad (se obtiene una sensibilidad del 86 % y 78 %

de especificidad cuando se utiliza un punto de corte de 12 puntos). En un estudio se evidenció que las mujeres que tenían valores de EDPPE entre 5 y 9 presentaban 68 veces más probabilidad de desarrollar DPP que aquellas mujeres con valores entre 0 y 4 puntos en los primeros 5 meses posteriores al parto. Muchos médicos clínicos utilizan el punto de corte de 10 en la EDPPE, lo que les permite identificar a más del 90 % de las mujeres con DPP (2, 24). En el Cuadro 4 se resumen las interpretaciones y acciones

Cuadro 4

Interpretaciones y acciones a tomar de acuerdo a los valores de la EDPPE.

Valor de EDPPE	Interpretación	Acciones sugeridas
< 8	Depresión improbable	Continuar el apoyo
9-11	Depresión posible	Apoyar, re-evaluar a las 2-4 semanas y considerar la referencia a un profesional de cuidados primarios
12-13	Posibilidad bastante alta de depresión	Monitorear, apoyar y ofrecer educación. Referir a un profesional de cuidados primarios.
≥ 14 (tamizaje positivo)	Probable depresión	Llevar a cabo el diagnóstico y tratamiento por parte de un profesional de cuidados primarios y/o un especialista.
Valor positivo (1,2 o 3) en la pregunta 10 (Riesgo de suicidio).		Evaluación inmediata. Referir a un profesional de cuidados primarios y/o especialista o una institución de emergencia para evaluación y realización de intervenciones adecuadas. El criterio de derivación a urgencias depende de diversos factores: ideación suicida acompañada de un plan, antecedentes de intentos de suicidio previos, presencia de síntomas de trastorno psicótico o existe preocupación en relación al daño del bebé.

sugeridas a tomar de acuerdo con los valores de la EDPPE (24).

La EDPPE es una herramienta de tamizaje diseñada para guiar a los profesionales de la salud y considerar que las mujeres requieren una evaluación complementaria. Una detección positiva de DPP a través de la EDPPE no equivale a un diagnóstico de depresión. Es importante destacar que la EDPPE no se encuentra validada para la detección de cuadros de ansiedad perinatal (2). Existe una versión de la escala de Edimburgo denominada EDPP-3, específicamente diseñada para evaluar la presencia de síntomas de ansiedad y posee un desempeño con una sensibilidad del 95 % y especificidad del 98 %. Asimismo, ha demostrado detectar un 16 % más de madres con DPP vs la versión original de la EDPPE (24).

En relación con nuevas metodologías para optimizar la efectiva detección de la DPP, en un reciente **estudio metabolómico** se han detectado una serie de biomarcadores que podrían contribuir en el diagnóstico de la depresión postparto. Estos biomarcadores eran 10 metabolitos detectados a partir de muestras de orina de pacientes con DPP y que están involucrados normalmente en el metabolismo de diversos aminoácidos, la población bacteriana y determinados neurotransmisores (57). Los metabolitos involucrados en este estudio fueron los siguientes:

1. **Alanina:** es un aminoácido no esencial y actúa como un neurotransmisor inhibitorio en el sistema nervioso central (SNC). Sus niveles se encontraron elevados en mujeres con DPP en comparación con el grupo control.

2. **Tirosina:** es un precursor de las catecolaminas del cerebro (adrenalina, noradrenalina). Se evidenció una disminución de su

concentración en la orina de mujeres con DPP.

3. **Homocisteína:** sus valores urinarios se observaron significativamente elevados en las mujeres con DPP. La reducción del metabolismo de la homocisteína genera una inhibición de las reacciones de metilación, con consecuencias a nivel de la formación de fosfolípidos, la estructura normal de las membranas celulares y la función de los receptores. Una disminución del metabolismo de la homocisteína también afecta la adecuada y normal mielinización, alterando la conducción nerviosa.

4. **Ácido metilmalónico:** es el metabolito de la vitamina B12 y sus niveles incrementados suelen indicar una deficiencia de dicha vitamina. La vitamina B12 es esencial en el SNC, ya que forma parte de las funciones de metilación, la cual está involucrada en la formación de diversos neurotransmisores, monoaminas, fosfolípidos y nucleótidos. En este estudio se evidenciaron niveles aumentados de ácido metilmalónico en las mujeres con diagnóstico de DPP.

5. **Ácido glutárico:** es el metabolito formado principalmente en el metabolismo de la lisina. Sus valores fluctuantes fueron observados en mujeres con DPP:

6. **Ácido vainillín mandélico:** es el metabolito principal de la noradrenalina (NA), involucrado en el sistema noradrenérgico y se han encontrado niveles elevados de esta sustancia en la orina de mujeres con DPP.

7. **Ácido 4-hidroxi-hipúrico:** sus niveles urinarios estaban aumentados en las mujeres con diagnóstico de DPP.

8. **Ácido 4-hidroxibenzoico**

9. **Ácido 5-hidroxi-indolacético:** es un producto de la destrucción de la serotonina (5-HT). En este estudio se observó un aumento de sus niveles, lo que sugeriría un elevado consumo de este neurotransmisor. Estos niveles aumentados también se han observado en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de mujeres deprimidas en ensayos anteriores.

10. **Ácido 3-(3-hidrofenil)-3-hidropropílico:** es el producto del metabolismo de bacterias *in vivo*. Sus niveles se han encontrado aumentados en las mujeres con DPP. Esto demostraría, también, una alteración en el balance de la población microbiana normal en las mujeres que presentan DPP.

Los estudios metabólicos se basan en la cuantificación de metabolitos en fluidos biológicos, tales como orina o sangre, para tratar de demostrar las características del metabolismo *in vivo* y dilucidar la fisiopatología de una condición clínica determinada. De esta manera, los metabolitos serían biomarcadores que permitan llegar a un diagnóstico de una patología (57).

Teniendo en cuenta la dificultad en el diagnóstico oportuno de la depresión periparto, probablemente este método analítico permita en el futuro tener un perfil metabólico urinario de las mujeres con riesgo de desarrollar esta patología y poder efectuar un diagnóstico más efectivo y asertivo, sumado a la evaluación semiológica.

Referencias bibliográficas

- 1. Calderón Jorge y Gonzalez Matias. Psiquiatría de Enlace y Medicina Psicosomática. Editorial Mediterráneo. Primera edición, año 2016. Capítulo 16: Depresión Perinatal.
- 2. Williams J, Ryan D, Thomas-Peter K, et al. Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period. BC Reproductive Mental Health Program & Perinatal Services BC. 2014.
- 3. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization (WHO).
- 4. Fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 2013. American Psychiatric Association (APA).
- 5. Stewart Donna and Vigod Simone. Postpartum depression: pathophysiology, treatment and emerging therapeutics. Annual Review of Medicine. 2019, 70: 183-196.
- 6. Suarez Richards Manuel (compilador). Introducción a la Psiquiatría. Editorial Polemos. Cuarta edición, año 2012. Capítulo 13: Trastornos del humor. Trastornos depresivos.

- 7. Jadresic Enrique. Depresión postparto Medwave. Revista Biomédica Revisada por Pares 2004, 4(9):e1922. doi: 10.5867/medwave.2004.09.1922.
- 8. Molenaar N, Brouwer M, Kamperman A, et al. Recurrence of depression in the perinatal period: Clinical features and associated vulnerability markers in an observational cohort. PLoS ONE. 2019, 14: 1-13.
- 9. Cauli G, Iapichino E, Rucci P, et al. Promoting the well-being of mothers with multidisciplinary psychosocial interventions in the perinatal period. Journal of Affective Disorders. 2019, 246: 148-156.
- 10. Hirst Kathryn & Moutier Christine. Postpartum major depression. Am Fam Psysician. 2010, 82(8): 926-933.
- 11. Stewart DE, Vigod S. Postpartum depression. N. Engl. J. Med. 2016, 37:2177-86.
- 12. Siti Roshaidai Mohd Arifin, Helen Cheyne and Margaret Maxwell. Review of the prevalence of postnatal depression across cultures. AIMS Public Health. 2018, 5(3): 260-295.
- 13. Webber Elaine and Benedict Jean. Postpartum depression: A multi-disciplinary approach to screening, management and breastfeeding support. Archives of Psychiatric Nursing. 2019, 33: 284-289.
- 14. Rozic P, Schwartzman J, Paolini C, et al. Detección de síntomas depresivos durante el postparto inmediato y el seguimiento a largo plazo: estabilidad temporal y factores asociados. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría. 2012, volumen XXIII, número 106: 409-417.
- 15. Póo AM, Espejo C, Godoy C, et al. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. Revista Médica de Chile. 2008, 136: 44-52.
- 16. Corbo G, Defey D y D'Oliveira N. De-presiones Maternas. Depresión materna en el primer año postparto, un tema oculto. Estudio de prevalencia. Proyecto Desarrolla. PNUD 2011.
- 17. D'Oliveira Nora. Depresión materna - aportes para su comprensión y atención. Tendencias en Medicina. 2013, año XXI, número 43: 59-64.
- 18. Aristimuño N, Gularte G, Milán M, et al. (2014). Depresión puerperal en mujeres que asisten a una policlínica del primer nivel de atención en Montevideo. (Tesis de grado inédita). Facultad de Enfermería, Montevideo, Uruguay
- 19. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, et al. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana. Revista Peruana de Epidemiología. 2008, 12(3): 1-5.
- 20. Masías Salinas María Alejandra, Arias Gallegos Walter. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. Revista Medica Herediana. 2018, 29: 226-231.
- 21. Ortiz Martinez RA, Gallego Betancourt C, Buitron Zuñiga E, et al. Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2016, 45(4): 253-261.
- 22. Rincón-Pabón David y Ramírez-Vélez Robinson. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. Revista de Salud Pública. 2014, 16 (4): 534-546.
- 23. Samochowiec J, Rybakowski J, Galecki P, et al. Recommendations of the Polish Psychiatric Association for treatment of affective disorders in women of childbearing age. Part I: Treatment of depression. Psychiatr. Pol. 2019; 53(2): 245-262.
- 24. Thurgood Sara, Avery Daniel and Williamson Lloyd. Postpartum depression (PPD). American Journal of Clinical Medicine. 2009, 6(2): 17-22.

- 25. Meko H, Shaaban M, Ahmed M, et al. Prevalence of postpartum depression regarding mode of delivery: a cross-sectional study. *J Mat fetal Neon Med.* 2019: 1-8.
- 26. Riquin E, Lamas C, Nicolas I, et al. A key for perinatal depression early diagnosis: the body dissatisfaction. *Journal of affective Disorders.* 2019, 245: 340-347.
- 27. *Psiquiatría Perinatal y del niño de 0-3 años.* Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). 1ra edición, año 2015. Capitulo 2: estudio de la parentalidad: depresión post-parto.
- 28. Garcia-Esteve Lluisa, Valdés Miyar Manuel. *Manual de Psiquiatría Perinatal.* Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia. Editorial Médica Panamericana. Primera edición, año 2017.
- 29. Luscher Bernhard and Mohler Hanns. Brexanolone, a neurosteroid antidepressant, vindicates the GABAergic deficit hypothesis of depression and may foster resilience. *F1000Research* 2019, 8 (F1000 Faculty Rev):75.1
- 30. McEvoy K, Osborne LM. Allopregnanolone and reproductive psychiatry: an overview. *International Review of Psychiatry.* 2019, DOI:10.1080/09540261.2018.1553775.
- 31. Pluchino N, Ansaldi Y, Genazzani A. Brain intracranialology of allopregnanolone during pregnancy and hormonal contraception. *Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation.* 2019, 20180032: 1-6.
- 32. Binder 2010.
- 33. Wassef A, Nguyen QC, St-André M. Anaemia and depletion of iron stores as risk factors for postpartum depression: a literature review. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology.* 2018, doi.org/10.1080/0167482X.2018.1427725.
- 34. Yan J, Liu Y, Cao L, et al. Association between Duration of Folic Acid Supplementation during Pregnancy and Risk of Postpartum Depression. *Nutrients.* 2017, 9: 1206.
- 35. Chen L, Wang X, et al. Development of postpartum depression In pregnant women with preeclampsia: a retrospective study. *BioMed Research International.* 2019, doi.org/10.1155.2019/96011476.
- 36. Chen HL, Cai JY, et al. Prenatal smoking and postpartum depression: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.* 2018, DOI: 10.1080/0167482X.2017.1415881.
- 37. Wilson N , Lee JJ , et al , Postpartum fatigue and depression: A systematic review and meta-analysis, *Journal of Affective Disorders.* 2018, doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.032
- 38. Dennis CL, Vigod S. Preventing postpartum depression: fatigue management is a place to start. *Evid Based Nurs.* 2019.
- 39. Vargas M., y García J. Depresión Post-Parto: Presencia y manejo Psicológico. *Centro Regional de Investigación en Psicología.* 3(1): 11-18. (2009).
- 40. Marín M., Bullones R., Carmona M., Carretero A., Moreno M. y Peñacoba P. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Revista Nure Investigación,* 37(1): 1-15 (2008).
- 41. Sadock B, Sadock K V, Ruiz P. (2015) Kaplan & Sadock. *Sinopsis de Psiquiatría.* 11 ° Edición, Editorial Wolters Kluwer.
- 42. Ayala Bisbicuth, A (2018). Factores de riesgo en pacientes con depresión postparto en el hospital Alfredo Noboa Montenegro. (Tesis Postgrado). Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/9376/1/PIUA-MED071-2018.pdf>.
- 43. Molina, E (2006) Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *Psykhé.* 2006, 15, 93-103.

- 44. Brooks. Lancet.
- 45. Hawryluck 2001.
- 46. Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Revista Red bioética/UNESCO, Año 4, 1 (7): 25-34, Enero – Junio 2013. Recuperado de: <https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/12868/Art2-BelliR7.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
- 47. Violencia Obstétrica: Práctica invisible y sistemática. Observatorio de Igualdad de Género. Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de: <http://genero.defensoria.org.ar/wp-content/uploads/sites/7/2018/06/Violencia-Obst%C3%A9trica-2018.pdf>.
- 48. Ley 26.485. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.
- 49. Lartigue T, Maldonado-Duran M, Gonzalez-Pacheco I, et al. Depresión en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Human*. 2008, 22: 111-131.
- 50. Ross L, Dennis C-L, Roberson E, et al. Postpartum Depression: a guide for front-line health and social service providers. 2005.
- 51. Sharma Verinder and Sharma Priya. Postpartum and depression: diagnostic and treatment issues. *J Obstet Gynaecol Can*. 2012, 34: 436-442.
- 52. Halsband S, Lorenzo L y Vázquez G. Actualización clínica y psicofarmacológica de los trastornos depresivos, los trastornos bipolares y la depresión perinatal. Editorial Polemos. 1ra edición, año 2019. Capítulo 3: Depresión Perinatal: clínica y tratamiento.
- 53. Nanzer Nathalie. La depresión postparto. Salir del silencio. Ediciones Octaedro. Primera edición, año 2015.
- 54. García Vega Montserrat. Trastornos del estado de ánimo en el puerperio: factores psicosociales predisponentes. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina. Departamento de Ginecología y Obstetricia. 2010.
- 55. Umboh Sandy Julianty, How Choon and Chen Helen. Postnatal depression: a family medicine perspective. *Singapore Med J*. 2013, 54(9): 477-481.
- 56. Cox JL, Holden JM and Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*. 1987, 150:782-786.
- 57. Zhang L, Zou W, Huang Y, et al. A Preliminary Study of Uric Metabolomic Alteration for Postpartum Depression Based on Liquid Chromatography Coupled to Quadrupole Time-of-Flight Mass Spectrometry. *Disease Markers*. 2019, 19: 1-19.
- 58. Brann E, Fransson E, White RA, et al. Inflammatory markers in postpartum depression - a sign of an exaggerated stress response? *Brain, Behavior and Immunity*. 2019, 76: e1-e43. Abstract 3143.
- 59. Rai Shashi, Pathak Abhishek and Sharma Indira. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian J Psychiatry*. 2015, 57(2): S216–S221.

Tratamiento psicológico

Julietta D'Orazio

El tratamiento psicológico durante la depresión periparto (DPP) incluye a la madre, al bebé, al padre o a aquellas personas significativas que acompañen la diada. Como primera elección, no debería existir una intervención farmacológica si se trata de una depresión leve (1).

La Psicoterapia Cognitivo Conductual, la Terapia Interpersonal, el sostén familiar y los grupos de apoyo resultan muy eficaces para tratar a la mujer con depresión, sobre todo para estimular la continuación de la lactancia considerando los innegables beneficios para la diada madre-hijo y para atenuar los efectos de la depresión periparto.

Es importante señalar que en el caso de no existir tratamiento, las consecuencias negativas de la depresión y el destete precoz pueden afectar la salud de la madre y el bebé. Es menester recalcar la importancia del rol materno en los primeros años de vida para el niño en la constitución de su entramado psíquico (2).

El desarrollo neuronal del infante depende de este periodo perinatal y es profundamente afectado por su contexto y la experiencia temprana en el vínculo con su madre o cuidador, quedando en el niño secuelas psicológicas, biológicas y sociales, como retrasos en el desarrollo, problemas de salud mental y déficit cognitivos (3).

Enfoques psicológicos basados en la evidencia

En relación a los enfoques terapéuticos, la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia interpersonal son las terapias que están avaladas empíricamente para implementarse en la etapa perinatal. Este tipo de terapias colaboran con que la madre adquiera nuevos roles, habilidades y destrezas vinculadas a la maternidad.

La **Psicoterapia Cognitivo Conductual** combina la terapia cognitiva y la terapia conductual para modificar las creencias o pensamientos disfuncionales y las conductas problemáticas en las madres con depresión. Se interviene mediante la activación conductual para fomentar experiencias y conductas más gratificantes que colaboren con la resolución de problemas (4).

La **Psicoterapia Interpersonal** puede colaborar en las púerperas con depresión, al basarse en la búsqueda de sentido y motivos para seguir con una visión positiva de la vida. El terapeuta no debe dirigir, sino acompañar y centrarse en la vivencia de la madre y facilitar la comunicación de modo que la madre pueda ubicarse en el aquí y el ahora, a través de la escucha y la empatía del terapeuta (5).

Es importante reconocer el papel principal de la **Psicoeducación**: explicarles a la madre y la familia los cambios a los que se enfrentan la mujer y su entorno en este periodo y cómo intervenir para no empeorar más el cuadro (6).

La mayoría de las guías de tratamiento están de acuerdo que la **psicoterapia**, en especial la terapia cognitivo-conductual (TCC), debería ser considerada el **tratamiento inicial para los casos de DPP leve a moderada** (7). La psicoterapia, como la TCC o la terapia interpersonal, tiene un robusto efecto para el manejo del episodio depresivo durante el embarazo (Ver Cuadro 1).

Según la Academia de Medicina de la Lactancia (*Academy of Breastfeeding Medicine* - ABM) del año 2015, la terapia psicológica es efectiva para el tratamiento del trastorno depresivo mayor en el periodo postparto y di-

versas tipos de terapia son igualmente efectivas (nivel de recomendación I) (8). Existen 3 aproximaciones de terapia psicológica en el periodo postparto: terapia interpersonal, terapia cognitiva-conductual (TCC) y psicoterapia psicodinámica (terapia no directiva). Este tipo de tratamiento no es dañino al infante y es frecuentemente aceptada por parte de las madres con diagnóstico de DPP.

Otros enfoques psicológicos

Existen otros enfoques psicológicos para el tratamiento de las mujeres con depresión periparto, más allá de los anteriormente desarrollados. Estos incluyen el enfoque sistémico, humanista y el psicodinámico, los cuales se van a explicar a continuación:

- **Enfoque terapéutico sistémico**: basado en el enfoque sistémico y la teoría del apego,

Cuadro 1

Recomendaciones de psicoterapia en cada etapa del periodo perinatal de acuerdo a las guías internacionales.

Guía de tratamiento	Origen	Año	Recomendación de terapia psicológica			Guía específica de periodo perinatal
			Prenatal	Durante el embarazo	Postparto	
APA	EE.UU.	2010	SI	SI		
MOH	Singapur	2012		SI	SI	
SIGN	Reino Unido	2012		SI	SI	SI
Danesa	Dinamarca	2014		SI		SI
NICE	Reino Unido	2014	SI	SI	SI	SI
RANZCP	Australia y Nueva Zelanda	2015		SI	SI	
CANMAT	Canadá	2016		SI	SI	
VA/DoD	EE.UU.	2016		SI	SI	
COPE	Australia	2017	SI	SI	SI	SI

Modificado de Molenaar N, Kamperman AM et al. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2018, 52: 320-27.

se utiliza para mejorar las interacciones entre la madre y el bebé. Esta terapia tiene la finalidad de trabajar en casos resistentes a las formas tradicionales de abordaje. La interacción guiada está compuesta por sesiones de juego familiar que son grabadas y luego observadas para conversar sobre las interacciones positivas y negativas con la familia. Este abordaje refuerza los patrones de interacción funcionales y la modificación de patrones disfuncionales. Su objetivo es colaborar en que la madre reconozca las competencias, comportamientos y recursos a fin de desplegar las capacidades y sentimientos ligados al desarrollo particular de su hijo. Los resultados de esta técnica son notoriamente positivos sensibilizando a los cuidadores y disminuyendo la falta de comunicación entre la madre y su bebé (9).

- **Enfoque humanista:** colabora con el empoderamiento postraumático de la madre luego de haber atravesado la experiencia del parto. Se propone la resignificación de la experiencia, cuando el parto está asociado a algún daño físico o emocional. Este enfoque propone un abordaje integral relacionado con el parto como una vivencia singular, en el cual se depositan expectativas personales, sociales y culturales dado que, la falta de correspondencia de estas expectativas genera gran sufrimiento y malestar en la madre y obstaculizan el vínculo amoroso con su bebé (10).

- **Enfoque psicodinámico:** esta línea de abordaje trabaja sobre los mecanismos de defensa, el reconocimiento de patrones de comportamiento para identificarlos, comprenderlos y poder desarrollar estilos de afrontamiento más saludables (4).

Una especialidad emergente: Psicología perinatal

La **Psicología perinatal** es una especialidad emergente, que se creó como resultado de las profundas necesidades sanitarias existentes en las maternidades. Esta carencia de profesionales psicólogos que se desempeñen en el área clínica de los hospitales se remonta a la década del 1990. Para ese entonces, la Dra. Alicia Oiberman, que se desempeñaba como Directora del Programa de Psicología Social y Comunitaria de la Universidad de Buenos Aires (UBA) crea, junto a su equipo de trabajo, el Subprograma de Atención al Niño y su Familia con la intención de que el alumno de la Carrera de Psicología tuviera una salida comunitaria y su práctica clínica no se limitara meramente al consultorio. Por esa razón, se firmaron convenios con varios hospitales de Gran Buenos Aires, entre ellos el Hospital Materno Infantil Ana Goitía (Avellaneda, Provincia de Buenos Aires) y se comenzó a trabajar con la primera infancia, con el objetivo de abordar cuestiones del desarrollo del bebé, la lactancia y otras dificultades relacionadas (11).

En consecuencia, un grupo de psicólogas comienza a trabajar junto a un equipo médico en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, salas de parto y parto y otras áreas de internación con el objetivo de acompañar en forma interdisciplinaria la problemática vincular madre e hijo y, sobre todo, acompañar a las madres en esta etapa de gran vulnerabilidad psicológica. Con estos antecedentes, se crea en la Universidad de Buenos Aires la Cátedra de Psicología Perinatal y, posteriormente, se desarrolla la Especialización en Psicología Perinatal (12).

La Psicología perinatal es una rama de la Psicología orientada a prevenir, cuidar, apoyar, diagnosticar, e intervenir junto con la familia durante los periodos preconcepcionales, el embarazo, parto y puerperio. Asimismo, tiene como principal eje de interés la vinculación de la madre con su hijo/a y el resto de la familia. Dada la crisis que conlleva la formación de una familia y sus nuevas configuraciones, la Psicología perinatal también se ocupa de los procesos de

fertilización y adopción (13).

El rol del psicólogo perinatal consiste en brindar apoyo al equipo médico para fomentar el vínculo de la madre y su bebé, enfatizando la dimensión emocional para poder intervenir ante las dificultades o, preferentemente, para prevenirlas (Ver Tabla 1).

El trabajo del psicólogo perinatal y su equipo tiene ciertas características particulares que consisten en (14):

Tabla 1
Rol de actuación del psicólogo perinatal según las diferentes etapas perinatales:

1. Etapa preconcepcional
Dificultades en la fertilidad, adopción
Acompañamiento preconcepcional
2. Etapa gestacional
Cursos de preparación parto
Abortos voluntarios e involuntarios
Embarazos de riesgo, enfermedades
3. Etapa postparto
Realización de cursos de crianza
Depresión posparto
Duelos
Problemas de apego
Lactancia
Dificultades parentales

- Acompañar a la madre, quien se encuentra atravesando una crisis vital y una crisis accidental y, por lo tanto, necesita un apoyo psicológico inminente. Aunque la madre no haya solicitado la asistencia, es el equipo quien se aproxima, aún en ausencia de demanda de la mujer.

- Variabilidad del encuadre, dado que el psicólogo puede brindar apoyo en múltiples escenarios donde la situación lo requiera: salas de Neonatología, salas de parto, salas de parto o donde se lo/a necesite, para alojar a la madre en crisis y poder acompañar la emocionalidad que emerge del desarrollo del maternaje.

- Brindar soporte a los profesionales que requieran conocimientos sobre los aspectos emocionales en la etapa perinatal.

Con respecto a la línea de abordaje de la Psicología perinatal durante la depresión periparto es indispensable trabajar con el apego, fomentando la realización de masajes al bebé y sesiones grupales de soporte de frecuencia semanal para afrontar las dificultades diarias en torno a la maternidad. Los masajes al bebé son dirigidos por un experto que las ayuda a leer las señales del infante. De esta forma, se ha comprobado la dismi-

nución de la depresión materna y un sustancial aumento del apego entre la madre y su hijo (3).

El psicólogo perinatal trabaja con la **Entrevista Psicológica Perinatal (EPP)**, un tipo de entrevista semidirigida que abarca los acontecimientos más importantes que pueden afectar el desarrollo normal y adecuado del embarazo, parto y puerperio. Este instru-

mento destaca la importancia de los factores psicosociales involucrados en el nacimiento. A través de un cuestionario se trata de pesquisar los datos sobre la situación familiar y su historia, los aspectos socioeconómicos, su situación afectiva, las características del último embarazo, su/s parto/s, etc. Estos datos son importantes para comprender las cuestiones emocionales que inquietan a la madre.

Tabla 2

Categorías de la Entrevista Psicológica Perinatal.

1. Sucesos significativos (<i>Life events</i>)
Son los acontecimientos importantes que preocupan a la madre: <ul style="list-style-type: none">- Problemas de pareja, situaciones de violencia, separaciones, Muerte de otros hijos, o de otras personas significativas.- Situación socioeconómica: problemas familiares, judiciales, ambientales, abuso de sustancias psicoactivas, alcoholismo, abusos o violaciones, dificultades económicas.- Situaciones actuales como patologías, accidentes, cambio de domicilio durante el embarazo. Problemáticas con sus otros hijos: enfermedades, secuestro, desasosiego.
2. Dificultades maternas asociadas al embarazo
Problemas físicos, embarazo de riesgo, internaciones, diabetes gestacional, hipertensión arterial, abortos, enfermedades de transmisión sexual (ETS).
3. Preocupaciones y problemas psicológicos
Temores, fantasías en torno a la salud del bebé y la propia, ansiedad, distrés materno, terror al parto.
4. Historia infantil
Pérdidas parentales, abusos, negligencia, maltrato.
5. Emociones asociadas al parto
Problemas de vínculos, de lactancia, patología del bebé, hostilidad hacia el bebé, fallecimiento del bebé, duelos, angustia.

La EPP se creó en el año 1999 para ser incluida en las historias clínicas de las maternidades y es un complemento accesible al equipo médico, lo cual favorece la comprensión de la salud psíquica de la madre y sus antecedentes (11). La EPP permite clasificar la problemática materna en diversas categorías, tal como se resume en la tabla 2 (Ver Tabla 2).

Esta entrevista realizada por el psicólogo perinatal, de sesión única, se realiza entre las 24 y 72 horas luego del parto y se administra antes de que la mujer tenga el alta hospitalaria. Por esa razón, es muy corto el tiempo con el que cuentan los psicólogos perinatales para intervenir en los dispositivos hospitalarios. Es importante destacar que la EPP ayuda a las madres al igual que otras formas de psicoterapia.

Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna

Como se mencionó anteriormente, la depresión periparto es perjudicial para la salud del bebé. La madre al encontrarse aislada, ensimismada, poco empática y alegre, tiende a actuar poco con su hijo, lo cual dificulta el apego y, a futuro, le traerá al niño dificultades para relacionarse con su entorno.

En una revisión sistemática de diversos estudios (3) se evaluó la aplicabilidad y resultados de diversas intervenciones psicológicas tendientes a fortalecer el vínculo madre e hijo y reducir el impacto de la depresión periparto. A continuación se describirán algunas de las intervenciones evaluadas:

1. Investigaciones dirigidas a reducir la depresión perinatal

- Milgrom y colaboradores (2011) realizaron una investigación que consistió en la

implementación de un programa compuesto por 9 ejes temáticos, basados en el modelo cognitivo conductual (15). Estos temas fueron abordados durante el embarazo, como la resolución de los problemas, los pensamientos positivos, la crianza del bebé y la maternidad, entre otros. Cada intervención fue desarrollada por psicólogos quienes conversaron telefónicamente con las embarazadas sobre los temas mencionados. Estas intervenciones prosiguieron luego del parto, de manera de poder prevenir o reducir la ansiedad y mejorar la depresión posparto. Se observaron resultados significativamente inferiores en las puntuaciones de depresión en las mujeres en las cuales se llevaron a cabo estas intervenciones en comparación con el grupo de control.

- Field y colaboradores (2007,2009 y 2011) (16-18) estudiaron el impacto de los masajes terapéuticos durante el embarazo para abordar los cuadros de depresión perinatal. Estos masajes, realizados por expertos o por personas significativas arrojaron resultados beneficiosos, al disminuir el estrés y la sintomatología depresiva, con la consecuente reducción de partos prematuros o de bajo peso.

2. Investigaciones dirigidas a favorecer un vínculo positivo madre-bebé

- Kalinauskiene y colaboradores (2009) realizaron un estudio de 5 sesiones mediante video grabaciones a domicilio, tendientes a considerar la interacción madre-bebé para profundizar e indagar mediante el diálogo terapéutico, el vínculo de la diada y el comportamiento materno en relación a las demandas del bebé (19). Este estudio mostró resultados positivos sobre la sensibilidad materna, aunque no arrojó resultados signifi-

ficativos en la conducta de apego del niño.

- Svanberg y colaboradores (2010), orientado a mejorar el vínculo madre-infante, a través de visitas domiciliarias y el uso de video *feedback*, realizaron intervenciones vinculares de acuerdo al grado de riesgo de depresión perinatal de las mujeres (20). Se realizaron 3 tipos de intervenciones: en las diadas sin riesgo vincular se buscó la retroalimentación de los vínculos positivos, en diadas con cierto grado de riesgo se implementó la psicoterapia semanal para trabajar el vínculo de los padres con el bebé y, finalmente, otra intervención consideraba a la madre, el desarrollo de la función materna, la expresión de las emociones y el reconocimiento de la ambivalencia afectiva, su propia historia materna y la influencia en la crianza de sus hijos. Estas intervenciones arrojaron resultados positivos en relación a la sensibilidad materna y la calidad de los vínculos de la madre con su bebé.

- Toth y colaboradores (2006) trabajaron con madres con antecedentes de depresión realizando intervenciones que intentaban mejorar el vínculo madre-bebé (21). A partir de una intervención denominada *Todler-Parent Psychotherapy* (Psicoterapia Padres-Infante) se buscó observar la interacción de

la diada y comentar de manera empática para que la madre pueda poner en palabras las conductas que influyen en el vínculo y que se relacionan con su historia de crianza. Este estudio demostró de manera significativa una mejoría en el apego infantil. La limitación de la investigación es que las madres estudiadas no contaban con un gran número de estresores en comparación con mujeres con niños pequeños de la población general. Asimismo, las pacientes estudiadas contaban con alto nivel adquisitivo, estudios superiores y estaban casadas.

3. Investigaciones dirigidas a reducir la depresión materna y favorecer un vínculo positivo madre-bebé

- Onozawa y colaboradores (2001) trabajaron con madres que presentan puntajes altos en la escala de Edimburgo (EDDPE) (22). Se llevaron a cabo 5 sesiones de masaje infantil con el objetivo de leer las señales del infante. Esta investigación demostró una mejoría significativa de la depresión materna al reducirse la puntuación en la EDPPE y, además, se logró mejorar el vínculo madre hijo en comparación con el grupo de control. La limitación del estudio fue la elevada tasa de abandono de sesiones.

Referencias bibliográficas

- 1. Delgado Mora. Depresión postparto y tratamiento. Revista Médica de Costa Rica y Centro América. 2016, 83(620): 511-514.
- 2. Jadresic Enrique. Depresión postparto Medwave. Revista Biomédica Revisada por Pares 2004, 4(9):e1922. doi: 10.5867/medwave.2004.09.1922.
- 3. Olhaberry M, Escobar M, San Cristóbal P, et al. Intervenciones psicológicas perinatales en de-

presión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Terapia Psicológica*. 2013, 31(2), 249-261.

- 4. Solís Solano M, Pineda Mejía AL, Chacón Madrigal J. Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. *Rev Med Sinerg*. 2019, 4(6):90-99.
- 5. Cabrales Nevares Julio (2006). "El Abordaje de la depresión desde los distintos marcos conceptuales psicológicos". Universidad Autónoma España de Durango (México). Monografía
- 6. Pascual Julia (2016) Depresión posparto. Centro de Psicólogos de Barcelona. *Terapia Breve Estratégica*. Recuperado de: <http://www.juliapascual.com/depresionpostparto/>
- 7. Molenaar N, Kamperman AM et al. Guidelines on treatment of perinatal depression with antidepressants: an international review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2018, 52: 320-27.
- 8. Sriraman N, Melvin K, Meltzer-Brody S, et al. ABM Clinical Protocol 18. Use of antidepressants in breastfeeding mothers. *Breastfeeding Medicine*. 2015, 10(6): 290-299.
- 9. Delucchi N, Quinteros M, Muzzio N y Santelices Á. *Terapia de Interacción Guiada: Una Nueva Modalidad de Intervención con Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social*. *Terapia Psicológica*. 2009, 27 (2), 203-213.
- 10. Domínguez Elena (2017). Parto, trauma y Re significación Empoderamiento postraumático desde la Psicoterapia Humanista Integrativa. *Revista profesional online para psicólogos, psicoterapeutas y counsellors*. N° 199 Octubre de 2018 Año XV. Recuperado de: <http://bonding.es/parto-trauma-resignificacion-empoderamiento-postraumatico-desde-la-psicoterapia-humanista-integrativa/>
- 11. Grandoso Micaela (2019). *Psicología Perinatal: "Trabajar con el inicio de la vida es muy apasionante"*. *Intersecciones Psi*. *Revista Electrónica de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*. Año 2019, N° 30.
- 12. Carrera de Especialización en Psicología Perinatal. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (U.B.A.). Link: http://www.psi.uba.ar/posgrado.php?var=posgrado2019_2/especializacion/perinatal/index.php
- 13. Mariscal Díaz B, Kovacs Ojeda A, Orgaz Espuela M, et al. (2013). *Psicología Perinatal: conceptos y actualidad*. *Guía del Psicólogo del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*. Mayo del año 2013. N° 336.
- 14. Oiberman Alicia (2001). *La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal*. *Revista Psicodebate Psicología, Cultura y Sociedad de la Facultad de Ciencias Sociales*. Universidad de Palermo. Volumen 1.
- 15. Milgrom J, Schembri C, Ericksen J, et al. Towards parenthood: An antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *Journal of Affective Disorders*. 2011, 130: 385- 394.
- 16. Field T, Figueiredo B, Hernandez-Reif M, et al. Massage therapy reduces pain in pregnant women, alleviates prenatal depression in both parents, and improves their relationships. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 2007, 12: 146-150.
- 17. Field T, Diego M, Hernández-Reif M, et al. Pregnancy massage reduces prematurity, low birthweight and postpartum depression. *Infant Behavior y Development*. 2009, 32: 454-460.
- 18. Field T, Diego M, Medina L, et al. Yoga and massage therapy reduce prenatal depression and prematurity. *Journal of Bodywork y Movement Therapy*. 2011, 16: 204-209.
- 19. Kalinauskienė L, Cekuoliene D, Van IJzendoorn MH, et al. Supporting insensitive mothers: the Vilnius randomized control trial of video-feedback intervention to promote maternal sensitivity and infant attachment security. *Child: Care, Health and Development*. 2009, 35: 613-623.

- 20. Svanberg PO, Mennet L and Spieker S. Promoting a secure attachment: A primary prevention practice model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2010, 15: 363-378.
- 21. Toth S, Rogosch F, Manly J, et al. Efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mother with major depressive disorder: A randomized preventive trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006, 74: 1006-1016.
- 22. Onozawa K, Glover V, Adams D, et al. Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*. 2001, 63: 201-207.

Tratamiento psiquiátrico

Alexis Mejías Delamano

El tratamiento de las mujeres con diagnóstico de depresión periparto (DPP) se basa en un enfoque multidisciplinario (terapia psicológica, tratamiento psiquiátrico, apoyo grupal, etc.) teniendo en cuenta la especificidad de la etapa perinatal. El objetivo principal del tratamiento, desde el punto de vista psiquiátrico, es mejorar el estado de ánimo de la mujer y minimizar los riesgos para el embrión/feto (1-3). Una de las necesidades a tener en cuenta en el tratamiento de la DPP es el mantenimiento del contacto de la madre con su bebé. Los enfoques terapéuticos a llevar cabo dependen de la severidad de la DPP:

- **Depresión periparto leve a moderada:** psicoterapia individual o grupal asociada o no con antidepresivos, terapia cognitivo-conductual (TCC), terapia interpersonal, psicoterapia psicodinámica, intervenciones psicosociales.

- **Depresión periparto moderada a severa:** antidepresivos asociada a psicoterapia.

Tratamiento farmacológico

El objetivo principal del tratamiento farmacológico es la remisión de los síntomas depresivos y la posterior prevención del episodio depresivo, con el fin de que la paciente retorne a los niveles de funcionamiento y calidad de vida previos. El tratamiento farmacológico de la DPP se compone de 2 fa-

ses: la fase aguda y la de mantenimiento. La etapa aguda del tratamiento tiene una duración promedio de 12 semanas y depende de la severidad del cuadro clínico. La etapa de mantenimiento puede tener una duración de hasta 2 años, o incluso, más tiempo.

Se ha evidenciado que aquellas mujeres que padecen de depresión y abandonan su medicación antidepresiva cerca del momento de la concepción, presentan una mayor tasa de recurrencia de la sintomatología depresiva en comparación con las mujeres que continúan con el tratamiento antidepresivo. Asimismo, se ha observado en diversos estudios que las mujeres con un episodio depresivo cercano al embarazo o con antecedente de 4 o más episodios depresivos previos, poseen un mayor riesgo de presentar una recurrencia de la depresión durante el embarazo (4).

El tratamiento de base de la depresión periparto es la administración de fármacos antidepresivos. Es importante tener en cuenta que todos los antidepresivos se excretan en la leche materna, lo que no contraindica necesariamente su uso durante la lactancia materna. La elección del fármaco debe basarse, principalmente, en los antecedentes de respuesta favorable durante el embarazo o episodios depresivos anteriores, el diagnóstico de la paciente (o fenotípico de la depresión) y sus comorbilidades. Si se inicia un tratamiento antidepresivo de *novo* (o sea en mujeres que nunca recibieron tera-

pia antidepressiva anteriormente), es importante elegir un antidepressivo con perfil de uso más favorable durante la lactancia. Si hubiera que emplear un antidepressivo no seguro en la lactancia materna, existe siempre la opción de evitar la exposición del bebé no lactando. La dosis a utilizar deberá ser la más baja posible dentro del rango de dosis de cada fármaco, ya que las mujeres en el periodo postparto tienen un aumento de la sensibilidad a los efectos adversos de los fármacos. Una estrategia posible es el uso de las dosis más bajas durante los primeros 4 días para, posteriormente, titular a la mínima dosis efectiva (DME – dosis mínima efectiva) (5-8).

Existen situaciones en las cuales las pacientes a pesar de recibir tratamiento antidepressivo, presentan recurrencia de su sintomatología depresiva. En ocasiones este hecho se debe a que la paciente está recibiendo dosis inadecuadas, ya que las concentraciones plasmáticas del antidepressivo son más bajas que las esperadas debido a los cambios farmacocinéticos que sufren los fármacos durante el embarazo (esto se ha observado con el uso de sertralina, citalopram, fluoxetina, escitalopram), por lo cual se requiere el ajuste de las dosis ante la presencia de síntomas tempranos de recaída de la depresión, con el objetivo de evitar la recurrencia del cuadro (4).

Existe una percepción de elevado riesgo con el uso de fármacos durante el embarazo, tanto en las propias mujeres como en los profesionales de la salud, en especial en el caso de los psicofármacos. Esto puede desencadenar en la decisión por parte de la mujer de interrumpir el tratamiento antidepressivo durante el embarazo, con las consecuencias de la depresión no tratada (mencionadas más adelante en la Tabla 2) y la consecuente recaída de la enfermedad (9).

En el caso que la mujer embarazada decida suspender el tratamiento con fármacos antidepressivos, se debe realizar un monitoreo cercano para detectar en forma temprana la reaparición de la sintomatología depresiva, teniendo un plan terapéutico consensuado con la paciente para llevar a cabo ante tal situación (4).

Actualmente los **inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los fármacos de primera elección para el tratamiento de la DPP moderada a severa**, debido a su perfil de seguridad favorable y su seguridad relativa ante casos de sobredosis en comparación con los antidepressivos tricíclicos (ATC). **La sertralina y el citalopram son los ISRS de primera elección para la depresión durante el embarazo y la lactancia.**

La sertralina se considera de elección en el caso de un inicio de un tratamiento de *novo* y durante la lactancia materna, debido a su menor pasaje a leche materna y la menor cantidad de efectos adversos que genera. La exposición del lactante parece ser mayor con fluoxetina (como consecuencia de su prolongada vida media de eliminación), por lo que debe utilizarse con precaución durante la lactancia y solamente en mujeres con historia de respuesta previa favorable al fármaco. La paroxetina pertenece actualmente a la categoría D en el embarazo de acuerdo a la clasificación de la FDA (*Food and Drug Administration*) debido a que aumenta entre 1,5 y 2 veces el riesgo de malformaciones cardiovasculares (defectos en la formación del septo ventricular). La dosis de 25 mg/día de paroxetina se ha asociado al desarrollo de efecto teratogénico. Sin embargo, la paroxetina tiene clasificación L2 en relación a su uso durante la lactancia materna, por lo que se considera una opción terapéutica adecuada en esta etapa (5, 7, 8, 10-13).

Un estudio reciente realizado en Dinamar-

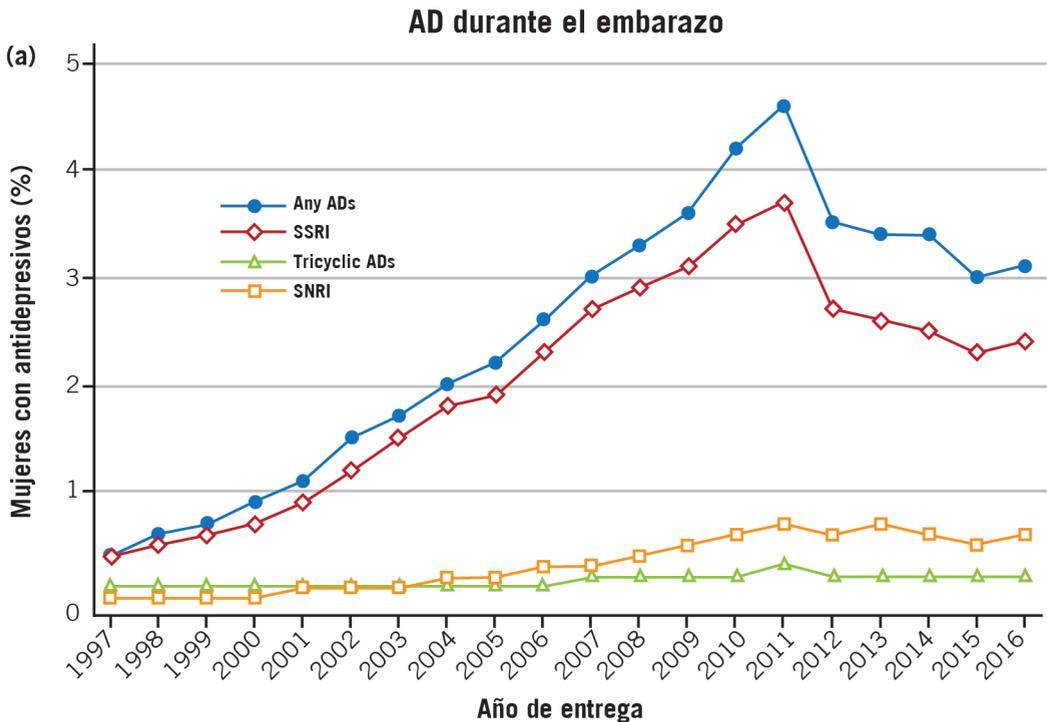
ca (4) evaluó el tipo de antidepresivo utilizado durante el embarazo en los últimos 20 años de acuerdo a una base de datos nacional (n=96.232) y se demostró que el grupo terapéutico más utilizado fue el de los ISRS, seguidos por los antidepresivos duales y, finalmente, por los ATC (Ver Figura 1). Asimismo, este estudio demostró el cambio de tendencia prescriptiva durante este periodo de tiempo dentro del grupo de los ISRS, siendo preponderante el uso de sertralina y citalopram en la actualidad (en línea con las recomendaciones de las guías de tratamiento internacionales) a diferencia de la escasa utilización de estos fármacos

(junto a la fluoxetina y paroxetina) hace 2 décadas (4) (Ver Figura 2).

Otros grupos farmacológicos (antidepresivos duales como la venlafaxina y el modulador de la serotonina y noradrenalina mirtazapina) pueden ser usados cuando la madre alcanzó la remisión clínica con ellos en la etapa antenatal o en el caso que los ISRS de primera línea sean inefectivos o pobremente tolerados. Se ha observado que el uso de venlafaxina en el tercer trimestre del embarazo aumenta el riesgo de hemorragias y produce el incremento de la frecuencia de síntomas de mala adaptación perinatal. Con

Figura 1

Tendencia prescriptiva de antidepresivos durante el embarazo entre los años 1997 y 2016 en Dinamarca.



Modificado de Sun Y, et al. Brain and Behavior. 2019; 9:e01441.

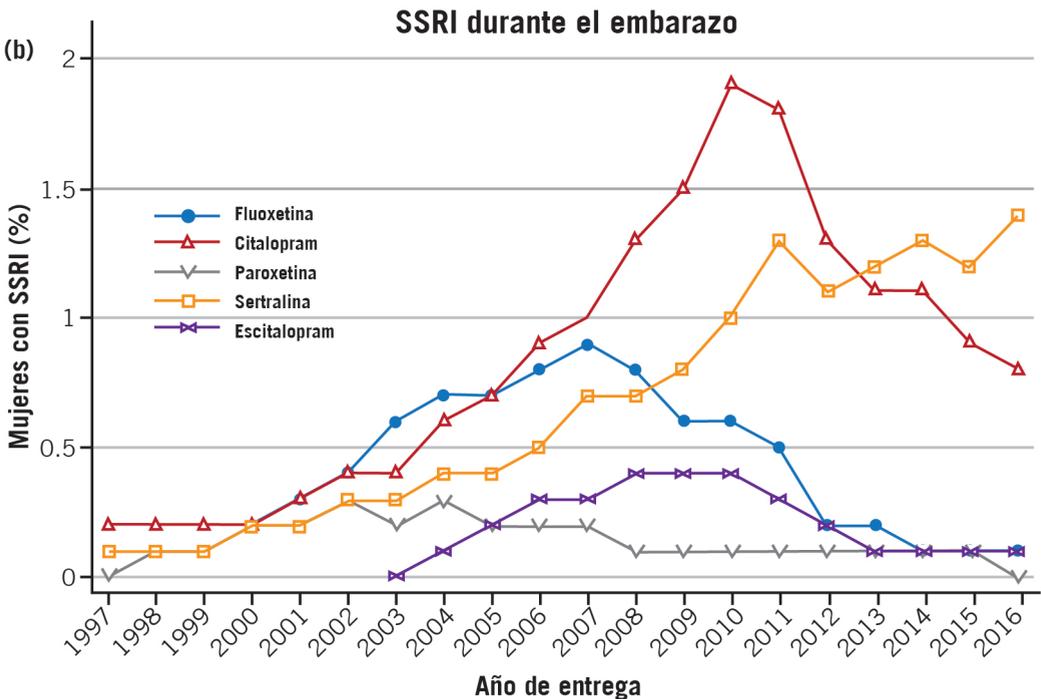
respecto a los ATC (amitriptilina, imipramina, desipramina), son un grupo terapéutico de reconocido perfil de seguridad en el embarazo y la lactancia. En la tabla 1 se resume el perfil de seguridad de los diversos antidepresivos en el embarazo (clasificación de la FDA) y/o lactancia (3, 5, 8, 10-12, 15).

Con respecto al tratamiento antidepresivo durante la lactancia, es importante considerar su implementación ante una madre informada, con deseo, capacidad y posibilidad de llevar adelante un tratamiento psicofarmacológico. Además, es importante tener presente las siguientes consideraciones (9):

1. La enfermedad de la madre se encuentra estable o con una respuesta terapéutica parcial.
2. La madre está acompañada y asistida para poder alimentar al bebé durante la noche y, así, garantizar unas 6 horas mínimas de sueño en forma continua.
3. Régimen posológico sencillo.
4. Buena adherencia de la madre en relación al monitoreo del recién nacido.

Figura 2

Tendencia prescriptiva de los ISRS durante el embarazo entre los años 1997 y 2016 en Dinamarca.



Modificado de Sun Y, et al. Brain and Behavior. 2019; 9:e01441.

5. Acuerdo del Pediatra con respecto al uso del antidepresivo elegido y su contribución en el monitoreo.

Solamente el 13.6 % de las mujeres con depresión antenatal y el 15,8 % de las mujeres con depresión postparto reciben tratamiento, mientras que el porcentaje se

reduce aún más cuando se trata de un tratamiento adecuado (8,6 y 6,3 %, respectivamente). Con respecto a la remisión sintomática de la depresión, solamente el 3,2 % de las pacientes con DPP lo alcanzan (16). Las consecuencias de una DPP no tratada son diversas (2, 3, 6), como se resume en la tabla 2. Asimismo, es frecuente que las

Tabla 1
Perfil de seguridad de los antidepresivos en el embarazo y la lactancia.

Grupo terapéutico	Antidepresivo	Categoría en el embarazo (FDA)	Categoría de riesgo en lactancia
Antidepresivo tricíclico	Amitriptilina	B y C	L2
Antidepresivo tricíclico	Desipramina		
Antidepresivo tricíclico	Nortriptilina		
IMAO-A	Clomipramina		
Bloqueante de receptores alfa-adrenérgicos pre-sinápticos	Mianserina		
ISRS	Sertralina		
Modulador de la serotonina	Trazodona		
Inhibidor de la recaptación de noradrenalina	Reboxetina		L3
IRSN	Venlafaxina		
Modulador de la serotonina y noradrenalina	Mirtazapina		
ISRS	Citalopram		
Inhibidor de la recaptación de noradrenalina y dopamina	Bupropión		
ISRS	Escitalopram	D	L2
	Fluoxetina		
	Paroxetina		

Categorías de riesgo en la lactancia: L1: el más seguro, L2: más seguro, L3: moderadamente seguro, L4: posiblemente peligroso, L5: contraindicado.

Categoría de riesgo en embarazo según FDA: ver Anexo 1.

Modificado de Samochowiec J, et al. Psychiatr Pol. 2019, 53: 245-262.

pacientes con DPP requieran de un mayor tiempo para obtener una respuesta terapéutica y suelen recibir más frecuentemente politerapia en comparación con las mujeres con TDM no perinatal (17).

Guías de tratamiento actuales

Con respecto a los ISRS, las directrices actuales coinciden en evitar el uso de paroxetina durante el embarazo, ya que su utilización se asocia con mayor riesgo de malformaciones cardiovasculares congénitas en el recién nacido (18-22). Por este hecho la FDA oportunamente re-clasificó a esta droga como categoría D en el embarazo. Asimismo, la Guía ACOG (*American College of Obstetricians and Gynecologists*, EE.UU.) recomienda un examen fetal por ecocardiografía en el caso de un antecedente de exposición a paroxetina durante las etapas tempranas del embarazo (20).

La mayoría de las guías puntualizan a la fluoxetina como un fármaco desfavorable para el tratamiento de la DPP debido a su

prolongada vida media y su detección en la leche materna (18-22). Cabe destacar que solamente una guía de tratamiento (NHS de España) sugiere el uso de fluoxetina en la DPP (18).

La mayoría de las guías coinciden plenamente sobre el uso de **sertralina** durante el período posparto, principalmente por su perfil favorable durante la lactancia (18-22). Tanto la Guía CANMAT (*Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment*, Canadá) como la guía danesa (2014) coinciden en considerar al **citalopram** como un fármaco de preferencia en el manejo de la DPP debido al mínimo riesgo en su uso durante la lactancia y su eficacia durante el período posparto (18). La guía escocesa SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*) recomienda el uso de los ISRS y antidepresivos tricíclicos en los casos de DPP moderada a severa, teniendo consideración adicional en la lactancia (grado de recomendación B) (22). Asimismo, esta guía desaconseja el uso de la terapia hormonal (derivados de estrógenos y progestágenos),

Tabla 2

Consecuencias de la depresión periparto no tratada adecuadamente.

- Alteraciones nutricionales por pérdida de apetito y desgano de la madre.
- Pérdida de interés por los cuidados prenatales, descuido en el cumplimiento de indicaciones médicas.
- Riesgo de abuso de sustancias (drogas psicoactivas, alcohol, tabaco).
- Alteración del vínculo madre-hijo/a.
- Impacto en el desarrollo psicofísico del hijo/a (a nivel emocional, conductual y cognitivo).
- Mayor incidencia de prematuridad, bajo peso al nacer, bajos valores en la escala de Apgar, menor circunferencia cefálica.
- Aumento del riesgo de depresión puerperal.
- Filicidio (20 al 30 % de las mujeres que lo cometen tiene un episodio depresivo).
- Muerte materna (21 % de las muertes maternas ocurren durante un trastorno depresivo grave).

como así tampoco, la utilización de la hierba de San Juan (también conocida como ácido hipérico). En la tabla 3 se resumen las principales recomendaciones de las diferentes guías de tratamiento internacionales (18-22) (Ver Tabla 3).

Nuevos fármacos

Dentro del desarrollo de nuevos fármacos para el manejo de la depresión, en los últimos años han existido escasos ejemplos de drogas novedosas desde la perspectiva farmacológica como desde la necesidad basada en los desafíos de la práctica clínica habitual. Tal fue el caso de la vilazodona y vortioxetina (ambos dentro del grupo terapéutico de los “antidepresivos multimodales”) indicados para el tratamiento del trastorno depresivo mayor (TDM) en pacientes adultos. Desde lo farmacológico, el desarrollo de fármacos con nuevos targets farmacológicos es una novedad, especialmente aquellos enfocados en sistemas de neurotransmisión diferentes a los de los antidepresivos ya co-

mercializados (glutamato, GABA).

En relación a la práctica clínica, la depresión periparto (DPP) se encontraba huérfana de un tratamiento específico. El día 19 de marzo del año 2019 se aprobó por parte de la FDA un novedoso fármaco para el tratamiento específico de las mujeres que padecen de DPP moderada a severa: la **brexanolona**.

Brexanolona

Durante el proceso de investigación clínica, la brexanolona estuvo incluida en un programa de desarrollo farmacoclínico como una **terapia de avanzada**, ya que estaba enfocada en el tratamiento de una patología grave y en los estudios clínicos preliminares se habían observado resultados clínicos sustanciales en comparación con el tratamiento disponible hasta ese momento (tratamiento estándar). Este programa de desarrollo clínico de brexanolona fue avalado por FDA y fue el primero específicamente para el tratamiento farmacológico de la DPP (23-25). Finalmente, luego de un proceso de

Tabla 3

Guías internacionales de tratamiento de la depresión durante el embarazo y postparto.

Guía	Origen	Año	Recomendación farmacológica	
			Fármaco preferido	Fármaco/s no preferidos
CANMAT	Canadá	2016	Sertralina, citalopram	Paroxetina, fluoxetina
Danesa	Dinamarca	2014	Sertralina, citalopram	Paroxetina, fluoxetina
VA/DoD	EEUU	2016	Sertralina	Paroxetina, fluoxetina
APA	EEUU	2010	-	Paroxetina
ACOG	EEUU	2008	-	Paroxetina
RANZCP	Australia y Nueva Zelanda	2015	-	Paroxetina, fluoxetina, venlafaxina
DGPPN	Alemania	2017	-	Paroxetina, fluoxetina

Modificado de Molenaar N, et al. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2018, 52: 320-27.

evaluación de los resultados de los estudios clínicos, en marzo del año 2019 se aprobó su comercialización (23, 24). Por lo tanto, **brexanolona constituyó la primera droga aprobada por la FDA específicamente para el tratamiento de la DPP.**

Actualmente la brexanolona se encuentra incluida en un Programa de Mitigación de Riesgos (REMS en sus siglas en inglés, *Risk Evaluation and Mitigation Strategies*) debido al riesgo de desarrollo de sedación excesiva o repentina pérdida de la conciencia durante su administración (23-26). La paciente tratada con brexanolona debe ser monitoreada permanentemente (por medio de oximetría de pulso) en un centro médico durante la infusión de la droga y se aconseja que esté acompañada por su hijo/a durante el tratamiento (23, 25, 26).

La brexanolona es un esteroide neuroactivo, de tamaño pequeño y actúa como un modulador alostérico positivo del receptor GABA-A sináptico y extra sináptico (17, 23, 26).

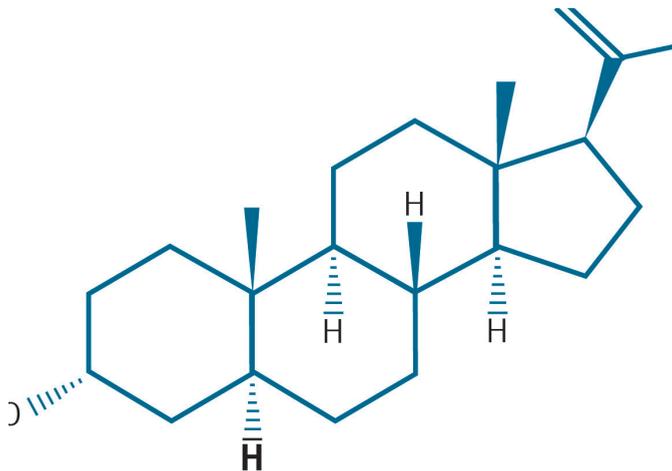
La brexanolona constituye una formula-

ción sintética y soluble de la alopregnanolona, la cual posee baja solubilidad en agua, escasa biodisponibilidad oral y es rápidamente metabolizada. La alopregnanolona es una hormona cerebral y metabolito de la progesterona cuyas concentraciones aumentan rápidamente durante el embarazo, llegando a su pico máximo en el tercer trimestre de gestación. Es un neuroesteroide que se encuentra disminuido en el posparto, como así también, en diversos cuadros psiquiátricos tales como la depresión y ansiedad. Se considera a la reducción de los niveles de alopregnanolona como el principal causal fisiopatológico de la DPP. El estrés crónico y repetido genera una disminución significativa de las concentraciones séricas de alopregnanolona. La alopregnanolona se sintetiza en el sistema nervioso central (SNC) y periférico, principalmente en las células gliales (astrocitos, oligodendrocitos y células de Schwann) y diversas células neuronales progenitoras (23, 27-29).

Cuando se encuentra en bajas concentra-

Figura 3

Estructura química de la brexanolona.



ciones, la alopregnanolona actúa intensificando la acción del neurotransmisor GABA sobre su receptor (alterando la frecuencia y duración de apertura del canal de cloro) y cuando se encuentra en altas concentraciones puede activar directamente el receptor GABA-A. Como consecuencia de la interacción con el receptor GABA, se genera un incremento de la inhibición neuronal, con la consecuente acción ansiolítica y sedativa. En forma adicional, la alopregnanolona produce una potenciación de la liberación de dopamina (DA) que intensifica los sentimientos de placer y recompensa en los sujetos (17, 23, 27-31) (Ver Figura 5 y Figura 6).

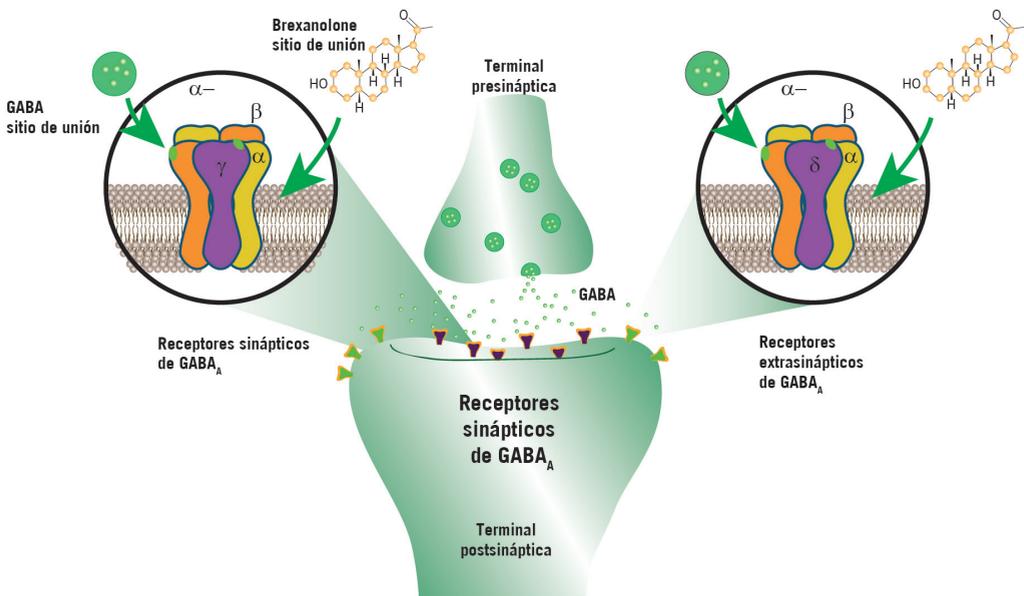
La alopregnanolona es un potente modulador alostérico del receptor GABA-A con diversos efectos adicionales:

- Potenciación de la neurogénesis
- Favorece la mielinización.
- Promueve la neuroprotección/neurotrofismo.
- Reduce la muerte celular.
- Efectos sobre el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA).

La administración de brexanolona se realiza por vía parenteral a través de una infusión continua durante 60 horas (aproximadamente 2 días y medio). La dosis se calcula de acuerdo al peso corporal de la paciente, siendo la dosis máxima de 90 µg/kg/hora (incluyendo la titulación y descenso

Figura 4

Mecanismo de acción de brexanolona.



posterior de la dosis) (26, 32). La dosis endovenosa alcanza las concentraciones plasmáticas de alopregnanolona, acercándose a los valores séricos endógenos del final del embarazo. El esquema posológico de brexanolona se resume en la tabla 4 (26, 32) (Ver Tabla 4).

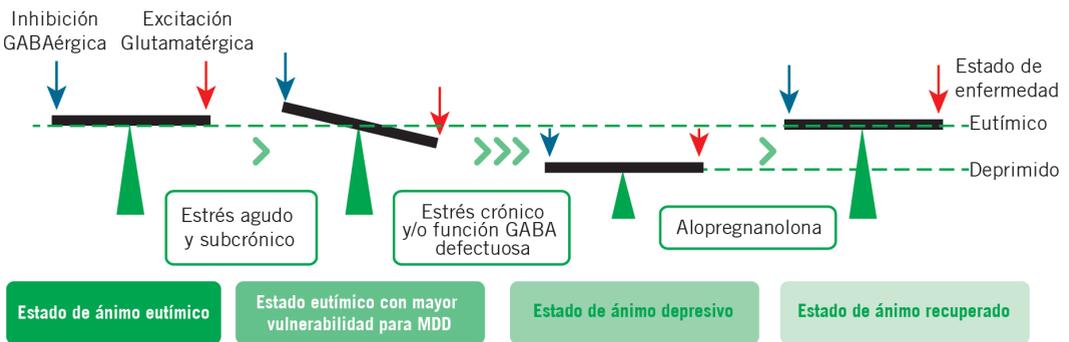
Las concentraciones de alopregnanolona se detectan en la leche materna de las pacientes que se encuentran recibiendo brexanolona, siguiendo en forma cercana sus concentraciones plasmáticas y declinan en forma rápida cuando finaliza la infusión de 60 horas, siendo las concentraciones totalmente indetectables luego de 3 días de suspendida la administración de la droga. No se ha evidenciado la acumulación de alopregnanolona en plasma o leche materna luego del tratamiento con brexanolona (26, 32, 33).

Con respecto a su farmacocinética, la brexanolona después de su administración parenteral presenta una elevada unión a proteínas plasmáticas (99 %) con una vida media de eliminación de 9 horas. Tiene un volumen de distribución de 3 L/kg, lo cual

sugiere una amplia distribución en los tejidos. Se metaboliza a nivel extrahepático por medio de vías no relacionadas al citocromo P450, principalmente a través de cetoreducción, glucuronidación y sulfatación. Por lo anteriormente mencionado, no se requiere ajuste de la dosis de brexanolona en caso de alteración de la función hepática normal. La excreción de brexanolona se realiza por heces (47 %) y orina (42 %). La brexanolona pasa a leche materna, sin embargo, es muy baja la exposición del infante a este fármaco. Luego de 36 horas de finalizada la infusión de la droga, se han encontrado concentraciones menores a 10 ng/ml del fármaco. Esto sugiere que la máxima dosis relativa al infante fue del 1 al 2 % durante la infusión de brexanolona. Sumado a esto, la base de datos denominada *Drugs and Lactation Database* (LactMed) recomienda lo siguiente: “debido a la baja cantidad de brexanolona en la leche materna y su baja biodisponibilidad, no se debería esperar que este fármaco genere algún efecto adverso en infantes que amamantan” (34). Sin embargo, los efectos

Figura 5

Hipótesis del déficit GABAérgico de los cuadros depresivos.



de cualquier dosis de brexanolona sobre el infante son desconocidos (23, 26, 33, 34).

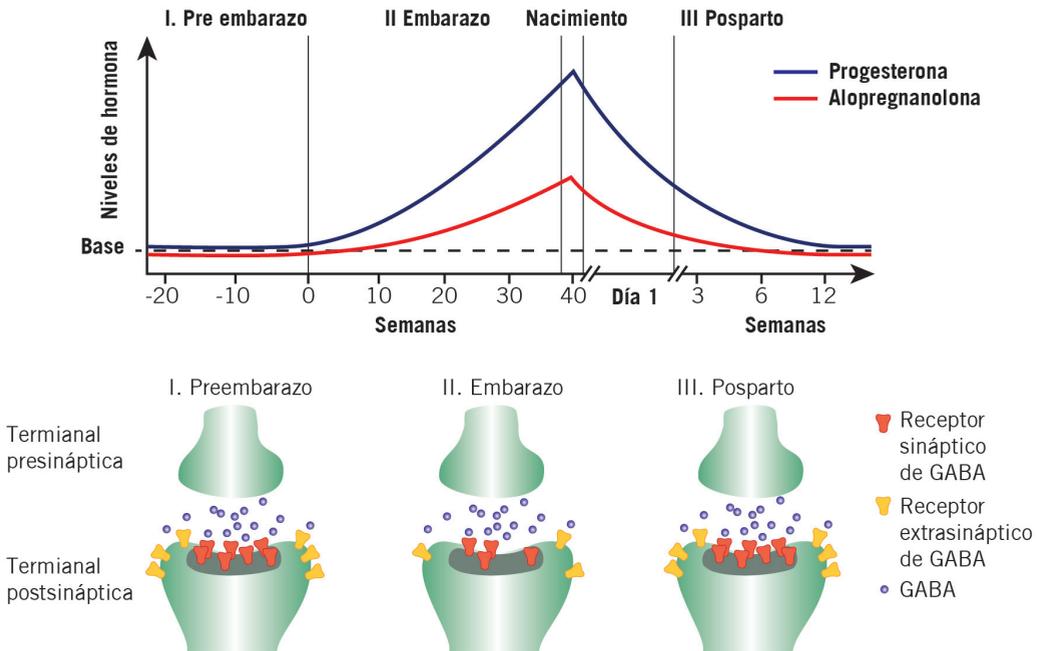
La brexanolona se caracteriza por su marcada rapidez de acción, muy superior a los antidepresivos convencionales actualmente comercializados (ISRS, antidepresivos duales, antidepresivos tricíclicos, antidepresivos multimodales) los cuales tienen una latencia de acción terapéutica (entre 4 a 6 semanas) junto con bajas tasas de remisión sintomática. En diversos estudios clínicos se observó que a las 24 horas de la administración de brexanolona las pacientes presentaban una significativa mejoría de la sintomatología depresiva (reducción de los valores de la escala de Depresión de Mont-

gomery-Asberg, MADRS en sus siglas en inglés). Esta mejoría sintomática se sostenía, inclusive, hasta el séptimo día post-administración del fármaco. Esta rapidez de acción antidepresiva de la brexanolona, favorece la recuperación en breve tiempo de las pacientes depresivas, reduciendo el riesgo de autolesiones y el riesgo para el propio bebé, como consecuencia de la falta de atención o interacción/cuidados por parte de la madre (17, 35).

También se ha evidenciado una significativa disminución de la sintomatología depresiva en pacientes con DPP con la administración de 90 µg/kg/h de brexanolona, más allá del antidepresivo utilizado hasta ese

Figura 6

Señalización GABAérgica en el periodo perinatal y su afectación por las fluctuaciones de los niveles de neuroesteroides y cambios en la expresión de las subunidades del receptor GABA-A.



momento (por ejemplo, sertralina, bupropión). Esta mejoría sintomática se reflejaba en una reducción significativa ($p=0.028$) a las 60 horas de infusión de brexanolona en los valores de la escala HAM (Escala de

Depresión y Ansiedad de Hamilton). El efecto terapéutico sostenido (durante al menos 1 mes posterior a la única administración endovenosa) es una arista que le brinda a esta molécula una importancia destacada

Tabla 4

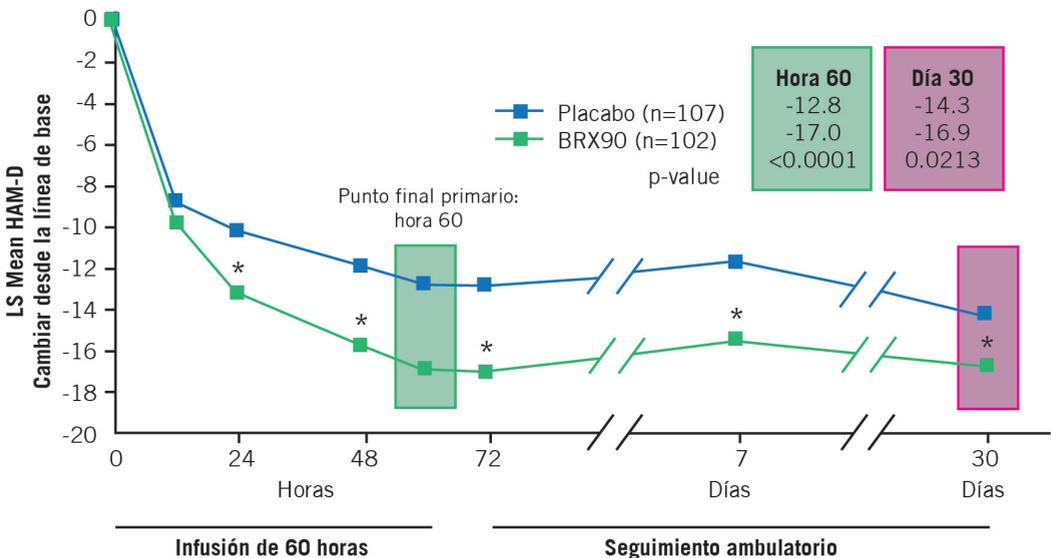
Esquema de dosis de brexanolona.

Tiempo (horas)	Dosis de brexanolona
0 a 4	Iniciar con 30 µg/kg/h
4 a 24	Incrementar a 60 µg/kg/h
24 a 52	Incrementar a 90 µg/kg/h (se podría reducir a 60 µg/kg/h, si no es bien tolerada)
52 a 56	Reducir la dosis a 60 µg/kg/h
56 a 60	Reducir a 30 µg/kg/h

Adaptado de Powell J, et al. *Annals of Pharmacotherapy*. 2020, 54(2): 157-163.

Figura 7

Mejoría de los valores de la escala HAM-D con la administración de brexanolona vs placebo.



Modificado de Meltzer-Brody S, et al. *Neurobiology of Stress*. 2020.

dentro del arsenal terapéutico actual de la depresión periparto (35, 36). Se ha observado que las pacientes tratadas con 60 µg/kg/h de brexanolona presentan un efecto clínico sostenido, aún mayor que aquellas mujeres tratadas con dosis superiores de la droga (32).

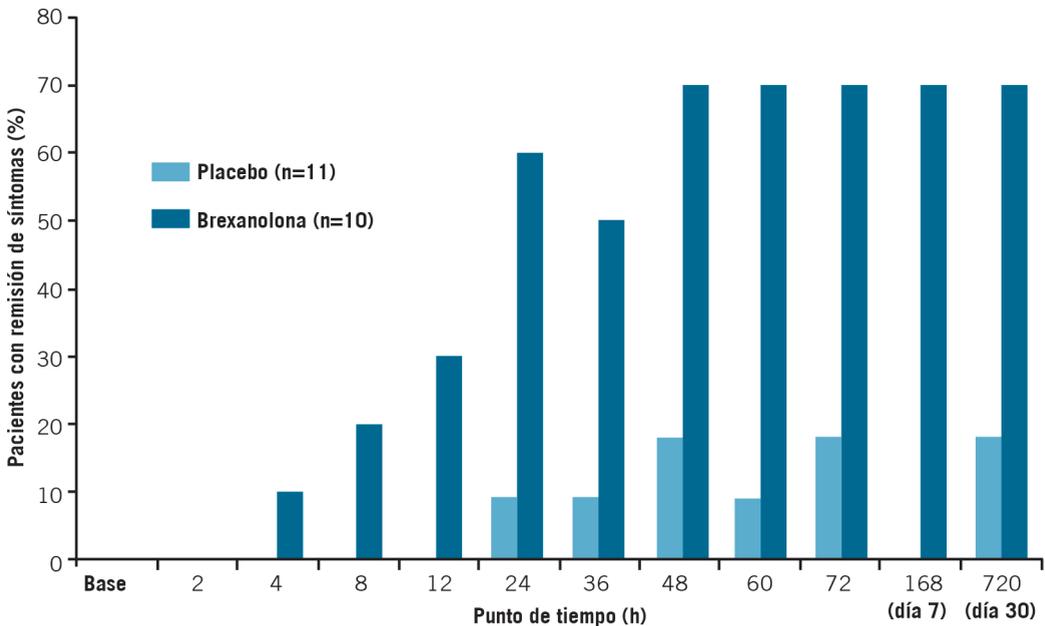
Además de la rápida mejoría de la sintomatología depresiva, el tratamiento con brexanolona ha demostrado generar elevadas tasas de remisión sintomática en mujeres con DPP. En un estudio clínico doble ciego, aleatorizado, controlado con placebo se observó que el 70 % de las pacientes tratadas con brexanolona presentaron una remisión sintomática (valor de la escala HAM-D ≤7) en comparación con el 9 % de las pacientes del grupo placebo (p=0.0364) a las 24 ho-

ras de la infusión (17). A los 3 días del inicio de la infusión de la droga, el 80 % de las pacientes tratadas con brexanolona remitieron sus síntomas en forma significativa vs el 20 % del grupo placebo (p=0.0335) (17).

Otro estudio clínico evaluó la eficacia y seguridad de la brexanolona en mujeres con DPP severa. Se observó una mejoría de la sintomatología depresiva en forma rápida y sostenida determinada por medio de diversas escalas (HAM-D, EDPPE, GAD-7) (37). Los valores de todas las escalas disminuyeron luego del inicio de la terapia con brexanolona y permanecieron bajas a través de todo el período de administración del fármaco hasta el final de su infusión (a las 60 horas). Asimismo, al obtenerse una reducción menor de 7 puntos en la escala HAM-D, se

Figura 8

Tasas de remisión de la sintomatología depresiva en pacientes con DPP tratadas con brexanolona vs placebo.



Modificado de Kanes S, et al. Lancet. 2017.

logró la remisión sintomática de las pacientes (37) (Ver Figuras 9 y 10).

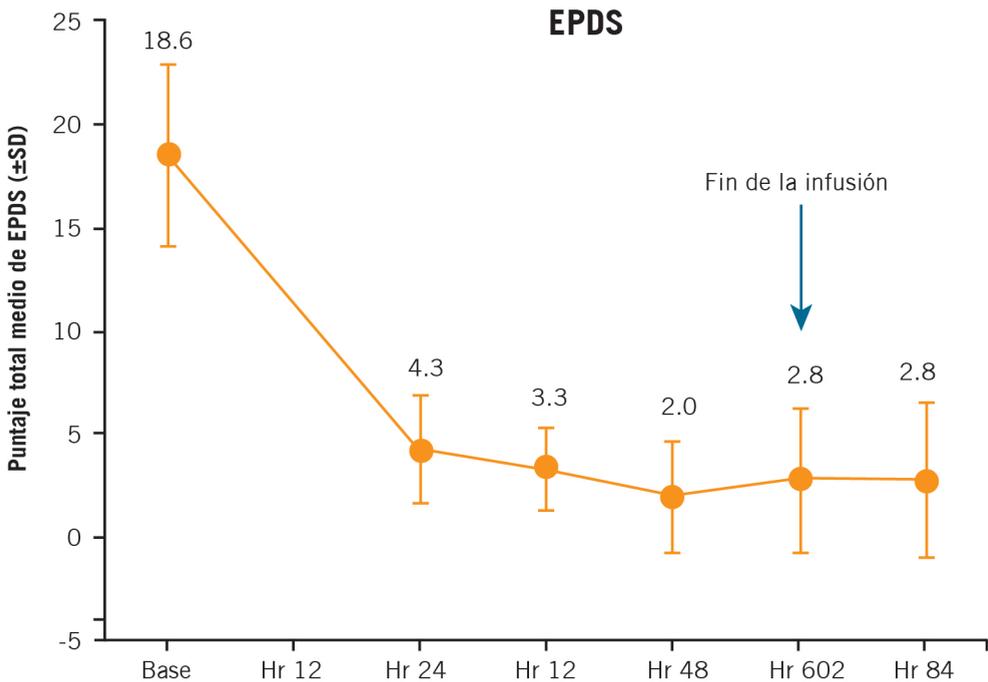
Dentro de los efectos adversos más frecuentes (mayor al 10 %) que se observan con el tratamiento con brexanolona se incluyen: cefalea, mareos, somnolencia/sedación, xerostomía, sofocos. En los casos de pacientes que presentaron pérdida de la conciencia en los estudios clínicos, se recuperaron completamente entre los 15 y 60 minutos de la interrupción de la administración de la dosis del fármaco. En los casos de las pacientes que presentan un empeoramiento de la sin-

tomatología depresiva o incluso desarrollan ideación o comportamiento suicida se debe considerar la suspensión de la administración de la droga en forma completa. Cabe destacar que aunque se administre a casi el doble de la mayor dosis recomendada (90 µg/kg/día), brexanolona genera un aumento mínimo del intervalo QTc (23, 35).

Se postula que la administración combinada de la terapia actual con antidepresivos junto a brexanolona sería la mejor opción terapéutica para lograr una rápida mejoría clínica y un alivio sostenido de la sintomatología depresiva en las mujeres con DPP mo-

Figura 9

Cambios en los valores de la Escala de Depresión Postparto de Edinburgo (EDPPE) con el tratamiento con brexanolona.



Modificado de Kanes SJ, et al. Hum Psychopharmacol.2017.

derada a severa, con el objetivo de lograr un mayor impacto a nivel de la calidad de vida de la madre y su hijo/a (32). Actualmente se está llevando a cabo un estudio clínico de fase 3 que evalúa la eficacia y seguridad de brexanolona en pacientes adolescentes (15-17 años) con diagnóstico de DPP (23, 38).

Estado actual de la investigación clínica en Depresión Periparto

Actualmente están siendo desarrollados diversos fármacos para el tratamiento de la depresión periparto (DPP): ganaxolona y zu-

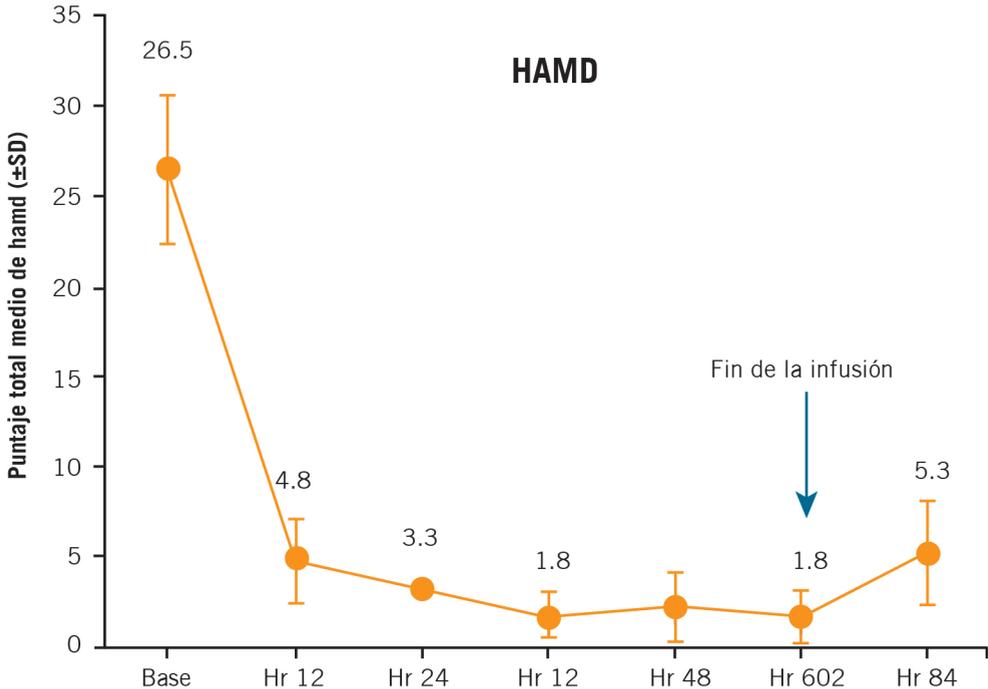
ranolona (también denominada como SAGE-217) (Ver Figura 11).

La **ganaxolona** es un neuroesteroide que modula al receptor GABA-A, actualmente en fase 2 de la investigación farmacoclínica. Al igual que la brexanolona, también se administra por vía intravenosa, aunque se está desarrollando una formulación oral de este fármaco. La indicación terapéutica de la ganaxolona sería el tratamiento de la depresión postparto severa (25, 30, 32, 39, 41, 42).

Por otro lado, otra de las moléculas bajo investigación actual es la **zuranolona (SAGE-217)**, un análogo de la alopregnanolona, de

Figura 10

Cambios en los valores de la Escala de Depresión de Hamilton desde el momento basal hasta el final de la infusión de brexanolona.



Modificado de Kanés SJ, et al. Hum Psychopharmacol.2017.

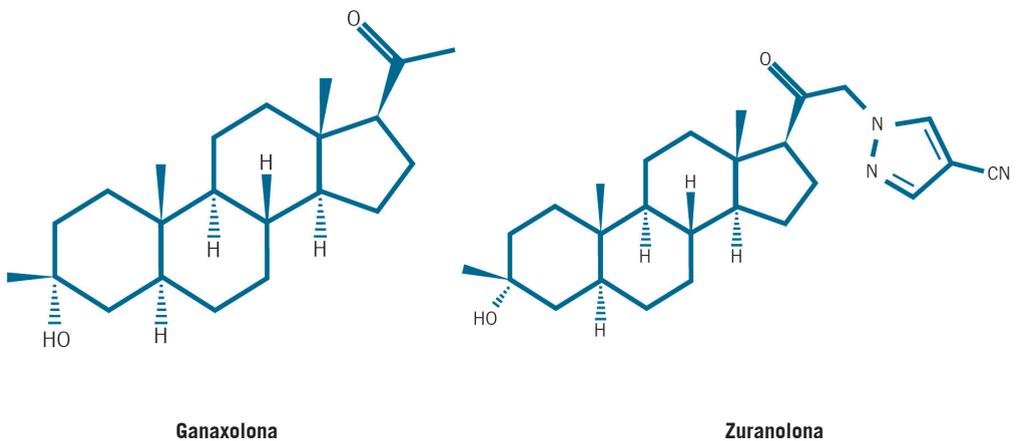
administración oral en 1 sola toma diaria. La zuranolona también actúa como un modulador alostérico positivo de los receptores GABA-A. Presenta un perfil farmacocinético y de metabolismo mejorado en comparación con la brexanolona (menor *clearance* con la consecuente mayor biodisponibilidad por vía oral, que permite una administración más cómoda). Actualmente se encuentra en fase 3 del desarrollo clínico con antecedentes de resultados positivos en estudios clínicos recientes (mejoría de los síntomas depresivos con dosis de 30 mg/día en el primer día de tratamiento, que se sostienen hasta 2 semanas posteriores al cese del tratamiento). En otro ensayo clínico se evidenció una rápida respuesta terapéutica (en el tercer día post-administración) con un efecto sostenida hasta 4 semanas post-tratamiento (31, 32). Esta droga recibió la designación regulatoria de terapia de avanzada por la FDA para el tratamiento del trastorno depresivo

mayor (TDM) y la depresión postparto. Además, se encuentra en fase 2 para el tratamiento del insomnio y la depresión bipolar (25, 30-32, 39, 40).

Cabe mencionar por último, que actualmente existe un estudio clínico de fase 2 que está evaluando la seguridad, farmacocinética y eficacia antidepresiva de dosis sub-anestésicas de ketamina por vía intravenosa (IV) en pacientes con diagnóstico de depresión perinatal (DSM-5) (43). Las pacientes incluidas en este ensayo clínico son mujeres de 18 a 45 años, que han experimentado un episodio depresivo durante el periodo perinatal dentro de las primeras 4 semanas posteriores al parto y con una sintomatología depresiva moderada a severa, con respuesta parcial o ausente a la dosis adecuada de antidepresivos ISRS durante más de 6 semanas. Es importante recalcar que las pacientes, durante el periodo de enrola-

Figura 11

Estructura química de los fármacos en investigación para DPP: ganaxolona y zuranolona.



miento al estudio clínico, deben mantener la dosis de antidepresivo que actualmente están recibiendo como tratamiento.

En resumen, existen aún moléculas bajo investigación clínica, como es el caso de la ganaxolona y zuranolona, con el potencial de mejorar las características farmacológi-

cas y farmacoterapéuticas de la brexanolona (por ejemplo, su vía de administración, posología, etc.) que optimizarían el tratamiento a futuro de las mujeres con DPP en el caso de ser aprobadas por las autoridades regulatorias.

Referencias bibliográficas

- 1. Sharma Verinder and Sharma Priya. Postpartum and depression: diagnostic and treatment issues. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012, 34: 436-442.
- 2. Garcia-Esteve Lluisa, Valdés Miyar Manuel. *Manual de Psiquiatría Perinatal. Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia.* Editorial Médica Panamericana. 2017.
- 3. Jadresic Enrique. Depresión perinatal: detección y tratamiento. *Rev Med Clin Condes.* 2014, 25(6): 1019-1028.
- 4. Mesches G, Wisner K, Betcher H, et al. A Common Clinical Conundrum: Antidepressant Treatment of Depression in Pregnant Women. *Seminars in Perinatology.* 2020, doi.org/10.1016/j.semperi.2020.151229.
- 5. Hirst Kathryn & Moutier Christine. Postpartum major depression. *Am Fam Physician.* 2010, 82(8): 926-933.
- 6. Jufe Gabriela, Wikinski Silvia. *El tratamiento farmacológico en Psiquiatría. Indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional.* Editorial Médica Panamericana. 2ª edición, año 2013.
- 7. Fischer Fumeaux C, Morisod Harari M, Weisskopf E, et al. Risk-benefit balance assessment of SSRI antidepressant use during pregnancy and lactation based on best available evidence – an update. *Expert Opinion on Drug Safety.* 2019, DOI: 10.1080/14740338.2019.1658740.
- 8. Vitale S, Laganá A, Muscatello MR, et al. Psychopharmacotherapy in pregnancy and breastfeeding. *Obstetrical and Gynecological Survey.* 2016, 71(12): 721-733.
- 9. Halsband S, Lorenzo L y Vázquez G. Actualización clínica y psicofarmacológica de los trastornos depresivos, los trastornos bipolares y la depresión perinatal. Editorial Polemos. 1ra edición, año 2019. Capítulo 3: Depresión Perinatal: clínica y tratamiento.
- 10. Stewart DE, Vigod S. Postpartum depression. *N. Engl. J. Med.* 2016, 37:2177–86.
- 11. Stewart Donna and Vigod Simone. Postpartum depression: pathophysiology, treatment and emerging therapeutics. *Annual Review of Medicine.* 2019, 70: 183-196.
- 12. Appiani Francisco. *Psicofármacos, embarazo y lactancia. Uso y seguridad.* Librería AKADIA Editorial. Segunda edición. Año 2016.
- 13. Hallberg P, Sjoblom V. The use of selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and

breastfeeding: A review and clinical aspects. *J Clin Psychopharmacol*. 2005, 25: 59-73.

- 14. Sun Y, Werenberg Dreier J, Liu X, et al. Trend of antidepressants before, during, and after pregnancy across two decades - A population based study. *Brain and Behavior*. 2019; 9:e01441.
- 15. Samochowiec J, Rybakowski J, Galecki P, et al. Recommendations of the Polish Psychiatric Association for the treatment of affective disorders in women of childbearing age. Part I: treatment of depression. *Psychiatr Pol*. 2019, 53: 245-262.
- 16. Cox E, Sowa N, Meltzer-Brody S, et al. The Perinatal Depression Treatment Cascade: Baby Steps Toward Improving Outcomes. *J Clin Psychiatry*. 2016, 77(9): 1189-1200.
- 17. Kanes S, Colquhoun H, Gunduz-Bruce H, et al. Brexanolone (SAGE-547 injection) in postpartum depression: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2017, 390: P480-89.
- 18. Molenaar N, Kamperman AM et al. Guidelines on treatment of perinatal depression with antidepressants: an international review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2018, 52: 320-27.
- 19. Sriraman N, Melvin K, Meltzer-Brody S, et al. ABM Clinical Protocol 18. Use of antidepressants in breastfeeding mothers. *Breastfeeding Medicine*. 2015, 10(6): 290-299.
- 20. Yonkers K, Wisner K, Stewart D, et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009, 31(5): 403-413.
- 21. O'Hara Michael and Engeldinger Jane. Treatment of Postpartum Depression: recommendations for the Clinician. *Clinical Obstetric and Gynecology*. 2018, 61(3): 604-614.
- 22. SIGN 127. Management of Perinatal Mood Disorders. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). 2012.
- 23. Scott Lesley. Brexanolone: First global approval. *Drugs*. 2019, doi.org/10.1007/s40265-019-01121-0.
- 24. Wisner K, Stika C, Ciolino J. The first Food and Drug Administration-indicated drug for postpartum depression - Brexanolone. *JAMA Psychiatry*. 2019, June 26. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.1546.
- 25. Wilkinson ST, Sanacora G. A new generation of antidepressants: an update on the pharmaceutical pipeline for novel and rapid-acting therapeutics in mood disorders based on glutamate/GABA neurotransmitter systems. *Drug Discov Today*. 2019, 24(2): 606-615.
- 26. Food and Drug Administration (FDA) Full prescribing information. Brexanolone (Zulresso). 2019. Link: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2019/211371lbl.pdf
- 27. Luscher Bernhard and Mohler Hanns. Brexanolone, a neurosteroid antidepressant, vindicates the GABAergic deficit hypothesis of depression and may foster resilience. *F1000Research* 2019, 8 (F1000 Faculty Rev):75.1.
- 28. McEvoy K, Osborne LM. Allopregnanolone and reproductive psychiatry: an overview. *International Review of Psychiatry*. 2019, DOI:10.1080/09540261.2018.1553775.
- 29. Pluchino N, Ansaldi Y, Genazzani A. Brain intracranialology of allopregnanolone during pregnancy and hormonal contraception. *Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation*. 2019, 20180032: 1-6.
- 30. Frieder A, Ferst M, Hainline R, et al. Pharmacotherapy of Postpartum Depression: Current Approaches and Novel Drug Development. *CNS Drugs*. 2019, 33(3):265-282.
- 31. Meltzer-Brody S, Kanes SJ, Allopregnanolone in Postpartum Depression: Role in Pathophysiology and Treatment. *Neurobiology of Stress*. 2020, doi.org/10.1016/j.ynstr.2020.100212.

- 32. Powell J, Garland S, Preston K, et al. Brexanolone (Zulresso): Finally, an FDA-Approved treatment for Postpartum Depression. *Annals of Pharmacotherapy*. 2020, 54(2): 157-163.
- 33. Hoffman E, Wald J, Colquhoun H. Evaluation of breast milk concentrations following brexanolone IV administration to healthy lactating women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019, S556: poster 850.
- 34. US National Library of Medicine. Toxicology data network. Brexanolone. Link: <https://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/search2>. Accessed April 15, 2019.
- 35. Clemson C, Meltzer-Brody S, Colquhoun H, et al. Brexanolone IV efficacy in postpartum depression in three pivotal trials: montgomery-asberg depression rating scale assessment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019, S69: Poster 86.
- 36. Meltzer-Brody S, Colquhoun H, Riesenberg R, et al. Efficacy of brexanolone injection in subjects with postpartum depression with and without baseline antidepressant therapy: insights from an integrated analysis of three trials. *Biological Psychiatry*. 2019, 85: S130-S379. Poster F73.
- 37. Kanes SJ, Colquhoun H, Doherty J, et al. Open-label, proof-of-concept study of brexanolone in the treatment of severe postpartum depression. *Hum Psychopharmacol*. 2017; 32(2). doi: 10.1002/hup.2576.
- 38. Clinicaltrials code NCT03665038. A Multicenter, Open-Label Study Evaluating the Safety, Tolerability, and Pharmacokinetics of Brexanolone in the Treatment of Adolescent Female Subjects With Postpartum Depression.
- 39. Ragguett RM, Tamura JK, McIntyre RS. Keeping up with the clinical advances: depression. *CNS Spectrum*. 2019, 28:1-9.
- 40. Mehta R, Bhandari R, Kuhad A, et al. Zuranolone. GABA-A receptor positive allosteric modulator, Treatment of major depressive disorder, Treatment of postpartum depression. *Drugs of the Future*. 2019, 44(6): 443.
- 41. Clinicaltrials code NCT03460756. A Phase 2, Double-blind, Placebo-controlled, Multicenter Study to Evaluate Safety, Tolerability, and Efficacy of Oral Administration of Ganaxolone in Women With Postpartum Depression.
- 42. Clinicaltrials code NCT03228394. A Phase 2A, Double-blind, Placebo-controlled, Multiple-dose Escalation Study to Evaluate Safety, Pharmacokinetics and Efficacy of Intravenously Administered Ganaxolone in Women With Postpartum Depression.
- 43. Clinicaltrials code NCT04011592. Efficacy And Tolerability Of Sub-Anesthetic Ketamine In Postpartum Depression.

Importancia del abordaje multidisciplinario en la depresión periparto

Julietta D'Orazio, Alexis Mejías Delamano, Floencia Nocita, Mauro Ghersi

Cuando una mujer presenta depresión periparto, el abordaje y los tratamientos a realizar incluyen tanto a la madre como a su hijo, ya sea en relación al tratamiento psicológico como desde el abordaje psicofarmacológico. Allí radica la importancia de trabajar de manera interdisciplinaria los aspectos perinatales, observando en las maternidades los protocolos y las prácticas habituales en torno al nacimiento. Allí, en las maternidades, donde prevalece el intervencionismo y la hegemonía médica y, además, se otorga poca trascendencia a los aspectos psicológicos perinatales, resulta importante poner foco en la Salud Mental, dada la alta prevalencia de depresión de inicio periparto, lo cual constituye un gran problema de Salud Pública.

¿Por qué es importante el trabajo multidisciplinario en depresión periparto? La atención a la Salud Mental, tanto desde la perspectiva del tratamiento psicológico y farmacológico, de ser necesario, como así también, desde la visión preventiva es fundamental en este periodo de la vida tan vulnerable, y, mucho más aún, ante la presencia de un cuadro psicopatológico. Es importante realizar el seguimiento tanto del feto como del neonato. Para ello se requiere que tanto el obstetra como el pediatra, realicen los controles y sepan qué fármaco se está administrando

a la madre para poder detectar las posibles complicaciones o síndromes perinatales (1).

A continuación se describe el rol, las funciones y la importancia de cada uno de los profesionales que intervienen en el cuidado de la diada madre-hijo, en las diferentes etapas del periodo perinatal: profesionales de la Psicología Perinatal, Psiquiatría Perinatal, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Asistencia Psicosocial.

Psicología Perinatal

El psicólogo perinatal acompaña el desarrollo de las relaciones vinculares de la madre, el hijo y el padre o aquellas personas significativas que acompañan la diada, a través del estudio del embarazo, parto y puerperio y la relación vincular del bebé, que depende exclusivamente de esa madre.

La Psicología Perinatal puede contribuir con recursos y bastas herramientas para la gestante que padece depresión periparto a través de abordajes individuales y grupales que faciliten la cercanía corporal y los sentimientos de maternaje. Estas herramientas clínicas estarían relacionadas con la mejoría de la depresión y la protección del apego y el auspicio del vínculo madre e hijo (2).

Es importante ayudar a la madre a expresar sus emociones y poner en palabras la situación de crisis por la que está atravesando. La Dra. Alicia Oiberman (2011) sostiene que “la palabra emerge a partir de que el psicólogo mismo pone el cuerpo junto al de la madre, al del niño y al equipo médico. Y es la palabra la que contribuye a facilitar la dimensión emocional de la maternidad y ubicar al niño en el encadenamiento histórico familiar, posibilitando su nacimiento psicológico” (3).

La consulta psicológica prenatal es un buen complemento de la atención médica obstétrica, ya que ayuda a la mujer gestante y su entorno a atravesar un embarazo, parto y puerperio de forma saludable. El psicólogo perinatal brinda apoyo al equipo médico para fomentar el vínculo de la madre y su bebé, enfatizando la dimensión emocional para poder intervenir ante las dificultades que puedan surgir. Asimismo, es relevante el rol de un instrumento que permite realizar un efectivo tamizaje de la depresión periparto, como es la Entrevista Psicológica Perinatal (EPP). Esta entrevista colabora para que los otros profesionales de la salud conozcan la dimensión emocional de las madres, dado que es la forma más clara de realizar un trabajo multidisciplinario.

La psicología perinatal trabaja fundamentalmente de manera interdisciplinaria con otros profesionales de la Salud Perinatal: médicos psiquiatras, asesoras de crianza, puericultoras, etc. Por tal motivo, si la mujer padeciera depresión perinatal, el abordaje y los tratamientos a realizar incluirían tanto a la madre como a su hijo, desde el abordaje psicológico como psicofarmacológico, además de las consultas pediátricas y obstétricas para chequear la salud clínica de

la diada e ir detectando posibles complicaciones (4).

Psiquiatría Perinatal

Las situaciones clínicas más frecuentes en las cuales el médico psiquiatra puede intervenir en casos de depresión periparto (DPP) son la interconsulta solicitada por parte de sus colegas ginecólogos u obstetras y en los casos que una paciente bajo tratamiento psiquiátrico quede embarazada (5). Desde el punto de vista interdisciplinario, el primer escenario implica la necesidad de que durante los controles/consultas gineco-obstétricas se efectúen las evaluaciones necesarias a la paciente con el fin de detectar en forma precoz cualquier tipo de sintomatología depresiva que puede llevar al diagnóstico oportuno de DPP. Esto se podría llevar a cabo por medio del uso de una herramienta de tamizaje de DPP: la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (ED-PPE). Se sugiere la utilización del valor de corte de 11 puntos durante el primer trimestre y de 10 puntos en el segundo y tercer trimestre de embarazo (5).

El médico especialista en Psiquiatría, y, especialmente, aquel psiquiatra formado en Psiquiatría Perinatal posee un rol importante como integrante de un equipo multidisciplinario que vela por la Salud Mental de la mujer en el periodo perinatal. Inclusive, se puede considerar a la Psiquiatría Perinatal dentro de otra reciente subespecialidad llamada Psiquiatría Reproductiva, la cual involucra el estudio, evaluación y tratamiento de los trastornos psiquiátricos durante el ciclo reproductivo de la mujer (menarca, periodos menstruales, etapa perinatal, perimenopausia) (6, 7).

Actualmente, en la República Argentina, la Psiquiatría Perinatal no es una subespecialidad reconocida dentro de la Psiquiatría de Adultos, ya que no existen organismos oficiales que acrediten dicha formación/sub-especialidad. Asimismo, tampoco existen Servicios de Psiquiatría o Salud Mental Perinatal (SMP) en instituciones de salud, ya sean públicas (hospitales) como privadas (clínicas, sanatorios). Por el contrario, en otros países (por ejemplo, Estados Unidos, Canadá, España) existen servicios de Psiquiatría Perinatal o programas donde se interviene en patologías de la etapa perinatal en forma organizada a través de recursos humanos formados. De acuerdo a las experiencias de Servicios de Psiquiatría Perinatal en determinados países del mundo (por ejemplo, España y Estados Unidos) (8-12), las actividades que lleva a cabo un médico formado en Psiquiatría Perinatal incluyen:

- Planificación del embarazo en mujeres con patología psiquiátrica (tratadas o no con psicofármacos).
- Confección de planes terapéuticos individualizados durante el embarazo, parto y posparto.
- Tratamiento psiquiátrico en el posparto
- Evaluación y tratamiento ante un duelo perinatal
- Asesoramiento a especialistas que atienden mujeres con problemáticas de SMP (pediatras, ginecólogos, obstetras, médicos de familia).

Una revisión del año 2016 publicada en la *Harvard Review of Psychiatry* (13) resume una serie de recomendaciones obtenidas a partir de la evaluación de diversos trabajos relacionados a las herramientas que tienen a disposición los psiquiatras para realizar el tamizaje de DPP, el momento para realizar-

lo, los mejores sitios para llevarlo a cabo y el perfil de pacientes a realizar el tamizaje de la patología. Estas recomendaciones se resumen en la tabla 1 (Ver Tabla 1).

Pediatría

El rol del pediatra en el abordaje multidisciplinario de una mujer con depresión periparto puede comenzar, en muchas ocasiones, con la detección de dicha patología, ya que puede tener un primer contacto con los síntomas maternos en las consultas del recién nacido. Por ello, la sospecha de este trastorno es de suma importancia para poder reconocerlo clínicamente y que, a pesar de no cumplir con todos los criterios diagnósticos, se intente prevenir el desarrollo de este cuadro en madres con síntomas depresivos incipientes. De esta forma, abriendo el diálogo con la madre no solo con preguntas sobre el bebé, sino también sobre sus sensaciones, miedos, incertidumbres en esta nueva etapa y conectando a aquellas madres que lo requieran con profesionales especialistas en Psicología y Psiquiatría Perinatal. De esta manera, se podrán evitar posibles complicaciones que impliquen trastornos mentales en la madre, alteraciones en el proceso de lactancia, en el apego y, a futuro, trastornos del comportamiento y neurodesarrollo del niño (14).

Los pediatras tienen una gran oportunidad de mejorar en forma significativa la vida de los niños y, por supuesto, de sus madres y entorno familiar, al realizar una detección temprana de la DPP. Debido a que la frecuencia de los controles periódicos de los niños, el tamizaje sistemático de DPP en las madres puede llevarse a cabo en múltiples ocasiones en el intervalo del primer año (15). La Academia Americana de Pediatría

Tabla 1

Recomendaciones para realizar un adecuado tamizaje de depresión perinatal.

<p>1. Con respecto al tipo de herramienta de tamizaje a utilizar, esta revisión sugiere la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPPE), ya que constituye la principal escala a nivel mundial para detectar una mujer con DPP, sumada la evaluación clínica. Además, este trabajo aboga que los psiquiatras estimulen el uso de esta herramienta por sus colegas no psiquiatras (ginecólogos, pediatras, médicos de familia) para poder detectar DPP.</p>
<p>2. En relación al tiempo del tamizaje, se recomienda realizar una evaluación inicial, teniendo en cuenta que las mujeres con valores elevados en la EDPPE continuarán con dichos valores durante un tiempo, por lo que es importante realizar un seguimiento longitudinal en el tiempo con múltiples evaluaciones. Es importante que los médicos psiquiatras que trabajan en instituciones de salud colaboran junto a los obstetras para detectar DPP tan pronto se lleve a cabo el parto y aquellos que trabajan en forma ambulatoria, que se encuentran atentos a detectar en forma precoz DPP dentro del primer mes del parto.</p>
<p>3. Los lugares donde se debe efectuar el tamizaje de DPP incluyen los centros de atención primaria, las consultas con el pediatra y los controles obstétricos.</p>
<p>4. En relación a la derivación al médico especialista en Psiquiatría, apenas se realice la detección de la DPP se debe derivar oportunamente para asegurar un mejor diagnóstico y tratamiento de la mujer.</p>
<p>5. En los casos de mujeres con historia previa de depresión, el riesgo de desarrollar DPP aumenta un 25%, por lo que se debe considerar un control clínico en forma cercana luego de la primera evaluación de tamizaje.</p>
<p>6. En la situación en la que una paciente con diagnóstico de depresión que está recibiendo medicación antidepresiva y quede embarazada, es importante realizar una evaluación de riesgos/beneficios ante la disyuntiva de continuar la medicación o suspender, teniendo en mente las consecuencias de cada una de estas decisiones.</p>
<p>7. Con respecto al tratamiento de las mujeres con DPP, se sugiere la complementación de la terapia psicofarmacológica con intervenciones psicosociales.</p>
<p>8. Es importante que el psiquiatra tenga un elevado índice de sospecha de depresión durante el embarazo y, en especial, en las mujeres que atraviesan el periodo postparto.</p>
<p>9. Es relevante que el psiquiatra evalúe el nivel de apoyo que tiene la mujer embarazada (familia, amistades, atención sanitaria, etc.) y facilitar los canales de comunicación con ella durante su embarazo.</p>

(AAP - *American Academy of Pediatrics*) recomienda fuertemente a los pediatras que lleven cabo un tamizaje de depresión perinatal, habiéndose demostrado que la proporción de pediatras que realizan esta medida ha crecido durante el tiempo (15). Se suele recomendar efectuar un tamizaje de depresión materna una vez durante el embarazo y posteriormente durante las visitas del infante al primer, segundo, cuarto y sexto mes de edad (16, 17).

Por otro lado, el pediatra también tendrá un rol importante en el caso de que la madre, luego de su diagnóstico, requiera la toma de medicación ya que, en el caso de continuar con la lactancia, es de buena práctica realizar una vigilancia y control de los posibles efectos adversos medicamentosos. El control puede ser diario en el caso de una hospitalización conjunta de la madre y el lactante o en forma periódica, con controles ambulatorios más frecuentes, si ambos se encuentran en su hogar (18). Asimismo, es fundamental controlar los aspectos neurológicos, los ritmos de sueño, el temperamento y la motricidad del niño, dado que son las áreas que pueden ser afectadas en la intoxicación farmacológica.

Es indispensable que el pediatra realice un seguimiento del bebé desde antes del inicio del tratamiento. No es recomendable que se determinen los niveles plasmáticos del psicofármaco en el bebé, salvo en caso de sospecha de intoxicación. En el caso que el bebé presente bajo peso corporal, sea prematuro o tenga complicaciones clínicas, se requerirá que los controles sean rutinarios. El metabolismo del lactante varía en función de su edad, es menor en los primeros meses de vida o en caso de prematuridad, su capacidad es un tercio en relación a la del adul-

to y, es aún menor, en el caso de neonatos que presentan hiperbilirrubinemia, con lo cual es importante el estricto control, dado que los psicofármacos en su mayoría se metabolizan por vía hepática. Esta capacidad de metabolización se incrementa a medida que el niño crece, aproximadamente a los 3 meses, siendo mayor que la de los adultos. Si se observan síntomas clínicos y los niveles plasmáticos son elevados, se suspenderá la lactancia o se disminuirán las tomas, en la medida de lo posible (19). Ante ambos casos sería de gran importancia poder mantener una comunicación con los profesionales encargados del tratamiento, tanto psicofarmacológico como psicológico, para lograr una visión más integral y completa de la situación.

Ginecología y Obstetricia

El trabajo de prevención de la depresión periparto debería ser realizado por un equipo interdisciplinario, en el que se coordinen las funciones de cada profesional de manera de poder asistir de forma integral a la mujer embarazada para poder evitar que la mujer llegue a padecer esta patología tan frecuente. Como se destacó en el capítulo 1, el primer contacto de la mujer embarazada es con el médico obstetra, quien solicita diversos análisis de laboratorio, aplicación de vacunas, realiza la consejería en hábitos de salud, detección de infecciones y deriva si es necesario a diferentes especialidades como es el caso de Nutrición, Odontología, etc. El obstetra es quien lleva adelante el control del embarazo para detectar posibles complicaciones y prevenir, sobre todo, la mortalidad materna-infantil (20).

En el contexto de la práctica del médico especialista en Ginecología y Obstetricia, se

puede llevar a cabo una serie de medidas de diagnóstico y tratamiento de diversos trastornos ginecológicos, obstétricos y endocrinológicos durante el periodo del postparto. Es conocido que los desequilibrios hormonales constituyen factores predisponentes de depresión perinatal. Por este motivo, es de buena práctica realizar una pesquisa de este tipo de alteraciones. Se tratara de evaluar mediante estudios de laboratorio los siguientes parámetros (20):

- **Cortisol plasmático:** es un indicador de estrés crónico, que puede estar padeciendo la mujer púérpera.
- **Perfil hormonal:** estradiol, progesterona y prolactina
- **Glucemia:** importante para descartar la presencia de diabetes gestacional, ya que esta condición clínica podría influir en los estados depresivos.

Respecto a la realización de ecografías, estas ayudan a descartar alteraciones del útero y ovarios, como es el caso de la miomatosis o tumores que podrían afectar a las mujeres en sus perfiles hormonales y, por lo tanto, influir en los estados depresivos (18).

Sin embargo en lo que respecta a la Salud Mental, el profesional en general no tiene la formación adecuada para realizar la detección de cuadros perinatales que afectan la salud psíquica de las mujeres embarazadas, siendo el mismo el primer eslabón en la cadena preventiva para realizar la derivación correspondiente y oportuna, en caso de detectar signos de depresión periparto. Para poder identificar las mujeres en riesgo de desarrollar depresión, resulta esencial aprovechar las consultas de control del embarazo ya que son el medio idóneo para explorar los diversos factores que podrían desencadenar en una depresión periparto (21). La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDP-PE) resulta ser un recurso fundamental para llevar a cabo detecciones a tiempo y derivar

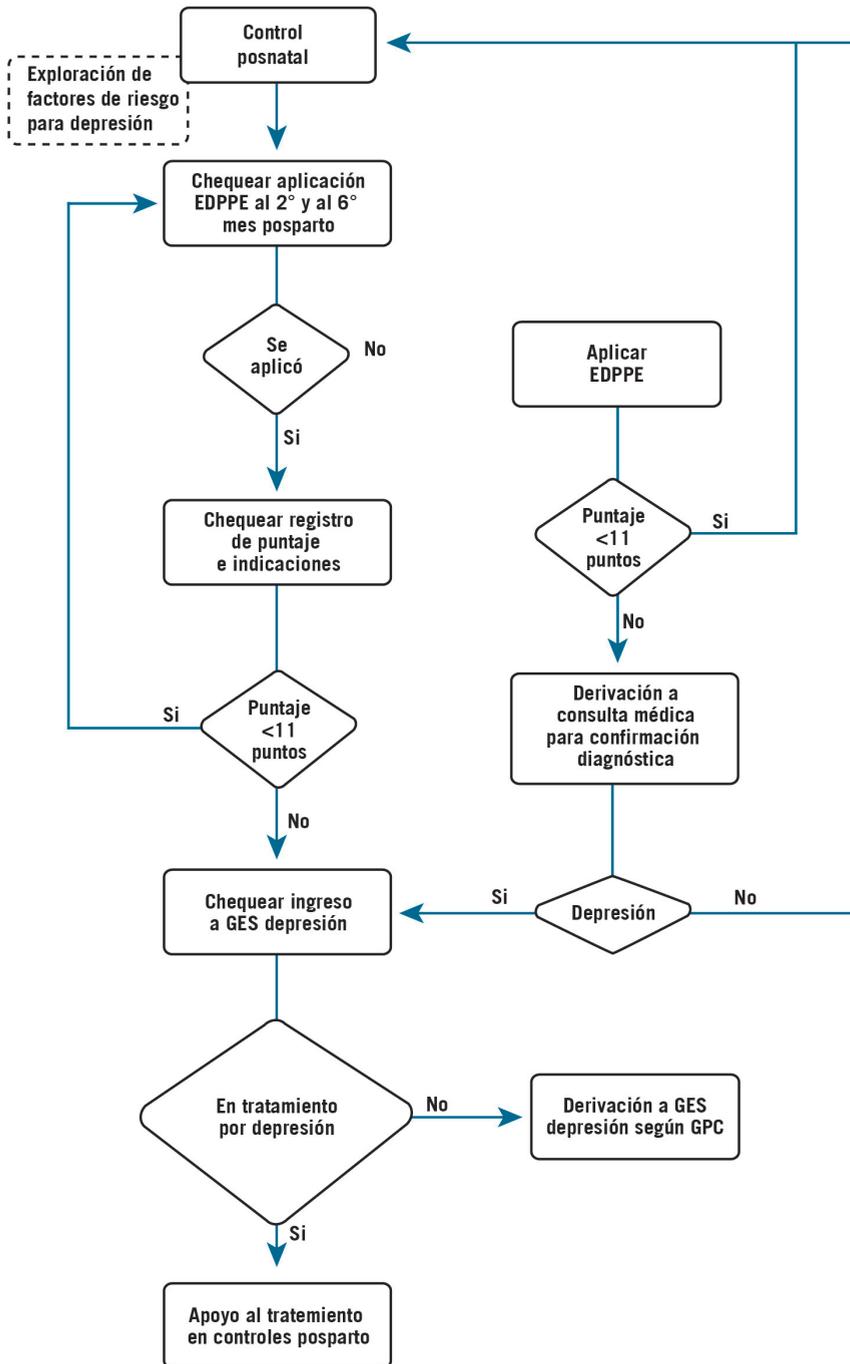
Tabla 2

Recomendaciones para la prevención de depresión periparto. Subsecretaría de Salud Pública de Chile (2014).

1. Los profesionales del área obstétrica y neonatal estén capacitados en la detección y manejo de la depresión: manejo de escalas, como por ejemplo la escala de Edimburgo en el primer o segundo ingreso al control prenatal.
2. Las gestantes que obtengan un corte superior a 10 puntos deberán repetir el cuestionario en las 2 a 4 semanas siguientes (podría responderse el cuestionario por correo electrónico en caso de ser necesario).
3. En caso de puntaje superior a 12 puntos, se debe derivar a una consulta médica para confirmar el diagnóstico y, asimismo, registrar el antecedente de salud en los controles de embarazos subsiguientes, su adherencia a los tratamientos, etc.
4. Durante el posparto, entre los 2 y 6 meses posteriores al nacimiento del bebé es importante aplicar EDPPE si la misma no se ha aplicado anteriormente, además de la detección del riesgo psicosocial de padecer la patología.

Figura 1

Algoritmo de detección de depresión durante el postparto.



Modificado de Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento. Subsecretaría de Salud Pública. Gobierno de Chile. Año 2014.

de manera oportuna a la embarazada a los servicios de Salud Mental (22).

¿Qué acciones se recomiendan para prevenir la depresión periparto?

Dentro de las diversas recomendaciones existentes en términos de prevención de la DPP, una de las más prácticas y adaptadas a la población de mujeres de Latinoamérica son las incluidas en la guía de recomendaciones de la Subsecretaría de Salud Pública de Chile (2014) (21), las cuales se resumen en la tabla 2 (Ver Tabla 2).

Por otro lado, este mismo protocolo de la Subsecretaría chilena de Salud Pública sugiere un algoritmo de detección de depresión postparto y otro sobre la detección de riesgo suicida en mujeres con depresión durante el embarazo o postparto (21) (Ver Figuras 1 y 2).

El Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG en sus siglas en inglés) actualizaron en el año 2015 sus recomendaciones acerca del tamizaje de DPP (23). Recomiendan la detección temprana de síntomas de depresión y ansiedad utilizando herramientas estandarizadas al menos una vez durante el período perinatal.

Asistencia psicosocial

Es sabido que la falta de apoyo social es un factor de riesgo para desarrollar depresión perinatal. La asistencia psicosocial es una potente red de apoyo dado que facilita en la mujer las tareas de esta etapa de maternidad. Las redes de apoyo podrían impedir que la angustia tan esperable en este periodo del ciclo vital, se transforme en un cuadro depresivo (24).

Un estudio realizado en Estados Unidos

(25) destaca que un tercio de las madres cree necesitar ayuda en relación a su salud física y mental y un 26% de las mujeres encuestadas solicita apoyo de otras madres para sentirse más inspiradas. Por este motivo, es importante aprovechar estos espacios de apoyo para mejorar el estado de ánimo de las madres. Las actividades sociales colaboran en el tratamiento de la depresión materna. Estos recursos son complementarios al tratamiento profesional, pero no por eso menos eficaz (25).

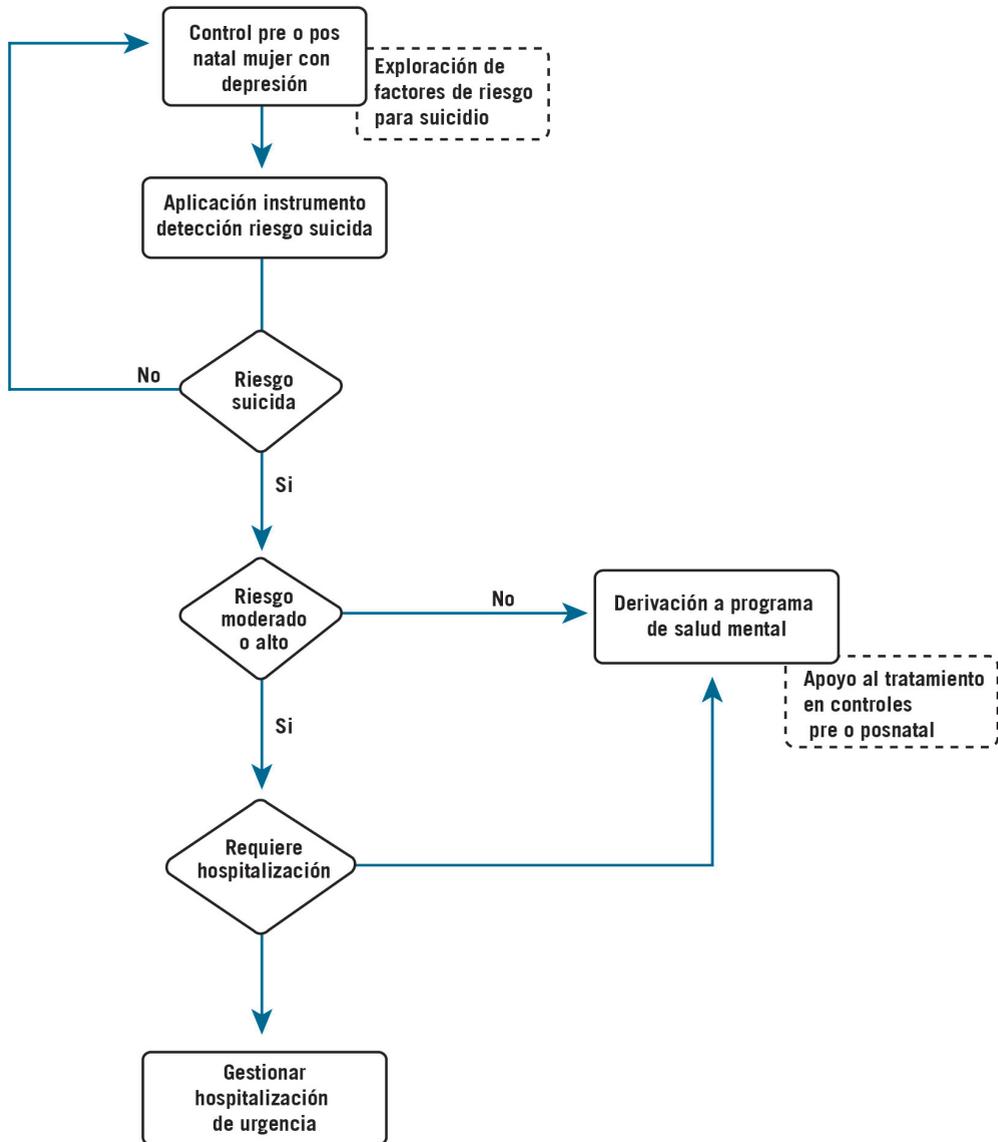
Por esta razón, en países como Estados Unidos existen programas de preparación de personas capaces de prestar eficazmente apoyo a sus iguales, como por ejemplo el “*Sister de the Postpartum Society of Florida*” para madres que se han recuperado de trastornos mentales y que certifican sus labores dentro del sistema sanitario (26).

El grupo de madres mentoras *Sister (Self-Image Support Team and Emotional Resource* - Equipo de Apoyo de Autoimagen y Recurso Emocional) ofrece a la madres y su familias un programa de tutoría de “madre a madre”, en el que además participan como voluntarios, familiares o amigos de las madres que han padecido depresión. Esto posibilita en el grupo un clima de confianza y seguridad, tan necesario para hablar de las dificultades en la maternidad y las emociones que sobrevienen con ellas.

Estos programas mencionados son únicos en su tipo, ya que están conformados por madres que han padecido la enfermedad y se han recuperado. Además de compartir espacios de contención personalizada, ofrecen charlas telefónicas, mensajería o colaboración para encontrar asistencia médica, psicológica u otros grupos, de ser necesario (27).

Figura 2

Algoritmo de detección de riesgo suicida en mujeres con depresión durante el embarazo o postparto.



Modificado de Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento. Subsecretaría de Salud Pública. Gobierno de Chile. Año 2014.

Existe además el Centro de Maternidad de Nueva York, que ofrece a las madres con depresión un programa diario de 5 horas durante 21 días, que incluye los tratamientos individuales y grupales, el manejo de medicamentos, ejercicios de respiración, meditación y terapia vincular madre e hijo. Esta clínica se encuentra compuesta por psicólogos, psiquiatras, terapeutas de arte, instructores de meditación e instructoras de higiene del sueño. Además, ofrecen conjuntamente, espacios de contención para las familias de las madres con depresión y salas nido para los bebés (28).

En resumen, este capítulo intentó destacar la importancia de las múltiples oportunidades que existen para efectuar una temprana detección de las mujeres que presentan

depresión periparto, ya que en los diferentes contactos con los profesionales durante las diversas etapas del periodo perinatal (ginecólogos, obstetras, médicos clínicos, médicos de familia, pediatras) se pueden implementar herramientas de tamizaje de la patología. Asimismo, la intervención en forma interdisciplinaria de los profesionales de Salud Mental (psicólogos perinatales, psiquiatras) en forma de interconsulta en tiempo y forma, como así también, a través de la atención en forma proactiva es de suma importancia. Por lo tanto, la atención de las mujeres embarazadas en forma multidisciplinaria es fundamental para brindar un adecuado cuidado integral de su salud y poder evitar o, en su defecto, detectar precozmente el desarrollo de una depresión periparto.

Referencias bibliográficas

- 1. Rodríguez Muñoz María de la Fé. Psicología perinatal. Teoría y práctica. Editorial Pirámide, España. Primera edición, año 2019. Capítulo 12: Introducción a la psicofarmacología del embarazo y posparto, página 282.
- 2. Olhaberry M, Escobar M, San Cristóbal P, et al. Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Terapia psicológica*. 2013, 31(2), 249-261.
- 3. Oiberman Alicia (2001). La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal. *Revista Psicodebate*. Psicología, Cultura y Sociedad de la Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Palermo. Vol 1.
- 4. Mariscal Diaz B, Kovacs Ojeda A, Orgaz Espuela M, et al. (2013). *Psicología Perinatal: conceptos y actualidad*. Guía del psicólogo del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Mayo 2013, N° 336.

- 5. Vilapriño JJ, Vilapriño Duprat M y Motuca ME. Depresión de difícil manejo. Entre la evidencia y la experiencia. Herramientas diagnósticas y terapéuticas. Editorial Polemos. Primera edición, año 2018. Capítulo 14: Depresión de difícil manejo y embarazo
- 6. Osborne LM, Hermann A, Burt V and National Task Force on Women's Reproductive Mental Health. Reproductive psychiatry: the gap between clinical need and education. *Am J Psychiatry*. 2015, 172:946–948.
- 7. Hudepohl N, Battle C and Howard M. Advanced training in reproductive psychiatry: The case for standardization in training and a path to sub-specialty recognition. *Arch Womens Ment Health*. 2018, 21: 121-23.
- 8. Programa de Psiquiatría Perinatal. Hospital Clinic (Barcelona, España). <https://www.barnaclinic.com/es/psiquiatria-perinatal/>
- 9. Unidad de Salud Mental Perinatal y Reproductiva, Hospital Universitario Quiron Dexeus (Barcelona, España). Recuperado de: <http://www.psiquiatriapsicologiadexeus.com/es/unidades.cfm/ID/885/ESP/salud-mental-perinatal.htm>
- 10. Olza Fernández Ibone, Palanca Maresca Inmaculada. La experiencia del programa del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. *Cuadernos de Medicina psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. 2012, 101: 55-64.
- 11. Fellowship en Salud Mental de las Mujeres. Programa, rotaciones y currículum didáctico. Departamento of Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de New York, Bellevue Hospital Center. Recuperado de: <https://med.nyu.edu/psych/education/fellowship-training/womens-mental-health-fellowship>
- 12. Fellowship en Salud Mental de la Mujer y Perinatal. Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Medicina Feinberg de la Universidad Northwestern (Chicago, Estados Unidos). Recuperado de: <https://www.feinberg.northwestern.edu/sites/ashercenter/education/fellowship.html>
- 13. Smith E, Gopalan P, Glance J, et al. Postpartum depression screening: a review for Psychiatrists. *Harvard Review of Psychiatry*. 2016, 24(3): 173-187.
- 14. Solís Solano M, Pineda Mejía AL, Chacón Madrigal J. Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*. 2019, 4(6): 90-99.
- 15. Chambers Joanna and Denne Scott. Screening for postpartum depression: obligation and opportunity for pediatricians to improve the lives of children. *Pediatr Res*. 2019, 85, 923–924.
- 16. Earls MF, Yogman MW, Mattson G. & Rafferty J. Incorporating recognition and management of perinatal depression into pediatric practice. *Pediatrics*. 2019, 143(1): e20183260.
- 17. Sriraman Natasha, Pham Do-Quyen and Kumar Reeti. Postpartum depression: What do pediatricians need to know. *Pediatrics in Review*. 2017, 38: 541.
- 18. Arranz Lara LC, Aguirre Rivera W, Ruiz Ornelas J, et al. Enfoque multidisciplinario en la depresión posparto. *Ginecol Obstet Mex*. 2008; 76(6):341-348.
- 19. Olza Fernández Ibone, Serrano Drozdowskyj Elena, Muñoz Labian C. Lactancia para psiquiatras: Recomendaciones sobre el empleo de psicofármacos en madres lactantes. *Archivos de psiquiatría*. 2011, 74(1): 1-16.
- 20. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Subsecretaría de Salud Comunitaria Ministerio de Salud de la Nación República Argentina. Primera Edición. Julio de 2013.
- 21. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento.

Subsecretaría de Salud Pública. División Prevención y Control de enfermedades. Departamento Ciclo Vital / Departamento de Salud Mental. Gobierno de Chile. Año 2014.

- 22. Espinoza M., Reyes O., Villegas L y Yumha E. (2018) Tristeza en el puerperio Revista Obstetricia y Ginecología. 2018, 13(1): 65-72.
- 23. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion No. 630. Screening for perinatal depression. Obstet Gynecol 2015; 125:1268–71.
- 24. Contreras-García Yolanda, Sobarzo Rodríguez Paulina, & Manríquez- Vidal Camilo. Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2017, 43(1): 1-13.
- 25. “El apoyo entre madres en el posparto mejora el bienestar y ayuda a prevenir trastornos mentales” (2020). Instituto Europeo Salud Mental Perinatal. Recuperado de: https://saludmentalperinatal.es/el-apoyo-entre-madres-en-el-posparto-mejora-el-bienestar-y-ayuda-a-prevenir-trastornos-mentales/?utm_source=instagram&utm_medium=linktree&utm_campaign=ultimoarticulo
- 26. Motherly's 2019 State of Motherhood Survey Report. Recuperado de: <https://s3.amazonaws.com/roar-assets-auto.rbl.ms/documents/6182/Motherly%202019%20State%20of%20Motherhood%20Survey%20Report.pdf>
- 27. Fraga Juli (2018). “Madres mentoras que ayudan a otras madres a superar el estigma de los trastornos psíquicos en el posparto”. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. Recuperado de: <https://saludmentalperinatal.es/madres-mentor-as-que-ayudan-a-otras-madres-superar-el-estigma-de-los-trastornos-psiquicos-en-el-posparto/>
- 28. Pittman Taylor (2017). “Una clínica para madres con depresión posparto que lo cambia todo”. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. Recuperado de: <https://saludmentalperinatal.es/una-clinica-para-madres-con-depresion-posparto-que-lo-cambia-todo/>

Consecuencias de la depresión periparto en la madre, bebé y entorno familiar

Julieta D'Orazio, Floencia Nocita

¿Cuáles pueden ser las consecuencias de la depresión periparto? La depresión periparto no es diagnosticada en muchas ocasiones, lo que puede influir directamente en los cuidados y la crianza del bebé, con la importancia que tienen esos primeros contactos para el infante en la construcción de su entramado psíquico, sumadas a las consecuencias desfavorables para el desarrollo posterior del niño y de su contexto familiar y social (1-3). Asimismo, existen otras complicaciones que afectan la salud física y mental de la propia madre. Dentro de las principales consecuencias de la depresión periparto, se resumen aquellas que afectan a la madre, su hijo/a y su entorno familiar (Ver Tabla 1).

A continuación se van a desarrollar aquellos aspectos que se suelen afectar en los cuadros de depresión periparto y que, por lo tanto, es importante tener presentes ante toda mujer con diagnóstico presuntivo de este cuadro clínico: vínculos y crianza, apego y maternaje.

Vínculos y crianza

La depresión materna está asociada a una deficiente relación vincular madre-infante y un mayor riesgo de desarrollo de enfermedades en el niño, dada la imposibilidad de la madre de cuidarlo en un contexto adecuado y brindarle la atención que el bebé requiere.

La consecuencia más común de la depresión periparto es la dificultad para desarrollar la conducta de apego en el niño, sumada a la imposibilidad de la madre de desplegar sus cualidades maternas (maternaje), con lo cual, tanto el vínculo como la crianza se van a encontrar afectados de manera negativa con las potenciales consecuencias sobre el desarrollo neuronal, psicológico y emocional del infante (4).

En la actualidad se cuenta con diversos estudios neurobiológicos que sostienen que desde etapas tempranas de la gestación comienza el desarrollo neuromadurativo del feto, con un llamativo crecimiento del cerebro que se produce en el último trimestre del embarazo y continúa hasta los 18-24 meses de vida posnatal. La mielinización del cerebro es tan rápida y amplia en esta etapa que al final del primer año de vida, su aspecto es similar al del adulto (5).

Si bien la herencia genética tendrá en el desarrollo neuromadurativo un profundo impacto al determinar las características innatas del sistema nervioso y las reacciones frente al contacto con otras personas, las experiencias que acumule el bebé también influirán directamente en su futuro desarrollo emocional, ya que son capaces de activar determinados genes y, en consecuencia, modelar la estructura cerebral (6).

Actualmente, una reciente línea de estudios epigenéticos ha demostrado que por metilación del ADN, modificación post-traduccional de histonas y otros mecanismos como el del ARN no codificante, se producen modificaciones en su expresión presente y/ o futura sin variar la secuencia de genes. Se sabe que en los primeros 1.000 días de vida, ahora llamados críticos, que comprenden la gestación y los primeros dos años del bebé, donde se encuentra la ventana de oportunidades en la cual el genoma humano queda particularmente expuesto a los factores ambientales (7). Dentro de estos factores ambientales, aquellos con más relevancia serán los que se produzcan dentro de su entorno familiar y, en particular, con sus cuidadores primarios. Por otro lado, los factores endocrinos como la acción de la oxitocina también jugarán un papel muy importante en el desarrollo del vínculo madre-hijo/a. Según múltiples estudios publicados, existe una correlación entre los niveles de oxitocina y los vínculos parentales en la infancia. Las madres con niveles elevados

de oxitocina presentaban conductas de apego con el/la bebé más afectuosas, sincrónicas y comprometidas. Por el contrario, en aquellas madres que presentaban niveles bajos de dicha hormona se observaba una baja sensibilidad y afectuosidad en la interacción madre-hijo (8).

Por todo lo mencionado anteriormente, resulta de suma importancia tener en consideración durante la evaluación del desarrollo del recién nacido y en las subsiguientes consultas pediátricas, el vínculo que comienza a establecer con sus cuidadores y, en particular, el desarrollo de la díada madre-hijo, ya que las alteraciones emocionales, tales como la depresión periparto en la madre, podrían afectar el desarrollo de un vínculo adecuado y, por lo tanto, de un correcto desarrollo del bebé. Para ello, es fundamental que las consultas pediátricas, desde el comienzo posean un enfoque centrado en la familia y con una visión integral de la salud del bebé, tanto desde su aspecto biológico como emocional. De forma práctica, para utilizar en cada una de las consul-

Tabla 1

Consecuencias de la depresión periparto.

• Alteraciones nutricionales
• Pérdida de interés por los cuidados prenatales
• Incumplimiento de indicaciones médicas
• Riesgo de abuso de sustancias
• Alteración del vínculo madre-hijo
• Impacto en el desarrollo psicofísico del hijo/a (emocional, conductual y cognitivo).
• Mayor incidencia de prematuridad, bajo peso al nacer, bajos valores en la escala de Apgar, menor circunferencia cefálica.
• Aumento del riesgo de depresión puerperal
• Filicidio
• Muerte materna

tas, se puede tener en cuenta ciertos signos de alarma que podrían indicar al profesional aquellas dificultades en el vínculo o trastornos neuromadurativos del bebé. La observación de un signo de alarma debe ser indicadora para alertar y orientar una intervención; pero nunca un signo de alarma en sí mismo tiene la categoría de un diagnóstico. Por lo tanto, estos signos siempre deben ser pensados en función del momento madurativo del niño y el contexto particular de cada cultura (Ver Tabla 2).

A su vez, se pueden subdividir estos signos de alarma según los procesos psíquicos que se vean alterados (6) (Ver Cuadro 1).

La ausencia de mirada y la falta de intencionalidad en los movimientos corporales para dirigirse al otro son factores de alerta mayor (tanto para signos de alarma silenciosos como ruidosos) que indican la posi-

ble evolución hacia un trastorno severo de la comunicación y de la interacción con el mundo.

Apego

Cuando nace un bebé no cuenta con la capacidad para regular los estados emocionales, necesita de su madre o un cuidador primario para aprender a regularlos a través del vínculo afectivo o apego. Quien sea la figura de apego podrá responder a las reacciones afectivas del bebé y, de este modo, poder regularlas.

Esta conducta de apego le ofrece al niño la posibilidad de tener una base de seguridad tan necesaria para poder explorar el mundo y vincularse con el mismo. El apego posibilita el aprendizaje del bebé a confiar

Tabla 2

Signos de alarma del desarrollo neuromadurativo.

Los signos de alarma pueden manifestarse de 2 maneras (6):
<p>Signos ruidosos: son aquellos/as niños/as que externalizan el sufrimiento con signos de hiperactivación. En los bebés se puede registrar hipertonidad, motricidad activa pero desorganizada, dificultades para relajarse y dormir o llantos incesantes que no responden a los intentos de consuelo. Más adelante, estos mismos niños desarrollarán excesiva actividad, impulsividad, agresión y desafío hacia los adultos.</p>
<p>Signos silenciosos: los niños manifiestan el sufrimiento a través de síntomas internalizados en los que lo distintivo es la retracción física y emocional. Estos niños suelen presentar conexión escasa con el entorno, ansiedad o temores sin una justificación clara, dificultades para separarse del adulto e inhibición frente a estímulos nuevos. Tales indicadores no suelen llamar la atención y, por este motivo, se corre el riesgo de que el sufrimiento del niño pase desapercibido y que su desarrollo se encuentre en dificultades sin recibir una atención que lo acompañe de forma positiva. Los niños “buenísimos” (“no molesta para nada”, “donde lo pones se queda”), son niños que no generan preocupación, pero en realidad están necesitando una mirada y un acompañamiento específicos.</p>

Cuadro 1

Procesos psíquicos afectados de acuerdo al tipo de signo de alarma.

	Signos ruidosos	Signos silenciosos
Oralidad	Rechazos alimentarios simples, reinicidentes, persistentes, no relacionados con una patología orgánica. Ejemplo: reflujos y vómitos resistentes a todo tratamiento clásico.	Se deja alimentar, llenar de comida sin apetito ni placer. No hay saciedad. Parece un bebé "fácil" cuando en realidad lo que está sucediendo es que se está replegando, es indiferente a las personas que se ocupan de él y a lo que le pueden aportar.
Mirada	Evita la mirada, no se comunica ojo a ojo con su entorno.	Hay ausencia de la mirada hacia el rostro humano. Puede mirar objetos e incluso quedarse como "agarrado" a ellos (por ejemplo, un ventilador o una luz). No mira hacia donde mira su cuidador primario (atención conjunta).
Voz	Gritos inarticulados, llantos inconsolables que el cuidador no consigue comprender ni traducir a la lengua materna.	No pide, no llora. No balbucea. No dice sílabas. Raramente, emite sonidos y difícilmente se le puede atribuir sentido a los mismos. A veces emite leves gemidos. Puede ser confundido con un bebé "fácil", que pasa desapercibido.
Sueño	No puede separarse de su cuidador, ni puede sustituir al cuidador por un objeto transicional. No puede establecer esa confianza básica que le permite relajarse y se despierta infinidad de veces, tanto durante el día como la noche.	Puede pasar muchas horas despierto en su cuna sin pedir nada, sin jugar, sin llamar o puede dormir muchas horas seguidas sin despertarse para comer, para jugar o simplemente para estar con el/los otro/s.
Cuerpo	No logra acomodarse al cuerpo de su madre. Puede pasar de estar todo blando (hipotonía) a estar todo tenso (hipertonía).	Tiene dificultad en el contacto cuerpo a cuerpo con el cuidador primario. Se balancea repetitivamente y puede manifestar movimientos persistentes y perseverantes. Estos movimientos, si persisten más allá del año, forman parte de las estereotipias.

en el mundo, gracias a la seguridad que le otorga su madre que siempre estará ahí, disponible para satisfacer sus necesidades expresadas mediante demandas como es el llanto, la succión del pecho, sonrisas, caricias, que hacen que la madre responda de manera plena y amorosa (9).

Diversos estudios han demostrado la existencia de una correlación directa del apego con el desarrollo neuronal del infante y con cambios en los sistemas neuroendocrinos de la madre, que permiten la iniciación del vínculo entre ambos y la formación del proceso de apego. Si existieran alteraciones durante este proceso, podrían generarse alteraciones neuroanatómicas que predisponen a diferentes patologías mentales en el niño (10).

El apego es el pilar fundamental que le proporcionará al bebé la seguridad emocional indispensable para un desarrollo saludable y su bienestar psicológico (5). La teoría del apego fue creada por John Bowlby (1907-1990), médico y psicoanalista inglés, que encontró en sus investigaciones en orfanatos tras la Segunda Guerra Mundial que niños sanos, que estaban bien nutridos, hidratados y sin diagnóstico de alguna enfermedad, morían. En sus estudios se planteaba que el cerebro de estos niños percibía que, a pesar de estar cubiertas algunas de sus necesidades básicas como la alimentación, higiene y descanso, no tenían una unión afectiva con un adulto protector, lo cual generaba un profundo estrés que resultaba indetectable en las evaluaciones de la época. Según el modelo de Bowlby, este nivel de estrés y ansiedad llevaba a un sufrimiento del niño que terminaba por comprometer seriamente su salud (11).

A pesar del paso de los años, la tesis fundamental de la teoría del apego continúa tomando estas bases, en la cual el estado de

seguridad, ansiedad o temor de un niño está determinado, en gran medida, por la capacidad de respuesta de la madre o cuidador primario. Durante la depresión periparto, la madre se encuentra con las habilidades emocionales disminuidas, lo cual tendría mucha incidencia en la relación con su bebé al no poder satisfacer sus necesidades y leer sus estados emocionales y regularlos, lo cual tendría una seria repercusión en la salud del niño al afectar su desarrollo físico, psíquico y afectivo.

La depresión materna es uno de los factores que más afecta el apego infantil, y el vínculo que establece el niño con su madre o demás significativos. El niño necesita desarrollar un apego seguro, para ello requiere de una madre o cuidador afectivo y esto no se logra cuando la madre padece depresión. Estas madres pueden, además, volcar sus sentimientos hostiles y su estrés en el niño, así como no brindarle la atención necesaria que el mismo requiere, con consecuencias a futuro a nivel de la confianza del niño y sus relaciones interpersonales, si no se interviene oportunamente.

A partir de las diferentes formas de relacionarse de la madre o el cuidador primario con el niño, se pueden crear distintos tipos de apego (5), tal como se resumen en la tabla 3.

Por este motivo, es fundamental apoyar a las madres en el periodo perinatal, no solo por la salud emocional de la madre sino también para poder favorecer el apego seguro y soslayar el apego no adaptativo (evitativo, ansioso, ambivalente o desorganizado), lo cual conllevaría al desarrollo de trastornos afectivos en el niño.

La construcción del vínculo y un modelo de apego seguro, si bien tiene como protagonista a la madre o al cuidador primario, requiere de un apoyo fundamental no solo de su entorno, sino también del rol activo que lleven a cabo los profesionales de la salud. En particular, el médico pediatra tiene un papel privilegiado para mostrar a los

cuidadores que la necesidad fundamental de sus hijos no es (aunque también sea importante) que tengan todo tipo de juguetes, que asistan al mejor colegio, que hagan actividades de todo tipo; sino que sientan que ellos están a su lado, pendientes de ellos, de su bienestar y sus necesidades (11).

Tabla 3

Tipos de apego.

<p>Apego seguro: se da cuando el cuidador demuestra cariño, protección, disponibilidad y atención a las señales del bebé, lo que le permite desarrollar un concepto de sí mismo positivo y un sentimiento de confianza. En el dominio interpersonal, las personas seguras tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias; y en el dominio intrapersonal, tienden a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismas.</p>
<p>Apego ansioso: el cuidador está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones, lo que hace al niño más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo. El niño desea el contacto con su figura de referencia, pero a la vez no confía en que esta situación se produzca, debido a la inconsistencia en las mismas. Esto genera una sensación de inseguridad respecto a los demás.</p>
<p>Apego ambivalente: hay inconsistencia en las habilidades emocionales de sus cuidadores. Estos niños no tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta, por lo que responden a la separación con angustia intensa y mezclan comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo y resistencia.</p>
<p>Apego evitativo: el cuidador deja de atender constantemente las señales de necesidad de protección del niño, lo que no le permite el desarrollo del sentimiento de confianza que necesita. Se sienten inseguros hacia los demás y esperan ser desplazados sobre la base de las experiencias pasadas de abandono.</p>
<p>Apego desorganizado desorientado: aparece cuando el cuidador tiene respuestas desproporcionadas y/o inadecuadas ante las señales del niño. En su desesperación, al no poder calmar al niño, el cuidador entra en procesos de disociación. Esta conducta del adulto desorienta al niño, no le da seguridad y le genera ansiedad adicional. Aprende que no puede valerse por sí mismo y que necesita a sus padres; pero a la vez, también desarrolla cierta independencia de ellos y trata de ignorarlos. Ambos tipos de conducta se van alternando a lo largo de su vida (6).</p>

Maternaje

Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE), la palabra madre proviene del latín “mater” y significa hembra que ha parido hijos (12). Sin embargo, en el ser humano la maternidad es mucho más que el mero hecho biológico, dado que está atravesado por el contexto cultural, social, histórico y psicológico al cual pertenece la mujer y que tiene un significado particular para esa mujer que va a convertirse en madre.

El maternaje puede ser definido como “el conjunto de procesos psicoafectivos que se desarrollan e integran en la mujer en ocasión de su maternidad” (13). El maternaje es una crisis vital que reedita las divergencias del pasado, los modelos identificatorios con la propia madre y las impulsa en el presente e invade todas las relaciones con los demás, de acuerdo al contexto que atraviesa la madre y lo que este bebé venga a significar en el momento de su nacimiento (14).

El concepto maternaje no es sinónimo de maternidad, sino que se relaciona con el desarrollo de los cambios emocionales y afectivos que experimenta la mujer cuando atraviesa la maternidad. Es decir, no en toda maternidad se producirá el proceso de maternalización, dado que esta puede verse afectada por mecanismos de defensa.

El maternaje está guiado por cualidades maternas, es decir, que todo lo que implica el cuidado y crianza del infante y la disposición para hacerlo estará determinado por dichas características propias de la madre, que podrían estar perturbadas por afectos que impiden el desarrollo del rol materno, haciéndola poco empática y receptiva a las necesidades del bebé (15).

La maternidad a lo largo de la historia

Para comprender cómo el contexto afecta la maternidad se realizará un breve recorrido histórico para reconocer cómo los cambios sociales, culturales y económicos han influido a este proceso evolutivo y como, posiblemente, los cambios de época sean influyentes en la aparición de la depresión periparto.

La maternidad es una construcción social, un conjunto de creencias y significados que ha impactado en la identidad de la mujer y, por consiguiente, en los estilos de crianza y procreación (16). En la antigüedad, la maternidad estaba muy presente en la mitología y era muy apreciada por los cuerpos del saber, tanto por los médicos como filósofos. Ante los primeros signos del trabajo de parto, las parteras invocaban a la diosa Artemisa para proteger a la mujer y se la asistía con pócimas y canciones. Para los científicos griegos, el parto era la mejor prueba de salud y, por el otro lado, la esterilidad representaba el mal en todas sus formas.

Los romanos aportaron la ley y, con ella, la función materna dentro de la organización familiar. El padre escogía si su hijo era integrado a la familia de acuerdo a sus condiciones de salud y enfermedad, o si está nacía mujer podía no aceptarlo y dejarlo a merced de los Dioses. Es decir, el padre decidía quien ingresaba a la familia. El derecho romano le daba todo el poder al padre, dado que el vínculo biológico entre un niño y su progenitor no tenía evidencia científica, por lo tanto el derecho confirmaba al padre en la designación de esa relación. La mujer era reducida a un vientre dispuesto a dar a luz (13).

La doctrina judío-cristiana posee una vi-

sión de una mujer dócil, débil, caprichosa. Esta cosmovisión generó profundas consecuencias en la historia de la mujer. Las primeras provienen del Génesis, cuya mujer Eva, era la culpable de la tentación y de la desventura de Adán. Se establece la jerarquía del hombre por sobre la mujer, cuyo poder la subordinaba a sus designios, con lo cual fue configurándose la fuente de significados de lo femenino y, de allí, la imagen de mujer sumisa e indispensable para la realización del hombre (16). Por otra parte, la mujer sufre la maldición divina a través del parto: “parirás con dolor, tu pasión irá a tu hombre y te dominará” (Génesis 3:16). Esta condena aún pesa sobre las mujeres parturientas en la actualidad (13).

En la Edad Media, el discurso de la maternidad estaba reducido a las funciones fisiológicas como la procreación, gestación, el parto y el amamantamiento. El amor hacia los hijos era visto como incondicional y evidente, dejando para el padre las funciones pedagógicas, y de este modo, se reducía a la madre al control y vigilancia de la sexualidad de las hijas y, de esa forma, poder resguardar su castidad.

En la era romántica, luego de la Revolución Francesa, en algunos grupos de la aristocracia se empieza a ver al niño como un ser necesitado de afecto y protección. En ese momento, la maternidad era vista como el objetivo principal de la mujer, dado que era considerada por algunas teorías biológicas como instintiva y central. Los criterios de la crianza siguen basándose en el castigo, la represión y el miedo, a cargo siempre del padre, la Iglesia y las instituciones, dado que la mujer- madre, tenía solamente la función de procrear y no la de criar a sus hijos.

La Revolución Industrial marcó la diferenciación entre el hogar (lo privado y cálido) y el trabajo (lugar frío e individualista). Recién en esa época, en algunos sectores de la sociedad, la mujer queda a cargo de la crianza de sus hijos, al estar el hombre dedicado a la vida pública. Los sectores más pobres no tenían ese tipo de diferenciación, siendo los niños trabajadores al igual que sus padres y la mujer seguía siendo vista como inferior y desviada.

Durante la Era Moderna se comienza a idealizar la maternidad, la crianza comienza a ser dominada por los desarrollos científicos, la sociedad disciplinaria, la mujer queda fuera de los cuidados y el Estado comienza a tomar protagonismo en las tareas de crianza bajo técnicas científicas: la escuela, jardines, tribunales de menores. En las familias de bajos recursos, se comienza a presionar al Estado para que la madre pueda quedarse junto a sus hijos en la primera infancia y pueda salir más tarde a trabajar (16).

En Estados Unidos, las mujeres comienzan a agruparse con la necesidad de alcanzar el ideal de esposa y ama de casa y surge el culto por lo doméstico ya que era visto como un lugar privilegiado de protección y la maternidad como lo moralmente aceptado, ya que de esa forma, protegía a los futuros ciudadanos dándole apoyo moral a su esposo e hijos/as.

Desde esta perspectiva, la maternidad exclusiva era una posición social a alcanzar. Esto lleva a que las tareas maternas sean intensivas, con el compromiso y la dedicación total como un ideal de realización personal a expensas de sus propios deseos. En este contexto, la mujer era considerada como la dadora incondicional de amor, co-

nectada y humana, la persona responsable por el crecimiento sano de su hijo/a, es decir una “maternidad idealizada”.

En la Posmodernidad, las representaciones sociales de la maternidad han sufrido un brusco cambio como consecuencia de la conceptualización de la misma y las implicancias de los cuidados maternos, lo que ha generado fuertes repercusiones en la mujer en todas las esferas de su vida.

En la actualidad se propone un nuevo lugar a la madre, dadas las demandas de la sociedad que la posicionan en un lugar muy diferente al que ocupaba en otras épocas históricas. Los cambios que se han producido en el último siglo generan la necesidad que la maternidad no sea un camino

pre-configurado para la mujer, sino que ahora ella ocupa ámbitos que antes eran exclusivos a los hombres, tanto en lo laboral, lo social, académico, etc. Esto conlleva nuevas dificultades y un gran estrés, porque las oportunidades de expansión poseen un tope.

Todos estos cambios vertiginosos, sumados a la alta demanda, trajeron como consecuencia la depresión en la mujer, como respuesta a los sentimientos de ineficacia e insuficiencia ante las situaciones que tiene que atravesar y que no cree poder hacerle frente en forma adecuada. Esta depresión es la resultante de la conjunción de derechos, posibilidades y conquistas junto a la sobreexigencia de los nuevos valores de la maternidad, además de los nuevos roles asumir (social, profesional, laboral, familiar, etc.).

Referencias bibliográficas

- 1. García-Esteve Lluisa, Valdés Miyar Manuel. Manual de Psiquiatría Perinatal. Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia. Editorial Médica Panamericana. 2017.
- 2. Sharma Verinder and Sharma Priya. Postpartum and depression: diagnostic and treatment issues. J Obstet Gynaecol Can. 2012, 34: 436-442.
- 3. Jadresic Enrique. Depresión perinatal: detección y tratamiento. Rev Med Clin Condes. 2014, 25(6): 1019-1028.
- 4. Olhaberry M, Escobar M, San Cristóbal P, et al. Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. Terapia Psicológica. 2013, 31(2), 249-261.
- 5. Oiberman Alicia. “Vínculo y apego”. Programa Nacional de Actualización Pediátrica (PRONAP).

Sociedad Argentina de Pediatría. Año 2011. Módulo 4. Capítulo, páginas 35-54.

- 6. Armus Marcela; Giacobone Alejandra. Desarrollo emocional, vínculo temprano, comunicación y lenguaje. Programa Nacional de Actualización Pediátrica (PRONAP). Sociedad Argentina de Pediatría. Año 2017. Módulo 3. Capítulo 2.
- 7. Larguía Miguel. "El microbioma intestinal del lactante". Programa Nacional de Actualización Pediátrica (PRONAP). Sociedad Argentina de Pediatría. Año 2017. Módulo 2. Capítulo 1, páginas 1-28.
- 8. Scatliffe N, Casavant S, Vittner D, et al. Oxytocin and early parent-infant interactions: A systematic review. *Int J Nurs Sci.* 2019, 6(4):445-453.
- 9. Olza Ibone (2016). La lactancia materna como herramienta fisiológica del vínculo afectivo. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. Recuperado de: <https://saludmentalperinatal.es/la-lactancia-materna-como-herramienta-fisiologica-del-vinculo-afectivo/>
- 10. Vargas Rueda Adriana, Chaskel Roberto. Neurobiología del apego. *Avances en psiquiatría biológica.* 2007; 8:43-56.
- 11. Barroso Braojos Olga. Educación para un apego seguro: aproximación para pediatras. *Revista Pediatría Atención Primaria.* 2019, 21:e25-e30.
- 12. Real Academia Española (s. f.). madre [artículo nuevo]. En *Diccionario de la lengua española* (avance de la 23.a ed.).
- 13. Oiberman Alicia. Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad. *Psicodebate.* 2005, 5: 115-130.
- 14. Cabezas Corcione Andrés. La reactivación del abuso infantil en la maternidad: la importancia de la entrevista perinatal. *PSICOANÁLISIS.* 2011, 23 (2), 59-67.
- 15. Vizental Mónica (2012). *Maternaje y relación temprana madre-bebé en una muestra de madres primerizas latinoamericanas residentes en la ciudad de Miami* (Tesis Doctoral). Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo.
- 16. Molina María Elisa. *Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer.* *PSYKHE.* 2006, 15(2): 93-103.

Prevención

Julietta D'Orazio, Floencia Nocita

¿Por qué prevenir la depresión periparto? La depresión periparto (DPP) es una de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo, que puede incluir el suicidio materno y/o el infanticidio (1). En la depresión periparto existe un mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer (2-4) junto a un retraso en el inicio de la lactancia materna (5). La depresión antenatal no tratada se ha asociado con una disminución del uso de suplementos vitamínicos antenatales y un aumento de la utilización de fármacos hipnóticos y del hábito tabáquico (6, 7). El principal factor de riesgo para la DPP es el antecedente de una depresión perinatal previa (8, 9). La severidad de la DPP es variable, siendo en algunos casos muy grave y requerir un tratamiento intensivo debido a las potenciales consecuencias para la propia paciente, el niño y su entorno familiar (10-12).

Psicoprofilaxis obstétrica

Para prevenir la depresión periparto, es importante trabajar desde el embarazo. De esa manera, se podrá evitar la enfermedad antes de que se presente. En definitiva, lo que Caplan denomina **prevención primaria** (13). La Lic. Mirta Videla, gran referente en lo que se refiere a prevención psicológica en Salud Comunitaria, sostiene que “la prevención es un abordaje metodológico, con estrategias que capacitan a recursos que se

convierten en agentes multiplicadores de formas de cuidado y promoción en salud” (13). Las tareas preventivas colaboran a que descienda el asistencialismo en la comunidad y la cronificación de las patologías.

La **psicoprofilaxis obstétrica**, término introducido por Lamaze en el ámbito de la Obstetricia, fue la base que impulsó la atención en la prevención y la salud comunitaria. En sus inicios, la psicoprofilaxis obstétrica consistía en una serie de medidas psicológicas, ejercicios corporales y de relajación como un instrumento de poder, cuyo objetivo era sugestionar, controlar a la mujer parturienta y sus comportamientos inapropiados. Los primeros psicólogos intentarían trabajar desde la prevención, como un área alejada de la patología. Sin embargo, al ser un marco teórico psicoanalítico, era justamente todo lo contrario al impuesto por la hegemonía médica. Los psicólogos buscaban la autonomía de la parturienta y no el control de su cuerpo, tampoco sus prácticas tendían a que la paciente se adapte y obedezca. El objetivo de las tareas preventivas no consistía en adaptar la mujer a las reglas del hospital, sino que la prevención consistía en analizar las prácticas llevadas a cabo en el hospital para realizar un verdadero proceso de saneamiento, dado que es justamente en las instituciones de salud donde se originan las causas del sufrimiento de las parturientas (13).

En la actualidad, la psicoprofilaxis obstétrica consiste en la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva brindada durante la gestación, parto y/o postparto para alcanzar una jornada obstétrica en las mejores condiciones saludables y positivas para la madre y su bebé(s), forjándoles una experiencia satisfactoria y feliz. Además, la psicoprofilaxis obstétrica fortalece la participación y el rol activo del padre. Dicha práctica previene las dificultades y el riesgo de enfermedades y complicaciones perinatales e, incluso, reduciría la tasa de mortalidad perinatal. Esta preparación debe realizarse de manera singular, resaltando la ética y el trato humanitario (14).

La psicoprofilaxis obstétrica comienza durante el embarazo, aproximadamente a los 6 meses de gestación. Luego, continúa durante el trabajo de parto, preparando a las futuras madres con recursos teóricos psicológicos y afectivos para enfrentar el parto con menos temores. Prosigue luego del parto, brindando información a la púérpera para favorecer su recuperación, la lactancia y el reinicio de sus actividades diarias habituales. Esta preparación incluye herramientas teóricas, teniendo en cuenta las condiciones especiales, como una emergencia o embarazos que no reúnen las condiciones ideales y está adaptado a las necesidades de cada mujer. También abarca el entrenamiento físico y psíquico que ayuda a transitar la etapa del embarazo, parto y postparto en óptimas condiciones: ejercicios de relajación para reducir los dolores, ejercicios gestacionales, masajes terapéuticos realizados por personas relevantes para la mujer (como su pareja y por expertos). Estas prácticas reducen el nivel de estrés y depresión, y la incidencia de nacimientos prematuros, con bajo peso o partos de riesgo. Es importante además, la

preparación afectiva de la mujer, de manera de brindar la seguridad y tranquilidad que el momento requiere y, sobre todo, empoderar a la madre respecto del momento que va a atravesar, fomentando la prevención y promoción de la salud (14).

Prevención de los factores de riesgo relacionados con la depresión periparto

Los profesionales de la Psicología pueden intervenir previniendo cualquier situación negativa que haga sentir a la embarazada en estado de estrés permanente. Como primera medida, es importante que la atención médica durante la gestación sea singular, empática, humanizada y considere las particularidades de cada mujer, dado que en la mayoría de las instituciones de salud la atención es de tipo protocolar, normatizada y homogénea (15).

En este sentido existe un recurso legal: la ley N° 25.929 de Parto Humanizado (16), sancionada y promulgada en el año 2004 y reglamentada en el año 2015. Como antecedente podemos citar la Semana Mundial de parto respetado que surgió en el año 2004 por una iniciativa de la Asociación Francesa por el Parto Respetado (AFAR) cuyo un objetivo consistió en visibilizar el modo en que se asistían los partos en todo el mundo y exigir la protección de los derechos de las mujeres, sus familias y todo lo relacionado al proceso del nacimiento (17). La República Argentina fue uno de los países que replicó esta iniciativa y es pionera en reglamentar y legalizar este marco para beneficiar el vínculo afectivo, de acuerdo a los deseos y necesidades de la madre y la familia, el cual, repercute ampliamente en su salud psíquica (18).

El Plan de Parto es un recurso legal que

se puede presentar ante las autoridades de la institución de salud con el fin de que se cumplan los derechos de las mujeres parturientas, como respuesta a la violencia ejercida contra ellas. Resulta fundamental instruir a las madres para que conozcan sus derechos de manera de protegerse y que pueden solicitar por medio de una nota un plan de parto, postparto y el tratamiento brindado a su hijo. De esta manera, se intenta que las mujeres eviten atravesar por tratos violentos, intervenciones innecesarias, la patologización del embarazo y el uso excesivo de medicación e/o instrumental médico (19).

Cabe destacar la importancia de respetar los mismos procedimientos de un parto humanizado en una cesárea, siempre que la salud de la madre y el bebé lo permitan. Esta práctica es muy benéfica en la salud materna fetal porque, a pesar de ser una intervención quirúrgica, se respetan las condiciones básicas del parto (20):

- La presencia del acompañante.
- El favorecimiento del contacto piel con piel.
- El fortalecimiento del vínculo afectivo y la lactancia.
- El ajuste de las condiciones ambientales que la mujer necesita (por ejemplo, disminución de ruidos, luces y adecuación de la temperatura en el campo quirúrgico, el corte tardío del cordón umbilical, la sutura de la incisión mientras la madre amamanta a su hijo).

Maternidades seguras y centradas en la familia

En el año 2010, UNICEF Argentina lanzó el programa Maternidad Segura y Centrada

en la Familia (MSCF) (21) con el objetivo de transformar las grandes maternidades públicas en maternidades en las que se realicen prácticas seguras y se garanticen los derechos de mujeres, hijos y sus familias. Es decir, para poder garantizar el cumplimiento de la Ley Nacional N° 25.929 y proponer acciones contra la violencia obstétrica en observancia de la Ley Nacional N° 26.485. Esta iniciativa promueve, además, la lactancia materna de acuerdo con la Ley Nacional N° 26.873. Esta situación configuró un cambio de paradigma en la atención perinatal.

El Programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia está basado en 5 ejes básicos (21, 22):

1. **Cultura organizacional:** la idea es poder ser coherente con el pensamiento universal vigente basado en la Medicina Centrada en el Paciente (y su familia) y su seguridad. Consiste en un cambio de paradigma, que adiciona el aspecto humanístico al progreso tecnológico. Se comprende que reaccionar y actuar en forma responsable ante los errores médicos favorece dicho cambio de paradigma.

2. **Protección de los derechos de la madre, padre e hijo:** se alinea con el concepto de derechos humanos, enfrentando la inequidad y discriminación.

3. **Participación de la familia en la protección y el cuidado de la mujer y el niño:** esto permite empoderar a la familia, posee beneficios agregados, como así también un efecto gratificante para todos los agentes de salud y permite el compromiso y la participación de la comunidad.

4. Uso de prácticas efectivas y seguras: se basa en intervenciones que son beneficiosas y basadas en la evidencia, buscando la calidad continua. Es costo-beneficiosa, replicable y segura y, además, sus resultados pueden ser cuantificados.

5. Fortalecimiento de otras iniciativas de promoción de la salud perinatal: es un concepto abarcativo que incluye todas las propuestas complementarias y es específico del contexto sociocultural de la comunidad en la que se lleva a cabo.

Desafortunadamente el clima organizacional y la cultura sumado a la práctica y la falta de información sugieren una falta de compromiso para cumplir con la iniciativa que plantea el PMSCF, dado que la sobrecarga laboral y la falta de comunicación en los profesionales dificulta el cumplimiento del mismo (23).

Promoción de factores protectores

Calidad del Parto

Para prevenir cualquier situación estresante es importante una adecuada **calidad de parto**, es decir, que se respete la biología, los tiempos fisiológicos y la libertad de movimientos de la mujer, su intimidad, la seguridad de que ella tenga la decisión de quien puede acompañarla en ese momento, procurando no realizar intervenciones innecesarias.

Durante el parto, es necesario fomentar el respeto y la confianza del empoderamiento de la mujer y el buen inicio del vínculo de la diada, ya que esto impactará directamente en el psiquismo de ambos. La sensación de haber logrado el parto natural le otorga a la mujer grandes sentimientos de plenitud y

confianza (24).

Si la cesárea fuese inevitable, se pueden tomar medidas preventivas adecuadas, como por ejemplo, preguntar siempre a la madre las preferencias de tipo de sutura, anestesia, tipo de atención al bebé. Estas prácticas siempre deben realizarse en un clima de respeto, explicándole a la mujer y su pareja o acompañante lo que está sucediendo, evitando hablar de otros temas entre los profesionales. Asimismo, resulta primordial colocarle la vía en un solo brazo de manera que la madre pueda tener libertad para sostener a su bebé y amamantarlo, además de favorecer el contacto piel con piel y no separarla de su hijo. Estas constituyen medidas muy importantes que previenen el desarrollo de trastornos emocionales en la madre (15).

Contacto piel con piel

Se define el **contacto piel con piel** como la conexión del recién nacido desnudo y seco sobre el pecho de la madre, inmediatamente ocurrido el parto durante al menos la primera hora de vida, lo que se conoce como **“la hora sagrada”**. Esta práctica es sumamente importante ya que favorece la relación de apego entre la madre y su hijo y la instauración de la lactancia.

Luego del parto se recomienda el contacto inmediato piel con piel, sin dilaciones ni separaciones, salvo que la situación lo requiera, dado que es un momento único y de absoluta intimidad en donde los niveles hormonales están en su máxima expresión, justamente para favorecer el apego y el inicio de la lactancia.

Un estudio analítico prospectivo realizado por investigadores chilenos a 393 puérperas

de bajo riesgo obstétrico evaluó la presencia de síntomas depresivos y las variables socioculturales, como el contacto piel con piel. Este estudio se basó en la recolección de datos para pesquisar la sintomatología depresiva a través de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPPE) implementada a las madres a las 24 y 48 horas posteriores al parto y se efectuó un seguimiento telefónico luego de los 2 meses postparto. Se comprobó que el contacto piel con piel redujo la incidencia de sintomatología depresiva. Por esta razón, se sugiere dicha práctica como estrategia preventiva de la DPP (25).

Lactancia materna

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) (26), la lactancia materna debe ser exclusiva hasta los 6 meses de vida del bebé y luego asociada a otros alimentos hasta los 2 años de edad. La lactancia materna aporta todos los nutrientes que el bebé necesita, protege su salud al proporcionarle los anticuerpos indispensables para su protección contra diversas enfermedades, como neumonía o diarrea, las cuales constituyen las 2 causas más importantes de mortalidad infantil a nivel mundial. Además de los beneficios que le aporta al bebé, esta práctica protege a la mujer puérpera de padecer varias enfermedades, entre ellas la depresión periparto.

Está demostrado que la leche humana es mucho más que nutrición, es un tejido vivo que contiene moléculas bioactivas y células maternas que favorecen la protección y el adecuado desarrollo de los lactantes. Dentro de las moléculas bioactivas con inmunocompetencia, se incluye a la inmunoglobulina A secretora (IgA), la lactoferrina, lisozimas,

oligosacáridos y citoquinas. Asimismo, la leche humana provee desde miles a billones de células viables activas, que tienen acción sobre el lactante; así como también, centenas a miles de prebióticos. Los prebióticos son sustancias no digeribles que producen efectos beneficiosos estimulando selectivamente el crecimiento y/o actividad de uno a más tipos de bacterias en el colon, las que tienen la propiedad de elevar el potencial de salud del hospedero. Son fructo y galacto-oligosacáridos, los cuales son efectivos en la prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas en edades tempranas y en la protección de futuras enfermedades asociadas a alteraciones de la microbiota (27).

Otros componentes de la leche humana son factores de crecimiento y ácidos grasos poliinsaturados, como el docosahexaenoico (DHA), presente en el cerebro y la retina. Estos juegan un rol importante en el desarrollo neuronal y la neurotransmisión, con un gran impacto en el aprendizaje y el desarrollo cognitivo de los niños. Existen numerosas investigaciones que demuestran la relación entre el déficit de ácidos grasos omega 3 y las alteraciones del desarrollo cognitivo y del comportamiento, como el trastorno de atención e hiperactividad (TDAH). Además, el colesterol presente en la leche humana tiene implicancias en el desarrollo de la sustancia blanca cerebral, la producción glial y la mielinización. La taurina, un neurotransmisor que se encuentra también en la leche humana, es esencial para el desarrollo de la retina y el cerebro (28). Además de estos beneficios, la leche humana es el vínculo posnatal más importante entre madre-hijo y el vehículo de comunicación inmunológico, microbiológico y psicológico entre ambos, cuyos efectos van a perdurar en la salud infantil a corto y largo plazo (27).

Luego del parto, es indispensable la instauración inmediata de la lactancia materna. La lactancia es un recurso protector para las madres con depresión periparto, dado que tiene efectos benéficos a nivel del sueño, en cuanto a su duración y calidad, y posee efectos reparadores del mismo. Por lo tanto, amamantar colaboraría con un mejor descanso, reduciendo la fatiga física, pese a que durante mucho tiempo se creyó lo contrario (29).

Existen múltiples causas por las que las mujeres dejan de amamantar, incluyendo dificultades físicas, dolor, presiones sociales, vergüenza, imagen corporal o falta de apoyo (30). Estas experiencias, en sí mismas, pueden aumentar el riesgo de depresión periparto. El dolor se asocia generalmente con un mayor riesgo de depresión (31) y el dolor de la lactancia se ha asociado con un mayor riesgo de depresión periparto (32). Si un bebé tiene dificultades físicas para amamantar (por ejemplo, tiene una mala succión) la experiencia de amamantamiento de la madre será más complicada; conduciendo muchas veces a alimentaciones más frecuentes y prolongadas, lo que incrementa el riesgo de agotamiento por parte de la madre que, combinado con un menor peso corporal, podría generar ansiedad sobre el bienestar del bebé (30). A su vez, tanto la falta de sueño adecuado como la ansiedad para con el bebé se asocian con un mayor riesgo de depresión periparto (33).

La lactancia materna es muy beneficiosa para la salud, no solo del bebé sino de la madre. La ausencia de lactancia se asociaría a un incremento de enfermedades físicas como artritis reumatoidea, diabetes mellitus y algunos tipos de tumores. Asimismo, también estaría asociada a una mejo-

ría de su estado anímico, dado que desde la perspectiva neurohormonal, la oxitocina y prolactina (hormonas involucradas en la lactancia) tendrían un vínculo con la adaptación cerebral de la madre. Estas hormonas serían las responsables de la predisposición de la puérpera a las conductas maternas y tienen un marcado efecto ansiolítico que se asocia, además, a una baja puntuación en las escalas de depresión (34).

La lactancia en madres con depresión genera que tengan más contacto corporal con sus bebés y estén más pendientes y sensibles de las necesidades del infante. En otras palabras, **la lactancia favorece el maternaje con efectos beneficiosos sobre el apego seguro y el vínculo a largo plazo**, favoreciendo la conexión saludable con su hijo, además de los beneficios biológicos innegables de la misma (29).

La lactogénesis es la consecuencia de una serie de procesos hormonales complejos, inicialmente de los estrógenos y la progesterona, que le otorgan a la glándula mamaria su capacidad de funcionamiento. Las hormonas folículo estimulante (FSH) y luteinizante (LH) son las responsables de regular la secreción láctea. Cuando el embarazo llega a su fin, la glándula hipófisis disminuye la secreción de estas hormonas y se inicia la liberación de la prolactina (PRL) que ejerce la función a nivel de la secreción de las células alveolares. Previa a la bajada franca de la leche aparece el calostro, una sustancia amarilla que contiene muchos nutrientes y defensas para el recién nacido (35).

Este proceso hormonal involucrado durante la lactancia materna reduce los niveles plasmáticos de las hormonas del estrés

(hormona adrenocorticotrópica y cortisol), los cuales descienden gracias al contacto de la piel del bebé con la de su madre y la succión del pecho por parte del infante. La liberación de oxitocina, como consecuencia de la succión y el contacto piel con piel, disminuye las probabilidades de padecer depresión periparto, fomentando además el bienestar materno (15).

La depresión y la lactancia constituyen una problemática bidireccional, dado que las madres abandonan la lactancia al disminuir la capacidad de disfrute, lo cual incrementaría los sentimientos de culpa, sumados a la disminución de las hormonas implicadas en su propio bienestar. Por lo tanto, los problemas que presenta la mujer durante la lactancia se asociarían a la aparición o el incremento de la depresión periparto (37). También es posible que las madres con depresión periparto perciban que la lactancia materna es más difícil o, incluso, dolorosa a nivel físico. Las madres con depresión periparto tienen más probabilidades de percibir que su bebé llora en exceso y les resulta más difícil regular el comportamiento infantil. Además, pueden atribuir sus emociones a sus propias dificultades para amamantar en forma adecuada, cuando de hecho otros factores se encuentran en juego (38).

Los síntomas depresivos también pueden aumentar el riesgo de que la lactancia sea más difícil o dolorosa. Las madres con depresión pueden tener interacciones más pobres con su recién nacido, como menor contacto, sensibilidad y contacto piel con piel (39) que a su vez aumenta el riesgo de dificultades para amamantar.

Por otro lado, es importante destacar la responsabilidad del equipo de salud dentro

de las posibles causas de interrupción de la lactancia; al interferir con prácticas médicas tales como la separación de la madre y el niño en las maternidades, el establecimiento de horarios rígidos, la introducción de fórmulas lácteas ante situaciones injustificadas durante las primeras semanas de vida del bebé, entre otras (28). Educar a las madres (y a los miembros más amplios de la familia) sobre cómo son los patrones normales de la lactancia materna puede desempeñar un papel importante en la reducción de las dificultades y la angustia emocional. Probablemente, si las madres y quienes las rodean, entendieran y esperaran patrones normales de lactancia, podrían encontrar que su propia experiencia con la lactancia materna es menos desafiante y, a su vez, el riesgo de depresión posnatal se reduciría (40).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (también conocida como UNICEF - *United Nations Children's Fund*) sostiene que amamantar al bebé durante la primera hora de vida requiere de sostén y una orientación apropiada para que las madres puedan realizarlo. Este apoyo es sumamente vital para que la madre que presente dificultades para hacerlo, pueda lograr hacerlo de manera satisfactoria (36). Es por ello que, las políticas e iniciativas institucionales de promoción y protección de la lactancia materna y la capacitación del personal dedicado a la atención perinatal son fundamentales. Se sugiere que durante la internación conjunta la madre debe recibir apoyo para sostener la lactancia mediante las siguientes pautas (28):

1. Conocer cómo dar de mamar en distintas posiciones, aprender a reconocer las señales de saciedad y hambre de su bebé.

2. Evitar el uso de biberones y chupetes
3. Llevar adelante una lactancia a libre demanda (sin horarios rígidos y guiada por el bebé).
4. Evaluar el amamantamiento antes del alta.
5. Enseñar a la madre la técnica de extracción manual de leche.
6. Todos los bebés deben ser evaluados precozmente luego del alta entre los 3 y 5 días de vida para control del peso y la técnica de amamantamiento.

De acuerdo a UNICEF, se reconoce que existe un grupo pequeño de madres que no pueden amamantar por razones médicas, pero la gran mayoría de las mujeres pueden hacerlo, pero solo requieren de una guía y acompañamiento adecuado para que la misma se desarrolle de manera inmediata (36).

En el caso de que la lactancia materna no fuese posible, existen otras alternativas como ofrecerle al bebé un biberón con leche artificial, pues la alimentación brindada involucra no solo un acto físico, sino que además implica una conexión emocional. Este acto fortalece la relación madre e hijo y todo

el sostén y afecto brindado al bebé puede ser más significativo y sustancial que la forma en que se lo alimenta. En ese caso puede brindarse un biberón, en un acto amoroso, con mirada, contacto piel con piel. De este modo, puede fortalecerse el vínculo con el niño, dado que es más importante el apego más que la forma de alimentación (41).

Las madres que han dado a luz por cesárea, tienen más dificultad para iniciar la lactancia dado que presentan niveles hormonales bajos de oxitocina y prolactina en las primeras horas posparto. Esta circunstancia hace aún más necesaria la intervención por parte de los integrantes del servicio de salud para colaborar con el comienzo de la misma. Sin embargo, las prácticas erróneas e innecesarias que se realizan en las instituciones de salud al dificultar el contacto con de la madre y el niño para iniciar la primera toma constituyen los obstáculos más significativos, más aún que la propia cesárea en sí misma (24).

En resumen, es innegable el papel que cumple la lactancia materna en los estados depresivos de la madre. En sí misma, la lactancia resulta un importante recurso terapéutico en el tratamiento de la depresión posparto (34).

Referencias bibliográficas

- 1. US Preventive Services Task Force. Interventions to Prevent Perinatal Depression. JAMA. 2019; 321 (6):580-587.
- 2. Grote V, Vik T, Kries R, et al. Maternal postnatal depression and child growth: a European cohort study. BMC Pediatrics. 2010, 10: 14.
- 3. Grote N, Bridge J, Gavin A, et al. A Meta-analysis of Depression During Pregnancy and the Risk

of Preterm Birth, Low Birth Weight, and Intrauterine Growth Restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 2010, 67(10): 1012-1024.

- 4. Szegda K, Markenson G, Bertone-Johnson E, et al. Depression during pregnancy: a risk factor for adverse neonatal outcomes? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2014, 27(9): 960-967.
- 5. Grigoriadis S, VonderPorten E, Mamisashvili L, et al. The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2013, 74(4): e321-e341.
- 6. Dagher RK, Shenassa ED. Prenatal health behaviors and postpartum depression: is there an association? *Arch Womens Ment Health*. 2012, 15(1):31-37.
- 7. Newport J, Knight B, Long Q, et al. Maternal depression and anxiety differentially impact fetal exposures during pregnancy. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2011, 72(2): 247-251.
- 8. Kaner S, Colquhoun H, Gunduz-Bruce H, et al. *Lancet* 2017, 390:480-489.
- 9. García-Esteve, Valdés Miyar. *Manual de Psiquiatría Perinatal*. Editorial Panamericana. 2017. 1ra edición.
- 10. Hirst Kathryn & Moutier Christine. Postpartum major depression. *Am Fam Physician*. 2010, 82(8): 926-933.
- 11. Stewart DE, Vigod S. Postpartum depression. *N. Engl. J. Med*. 2016, 37:2177-2186.
- 12. Stewart Donna and Vigod Simone. Postpartum depression: pathophysiology, treatment and emerging therapeutics. *Annual Review of Medicine*. 2019, 70: 183-196.
- 13. Videla, M (1991) *Prevención: intervención psicológica en salud comunitaria*. Ediciones Cinco.
- 14. morales Alvarado S, Guibovich Mesinas Alex y Yabar Pena Maribel. *Psicoprofilaxis obstétrica: actualización, definiciones y conceptos*. *Horiz Med*. 2014, 14(4): 53-57.
- 15. Ligouri Natalia (2018). *La importancia de la prevención en Salud Mental en la atención al embarazo, parto y puerperio*. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. Recuperado de: <https://saludmentalperinatal.es/la-importancia-de-la-prevencion-en-salud-mental-en-la-atencion-al-embarazo-parto-y-puerperio/>.
- 16. Ley N° 25.929 <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>
- 17. UNICEF (2019). *Semana Mundial del Parto Respetado*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/argentina/parto-respetado>.
- 18. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2019). *Protección de los Derechos Humanos. Violencia Obstétrica*. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/derechoshumanos/proteccion/violencia-obstetrica>
- 19. Contreras Mayra Natalia, De la Rocha Roxana (2016). *Parto y Nacimiento Humanizado; un estudio de caso: Estudio a Realizar A Dos Mujeres, Sobre Vivencias Del Parto Humanizado, En Una Institución Hospitalaria Privada De La Ciudad De Córdoba, De Mayo A Noviembre Del 2016*.
- 20. Arriola González-Pinto M, Barroso. E, Blasco Arranz L, Del Barrio Herraiz L, Torres Rodríguez P y Zavala Díaz G. (2015) *Cesárea Humanizada*. Residentes de Matrona Hospital Universitario 12 de Octubre. Unidad Docente de Matronas de la Comunidad de Madrid 2014 – 2016.
- 21. Larguía M, González MA, Solana C, et al. *Maternidad Segura y Centrada en la Familia [MSCF] con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo*. Segunda edición. Año 2012. UNICEF.
- 22. Raineri Flavia (2015). *Dirección de Maternidad e Infancia Ministerio de Salud Provincia de*

Buenos Aires. Maternidad segura y centrada en la familia, una estrategia para la salud materna infantil. Recuperado de: https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2015/Lactancia/Raineri_Inclusion_LM_en_politicas_publicas.pdf.

- 23. Ramosa S, Romero M, Ortiz Z y Brizuela V. Maternidad Segura y Centrada en la Familia: la cultura organizacional de maternidades de la provincia de Buenos Aires Arch Argent Pediatr. 2015; 113(6):510-518.
- 24. Olza Fernández Ibone (2010). Lactancia después de la cesárea, Depresión post parto, psicosis puerperal. Hospital de Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid. Recuperado de:<http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/lactanciaDepresionPsicosis.pdf>.
- 25. Dois A, Lucchini C, Villarroel L, et al. Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos postparto en mujeres de bajo riesgo obstétrico Rev Soc Bol Ped. 2015; 54 (2): 102-9.
- 26. Semana Mundial de la Lactancia Materna. OMS (2018) Lactancia Materna. <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
- 27. Larguia Miguel. “El microbioma intestinal del lactante”. Programa Nacional de Actualización Pediátrica (PRONAP). Sociedad Argentina de Pediatría. Año 2017. Módulo 2. Capítulo 1, páginas 1-28.
- 28. Conti Roxana. “Dificultades durante la lactancia”. Programa Nacional de Actualización Pediátrica (PRONAP). Sociedad Argentina de Pediatría. Año 2018. Módulo 1. Capítulo 4, páginas 1-27.
- 29. Kendall-Tackett, K (2017) La lactancia materna protege a madres y bebés en caso de depresión posparto. Instituto Europeo de Salud Perinatal. <https://saludmentalperinatal.es/la-lactancia-materna-protege-a-madres-y-bebesen-caso-de-depresion-posparto/>.
- 30. Brown AE, Raynor P & Lee M. Healthcare professionals' and mothers' perceptions of factors that influence decisions to breastfeed or formula feed infants: a comparative study. Journal of Advanced Nursing. 2011, 67(9), 1993–2003.
- 31. Kroenke K, Wu J, Bair MJ, et al. Reciprocal relationship between pain and depression: a 12-month longitudinal analysis in primary care. The Journal of Pain. 2011, 12(9), 964–973.
- 32. Watkins S, Meltzer-Brody S, Zolnoun D & Stuebe A. Early breastfeeding experiences and postpartum depression. Obstetrics & Gynecology. 2011, 118(2 Part 1):214–221.
- 33. O'Hara MW. Postpartum depression: what we know. Journal of Clinical Psychology. 2009, 65(12): 1258–1269.
- 34. Olza Fernández I, Serrano Drozdowskyj E, Muñoz Labian C (2011). Lactancia para psiquiatras: Recomendaciones sobre el empleo de psicofármacos en madres lactantes. Archivos de psiquiatría Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid, España. Recuperado de: http://www.aeped.es/sites/default/files/4-lactancia_para_psiquiatras.pdf
- 35. Plager Mauricio Raúl, Capurro Oscar y Mandolesi Graciela. “Pasaje de Fármacos a la Leche Materna”. Extractado del Vademécum Pediátrico del Hospital de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez”. Año 2006. Recuperado de: <https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/farmacos.pdf>.
- 36. UNICEF / OMS (2018). Capturar el momento: Inicio temprano de la lactancia materna: El mejor comienzo para cada recién nacido. Nueva York. <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/capture-moment-earlyinitiation-bf-report-sp.pdf?ua=1G>.
- 37. Olza Fernández (2019). Cuando las dificultades en la lactancia enmascaran o favorecen la depresión posparto. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. España. <https://saludmentalperinatal.es/cuando-las-dificultades-en-lalactancia-enmascaran-o-favorecen-la-depresion-posparto/>.
- 38. Gonidakis F, Rabavilas AD, Varsou E, et al. A 6-month study of postpartum depression and related

factors in Athens Greece. *Comprehensive Psychiatry*. 2008, 49(3), 275–282.

- 39. Field T, Bigelow, et al. Postpartum depression effects on early interactions, parenting and safety practices: a review. *Infant Behavior & Development*. 2010, 33, 1–6.
- 40. Brown A, Rance J, Bennett P. Understanding the relationship between breastfeeding and post-natal depression: the role of pain and physical difficulties. *J Adv Nurs*. 2016, 72(2):273–282.
- 41. Papalia D, Wendkos Olds S y Feldman R (2007). *Psicología del Desarrollo*, México, Mc Graw-Hill Interamericana.

Desafíos actuales en la Salud Mental Perinatal

Julieta D'Orazio, Alexis Mejías

La Salud Mental Perinatal, como dispositivo permanente en instituciones de salud

Lic. Julieta D'Orazio

En general, los sistemas de salud controlan regularmente a la mujer embarazada para detectar enfermedades físicas, como el Síndrome de Down o la diabetes gestacional. Sin embargo, no es un procedimiento de rutina incorporar a los controles periódicos la detección y seguimiento del riesgo de sufrir depresión perinatal, sabiendo que esta enfermedad tiene una tasa de prevalencia que se aproxima al 20%. Es decir, 1 cada 5 mujeres la padecerá. Además, esta situación clínica posee importantes repercusiones si no es tratada adecuadamente (1). Por esa razón, resulta fundamental contar con dispositivos de atención perinatal en las clínicas, sanatorios, hospitales, etc. Asimismo, es necesario contar en dichas instituciones de salud con un equipo interdisciplinario de Salud Perinatal.

Debido a las demandas de salud, en Argentina existe una variada oferta de formación para psicólogos en Salud Mental Perinatal (SMP). Un ejemplo es la Universidad de Buenos Aires (U.B.A.) que cuenta con la Carrera de Especialización en Psicología Perinatal (2), dada la necesidad de incorporación de profesionales de Salud Mental que puedan brindar herramientas sólidas a las

familias que enfrentan diversas problemáticas en torno a los procesos de nacimiento en las instituciones de salud. Esta necesidad implica el apoyo emocional a los bebés y sus padres que enfrentan diversas dificultades y a los profesionales de la salud que requieren colaboración para ayudar a estas familias en este periodo tan vulnerable de sus vidas.

Asimismo, existen otras opciones formativas en diferentes instituciones, como es el caso de colegios profesionales de psicólogos. A continuación, en la tabla 1, se mencionan las propuestas de especialización y/o capacitación en Psicología Perinatal actualmente disponibles en la República Argentina (2-7) (Ver Tabla 1).

Existen antecedentes de dispositivos que atienden en forma conjunta a mujeres y sus hijos. Constituyen ejemplos de este tipo de dispositivos el Programa de Psiquiatría Perinatal del Hospital Puerta de Hierro de Madrid (España), el cual cuenta con Unidades de Atención madre y bebé, de manera que los recién nacidos no sean separados de sus madres, en caso de que ella requiera internación. Asimismo, el Programa de Salud Perinatal en el Hospital del Sureste de Madrid se dedica a la atención desde el punto de vista multidisciplinario, vinculado con el diagnóstico y la prevención de los problemas de salud mental materna e infantil (8).

Teniendo en cuenta los antecedentes pre-

viamente mencionados, para que esto sea posible en Argentina, se requiere de un cambio de enfoque en lo que respecta a las prácticas durante el embarazo, parto y puerperio. Es decir, una transformación estructural en los protocolos de las maternidades y un cambio en las políticas de salud, que contemplen los factores emocionales al determinar la calidad de salud de una paciente, en tanto ser biopsicosocial. Justamente, allí radica la importancia de contar con dispositivos permanentes de atención psicológica perinatal en las instituciones de salud. En ese sentido, resulta pertinente citar la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (9): *“la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

Desde el año 2016, el primer miércoles de mayo de cada año se celebra el Día Internacional de la Salud Mental Materna. Esta iniciativa que persiguen más de 90 organizaciones internacionales y grupos de perso-

nas, busca visibilizar la problemática, trabajar sobre la detección y el tratamiento de los trastornos de salud perinatales y, sobre todo, influir en la política de los gobiernos de manera de poder aumentar los recursos para atender a las pacientes y sus bebés que sufren, dado que el suicidio y el infanticidio son las complicaciones más graves que puede traer como consecuencia el desarrollo de enfermedades mentales durante este periodo (10). Por otro lado, en Argentina se puede hacer referencia a la ley N° 6.172 que instituye a partir del año 2019 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) el “Día de la Salud Mental Materna”, que al igual que en el resto de los países, se celebra el primer miércoles de mayo (11).

Si bien se cuenta actualmente con la ley N° 25.929 de Parto Humanizado, la ley N° 26.485 que protege a la mujer de la violencia obstétrica y se han logrado avances en materia de políticas públicas referidas a las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF), las tasas de cesárea siguen

Tabla 1

Opciones formativas en Psicología Perinatal en Argentina*

1. Carrera de Especialización en Psicología Perinatal. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA) (2).
2. Carrera de Especialización en Psicología Perinatal y Primera Infancia, Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. Distrito X Mar del Plata (3).
3. Carrera de Especialista en Psicología Perinatal. Escuela de Especialización y Formación en Psicología Perinatal. Colegio de Psicólogos de Provincia de Buenos Aires. Distrito XV de San Isidro (4).
4. Carrera de Especialización en Psicología Perinatal y de la Primera Infancia. Colegio de Psicólogos. Distrito XIII de Lomas de Zamora (5).
5. Curso de Postgrado en Psicología Perinatal. Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME) y CONICET (6).
6. Formación Superior a distancia en Salud Mental Perinatal. Colegio de Psicólogos de Provincia de Buenos Aires. Distrito I de Bahía Blanca (7).

*Vigentes al mes de marzo del año 2020.

siendo elevadas y la situación de violencia obstétrica pareciera no retroceder (12). Esta conjunción de variables genera en, muchos casos, que se sigan vulnerando los derechos protegidos por las leyes, lo que se traduce en que las madres tengan potenciales factores de riesgo de padecer depresión periparto (13).

En definitiva, es mucho el camino a recorrer, dada la compleja sociedad en la que se vive, en la que la inmediatez prevalece por encima del respeto de los tiempos fisiológicos. Si se quiere prevenir las enfermedades mentales se deberán realizar profundos cambios en lo que se refiere a la atención de la mujer embarazada en este ciclo vital tan vulnerable, dado que son las madres quienes darán vida a los ciudadanos que contribuirán y construirán al desarrollo del país.

Psiquiatría Perinatal, como subespecialidad en Psiquiatría

Dr. Alexis Mejías

El periodo perinatal es una etapa del ciclo vital de las mujeres con una elevada vulnerabilidad emocional, donde puede desencadenarse o recurrir cualquier trastorno mental (14). A nivel mundial, la Psiquiatría Perinatal (PP) constituye una novel subespecialidad dentro de la Psiquiatría, con un reciente desarrollo en la última década, que tiene el objetivo de detectar y efectuar tratamiento precoz de la psicopatología en la mujer durante la gestación, parto, puerperio y lactancia y, además, mensurar su efecto en el recién nacido y la interacción con su entorno social y/o familiar (15).

El médico especialista en Psiquiatría Perinatal tiene un rol clave como parte de un equipo multidisciplinario. También se puede considerar a la PP dentro de la aún más novel subespecialidad llamada Psiquiatría Reproductiva (PR). Esta involucra el estu-

dio, evaluación y tratamiento de trastornos psiquiátricos durante el ciclo reproductivo de la mujer (menarca, periodos menstruales, etapa perinatal, perimenopausia) (16, 17). Asimismo, la Psiquiatría Reproductiva forma parte de la Salud Mental de la Mujer, más abarcativa porque incluye aspectos psicológicos y psiquiátricos particulares de las mujeres (18).

Las patologías psiquiátricas durante el periodo perinatal representan la complicación más frecuente asociada al parto. En general, las mujeres con historia previa de patologías psiquiátricas presentan mayor riesgo de desarrollarlas durante la etapa perinatal y deberían tener controles durante las etapas tempranas del embarazo (19). La consecuencia de no tratar adecuadamente la patología mental perinatal es el aumento del riesgo a largo plazo para la propia madre y su hijo/a, siendo el suicidio la causa indirecta principal de mortalidad materna, especialmente en enfermedades no tratadas. Es relevante tener presente que los padres también pueden desarrollar patologías mentales perinatales (20). Por lo tanto, resulta importante considerar el impacto de las patologías psiquiátricas que afectan a las mujeres en la etapa perinatal, como es el caso de la depresión periparto (DPP). Es una entidad clínica que afecta aproximadamente al 20 % de las mujeres, constituyendo la complicación más frecuente del parto.

En Argentina, actualmente la Psiquiatría Perinatal no es una subespecialidad reconocida dentro de la Psiquiatría de Adultos o Infantojuvenil. Asimismo, tampoco existen Servicios de Psiquiatría o Salud Mental Perinatal (SMP) en instituciones de salud, ya sean públicas (hospitales) como privadas (clínicas, sanatorios). Contrariamente, en otros países existen servicios de PP o programas donde se interviene en patologías

de la etapa perinatal en forma organizada a través de recursos humanos formados. En agosto de 2019 se realizó una jornada de visibilización y concientización de Salud Mental Perinatal (21) en la Cámara de Diputados del Congreso Argentino donde se presentó el proyecto de ley “Día Nacional de la Salud Mental Perinatal” para instituir el primer miércoles de mayo de cada año (22). Este proyecto destaca la necesidad de la formación del personal sanitario y los agentes comunitarios que intervienen en SMP.

En los programas de la Carrera de grado de Medicina (tanto de universidades públicas como privadas), en las materias Salud Mental y Psiquiatría no se mencionan ni se desarrollan las problemáticas en SMP (23, 24). En algunos programas se incluye esta temática únicamente en la materia Ginecología. Por ende, el escenario académico vigente es inquietante dado que los estudiantes de Medicina desde su formación básica carecen de capacitación en SMP durante, prácticamente, la totalidad de la carrera de grado, pero específicamente en aquellas materias que involucran directamente la salud mental.

En los programas de capacitación de los principales Sistemas de Residencias de Psiquiatría Médica, que formarán a la mayoría de los futuros especialistas, como es el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), la Provincia de Buenos Aires y algunas provincias argentinas no se encuentra incluida la Psiquiatría Perinatal como tópico a desarrollar académicamente, en forma general o particular (25-29). Tampoco esta temática consiste una opción para realizar una rotación curricular en los programas de residencias. Una situación similar se observa en los programas de residencias de Psiquiatría de Adultos de instituciones privadas (30, 31).

Las opciones formativas de posgrado para el médico interesado en capacitarse en Psiquiatría Perinatal son sumamente escasas. En la actualidad la única opción disponible es el Curso de Posgrado de Psiquiatría Perinatal organizado por el Instituto Superior de Formación de Profesionales (ISFP) de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) destinado a médicos (psiquiatras, pediatras, obstetras), psicólogos, obstétricas, enfermeros y otros profesionales de la salud (32-34). El curso está dividido en 2 niveles con 7 módulos que incluye temas que van desde Psicología y Psiquiatría Perinatal, psicología y psicopatología del embarazo, aspectos relacionados al parto y postparto, formación del vínculo temprano madre-bebé, la crianza, psicofarmacología en el embarazo y la lactancia hasta las adicciones en la etapa perinatal (33, 34). Cabe mencionar que en noviembre del año 2018 en Trelew (Provincia de Chubut) se llevó a cabo el Curso Intensivo de Posgrado titulado “Enfoque Interdisciplinario en Psiquiatría Perinatal” destinado a médicos, obstetras, pediatras, médicos generalistas, psicólogos y otros profesionales relacionados a la SMP (35). Fue organizado por el Instituto de Formación de Posgrado de APSA y diversas direcciones del Ministerio de Salud de la provincia.

A nivel internacional, el escenario a nivel formativo con respecto a la Psiquiatría Perinatal es muy diferente. En el mes de agosto del año 2018 se inició la primera edición del Programa de Certificación en Salud Mental Perinatal por parte de la reconocida institución *Postpartum Support International* (PSI) (36). Este programa está destinado a profesionales de la salud mental (médicos, psicólogos, enfermeras) con entrenamiento en SMP. En relación a la capacitación en SMP de médicos residentes, en Estados Unidos y Canadá existen diversas opciones ya sea

a través del fellowships (becas), cursos de posgrado, asistencia a rotaciones obligatorias o electivas (37-42). A continuación se mencionan algunos ejemplos de Departamentos de Psiquiatría donde se realizan actividades formativas en Psiquiatría Perinatal:

- Hace varios años, en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Pittsburgh (EE.UU.) se inició un espacio de reunión mensual para discutir casos clínicos relacionados a la salud mental de las mujeres junto a médicos residentes y becarios. Posteriormente, fue formalizado y se creó el Área de Concentración de Salud Mental de la Mujer, en los cuales participan otros profesionales de la salud de la institución (37). La primera camada de médicos residentes graduados con certificación en Salud Mental de la Mujer fue en el año 2016.

- El programa de la Residencia de Psiquiatría de la Escuela de Medicina y Odontología de la Universidad de Rochester (EE.UU.) incluye en la formación del médico residente de tercer año una rotación anual de Clínica Perinatal con frecuencia mensual junto al cursado de seminarios de “Introducción a la Psiquiatría Perinatal” (38).

- Dentro de las rotaciones clínicas del Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Salud y Ciencia de Oregon (EE.UU.), los becarios de Medicina Psicosomática rotan media jornada diaria cada semana por el Centro de Salud de la Mujer, bajo la supervisión de médicos especializados en Psiquiatría Reproductiva (39).

- En el último año de entrenamiento en Psiquiatría, los residentes del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ottawa (Canadá) pueden

optar por una rotación a elección. Dentro de un amplio listado de orientaciones en Psiquiatría, se destaca la rotación en Salud Mental Perinatal como opción disponible (40).

- El Departamento de Psiquiatría del Centro Médico NYU Langone Health, asociado a la Universidad de New York (EE.UU.), ofrece una beca en Salud Mental de las Mujeres de 1 año de duración donde se realizan rotaciones semanales en el Servicio de Salud de la Mujer del Centro Hospitalario de Bellevue (41). Además, los becarios realizan supervisiones clínicas individuales, participan de grupos de trabajos y discusiones de casos clínicos sobre Psiquiatría Reproductiva y son invitados a participar en publicación de trabajos científicos, co-autoría en capítulos de libros y en proyectos de investigación.

- El Centro Asher en el Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Medicina de la Universidad Northwestern (Chicago, EE.UU.) ofrece una beca de 1 año de duración para dedicarse a SMP y Psiquiatría Reproductiva (42). Las tareas se dividen en tiempos iguales entre atención clínica y participación en actividades educativas.

En una encuesta reciente sobre los programas de residencia en Psiquiatría en Estados Unidos se observó que solamente el 59 % de los programas de entrenamiento incluían alguna capacitación formal en Psiquiatría Reproductiva (incluyendo también a la Psiquiatría Perinatal) (16). Claramente un escenario absolutamente diferente al de la República Argentina en donde no es necesaria encuesta alguna para obtener resultados acerca de formación en la temática: escasa a nula.

Con respecto al desempeño de los profesionales médicos en Psiquiatría orientada al periodo perinatal, a continuación se van a describir brevemente 3 iniciativas de Psiquiatría Perinatal en instituciones de salud en España:

1. Unidad de Psiquiatría Perinatal del Hospital Clinic (Barcelona): lleva a cabo actividades específicas a la etapa perinatal: planificación del embarazo en mujeres con patología psiquiátrica (tratadas o no con psicofármacos), confección de planes terapéuticos individualizados durante el embarazo, parto y posparto, tratamiento psiquiátrico en el posparto, evaluación y tratamiento ante un duelo perinatal y asesoramiento en Psiquiatría Perinatal a especialistas que atienden mujeres con problemáticas de SMP (pediatras, ginecólogos, obstetras, médicos de familia) (43). En esta unidad se desempeñan referentes de la Psiquiatría Perinatal, como el Dr. Manuel Valdés Miyar y la Dra. Lluïsa García-Esteve, autores del único libro de Psiquiatría Perinatal en habla hispana (14).

2. Unidad de Salud Mental Perinatal y Reproductiva del Hospital Universitario Quirón Dexeus (Barcelona): se ocupa del diagnóstico y tratamiento de los trastornos emocionales y psicopatológicos en la mujer que atraviesa la etapa perinatal. Pertenece a la Sociedad Marcé Internacional, entidad de relevancia mundial en la temática de Salud Mental Perinatal (44).

3. Programa de Psiquiatría Perinatal del Hospital Universitario de Puerta de Hierro Majadahonda: inició sus actividades en el año 2009 y funciona en torno a la interconsulta y la Medicina de Enlace con los servicios de Obstetricia y Neonatología (15).

En conclusión, teniendo en cuenta que las patologías del periodo perinatal (depresión periparto, psicosis puerperal) tienen un enfoque terapéutico multidisciplinario que implica la participación de diferentes especialidades y saberes, sumada a su incidencia creciente y la complejidad de su manejo, se hace necesaria e imprescindible la capacitación en Salud Mental Perinatal de los médicos residentes, especialmente los que se desempeñarán a futuro en el ejercicio de la Psiquiatría. Debido que los médicos residentes y/o concurrentes son quienes generalmente tienen mayor contacto con las mujeres con problemáticas de Salud Mental Perinatal en las instituciones (en rotaciones de Psiquiatría de Enlace, interconsultas en Servicios de Ginecología y Obstetricia, pases de guardia o sala, etc.), es de gran importancia que se encuentren formados en las principales patologías que atraviesan las mujeres en la etapa perinatal, como así también, su pareja y su entorno familiar/social.

Además, es importante destacar el potencial impacto a nivel de Salud Pública que tendría una formación de médicos psiquiatras en Salud Mental Perinatal, debido al impacto clínico, social y económico que implican las patologías psiquiátricas del periodo perinatal, en especial, aquellas no diagnosticadas oportunamente o tratadas en forma inadecuada. Otro aspecto a destacar es la inserción laboral de los nuevos psiquiatras en áreas específicas, donde se requiere una particular capacitación y experiencia. Dada la complejidad de la clínica psiquiátrica en la etapa perinatal, el impacto sanitario de las diferentes patologías psiquiátricas y el déficit de especialistas, es imperioso contar con profesionales capacitados, entrenados y motivados en Psiquiatría Perinatal para reconocer en forma temprana los síntomas propios de las patologías mentales en

mujeres que transitan el periodo perinatal, brindar un cuidado adecuado y pertinente. para intentar prevenir sus consecuencias y

Referencias bibliográficas

- 1. Marcos-Nájera R, Rodríguez-Muñoz MF, Izquierdo-Méndez N, et al. Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. *Clínica y Salud*. 2017, 28(2), 49-52.
- 2. Carrera de Especialización en Psicología Perinatal. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Recuperado de: [http://www.psi.uba.ar/posgrado.php?var=posgrado2019_2/especializacion/peri natal/index.php](http://www.psi.uba.ar/posgrado.php?var=posgrado2019_2/especializacion/peri%20natal/index.php).
- 3. Carrera de Especialización en Psicología Perinatal y Primera Infancia, Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. Distrito X Mar del Plata. Recuperado de: <https://www.psicologosdistritox.org/carrera-especializacion-psicologia-perinatalprimera-infancia/>.
- 4. Carrera de Especialista en Psicología Perinatal. Escuela de Especialización y Formación en Psicología Perinatal. Colegio de Psicólogos de Provincia de Buenos Aires Distrito XV. San Isidro. Recuperado de: <http://cpsi.org.ar/wpcontent/uploads/2019/02/PERINATAL-PROGRAMA-2019-1.pdf>.
- 5. Carrera de Especialización en Psicología Perinatal y de la primera infancia. Colegio de Psicólogos de Lomas de Zamora. Recuperado de: <https://www.cplz.org.ar/images/2018/CURSOS/PSICOLOGA-PERINATAL-YDE-LA-PRIMERA-INFANCIA-2018.pdf>.
- 6. Curso de Postgrado en Psicología Perinatal 2019. Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME) y CONICET. Recuperado de: <http://www.ciipme-conicet.gov.ar/wordpress/curso-de-postgrado-enpsicologia-perinatal-2019/>.
- 7. Formación Superior a Distancia. Salud Mental Perinatal. Colegio de Psicólogos de Provincia de Buenos Aires. Distrito I de Bahía Blanca. Recuperado de: <https://www.colpsibhi.org.ar/novedades/formacion-superior-distancia>.
- 8. Instituto Europeo de Salud Perinatal (2017) Equipos de salud mental perinatal en los hospitales de Madrid. Recuperado de: <https://saludmentalperinatal.es/equipost-salud-mental-perinatal-los-hospitalesmadrid/>
- 9. ¿Cómo define la OMS la salud? Organización Mundial de la Salud (2020). Nueva York, <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.
- 10. Sociedad Marcé Española (MARES). Día de la Salud Mundial Materna. Barcelona, año 2020. Recuperado de: <http://www.sociedadmarce.org/dia-mundial-salud-mental-materna.cfm>.
- 11. Ley CABA N° 6172/2019 “Día de la Salud Mental Materna”. Institución. Ciudad y Derechos (2019). Portal de Garantías desarrollado por la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Recuperado de: http://ciudadyderechos.org.ar/salud/derechosbasicos_l.php?id=18&id2=77&id3=1162.
- 12. Díaz García Luis Iván & Fernández Yasna. Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de Derecho*. 2018, 51: 123-143.
- 13. Ayala Bisbicuth A (2018). Factores de riesgo en pacientes con depresión postparto en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro (Tesis de Postgrado). Universidad Regional Autónoma de los Andes. Republica del Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/9376/1>

PIUAMED0712018.pdf.

- 14. García-Esteve Lluisa, Valdés Miyar Manuel. Manual de Psiquiatría Perinatal. Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia. Editorial Médica Panamericana. Año 2017, primera edición.
- 15. Olza Fernández Ibone, Palanca Maresca Inmaculada. La experiencia del programa del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Cuadernos de Medicina psicosomática y Psiquiatría de Enlace. 2012, 101: 55-64.
- 16. Osborne LM, Hermann A, Burt V and National Task Force on Women's Reproductive Mental Health. Reproductive psychiatry: the gap between clinical need and education. Am J Psychiatry. 2015, 172:946-948.
- 17. Hudepohl N, Battle C and Howard M. Advanced training in reproductive psychiatry: The case for standardization in training and a path to sub-specialty recognition. Arch Womens Ment Health. 2018, 21: 121-23.
- 18. Payne Jennifer. Reproductive psychiatry: giving birth to a new subspecialty, International Review of Psychiatry. 2019, 31:3, 207-209.
- 19. Silverman ME & O'Brien B. (2016). Psychiatric Illness during Pregnancy and the Postpartum Period. Mount Sinai Expert Guides, 350-355.
- 20. Humphreys J, Obeney-Williams J, Cheung R, et al. Perinatal psychiatry: a new specialty or everyone's business? British Journal of Psychiatric Advances. 2016, 22(06), 363-373.
- 21. Jornada de visibilización y concientización de Salud Mental Perinatal. Recuperado de: <http://www.sociedadmarce.org/detall-agenda.cfm/ID/12364/ESP/jornada-visibilizacion-y-concienciacion-salud-mental-perinatal.htm>
- 22. Proyecto de Ley de Día Nacional de la Salud Mental Perinatal. Recuperado de: <https://www.diputados.gov.ar/proyectos/proyecto.jsp?exp=3695-D-2019>.
- 23. Programa de las materias Salud Mental I, Psiquiatría, Psicosemiología y Psicopatología (UDH) y Módulo de Salud Mental del Internado Anual Rotatorio (IAR). Carrera de Grado de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires (UBA). Link: <http://fmed.uba.ar/depto/saludmental/programas.htm>.
- 24. Plan de Estudios. Carrera de Medicina. Universidad Favaloro. Recuperado de: <https://www.favaloro.edu.ar/files/UF-%20MEDICINA.pdf>.
- 25. Carrera de Médico Especialista en Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (U.B.A.). Recuperado de: <http://www.uba.ar/posgrados/archivos/ME%20PSIQUIATRIA.pdf>
- 26. Programa docente de la Residencia de Salud Mental Psiquiatría-Psicología. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Secretaría de Salud. 2003.
- 27. Yanco Débora, Roma Verónica. Residencias de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Dilemas y avances en su construcción. VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría. 2007, 18 (73) 179-186.
- 28. Comité de Redacción de la Revista Clepios. Formación en la residencia de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. CLEPIOS. Revista de profesionales en formación en Salud Mental. Número 60: Formación.
- 29. Residencia de Salud Mental: Psiquiatría. Hospital Psiquiátrico "Dr. Diego Alcorta". Programa 2014. Santiago del estero. Recuperado de: <http://www.msaludsgo.gov.ar/web2/files//docencia//2015/Psiquiatria/PROGRAMA%20PSIQUIATRIA%202014%20corregidox.pdf>.
- 30. Programa de Residencia de Psiquiatría. Departamento de Docencia e Investigación (DDI). Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA). Recuperado de: <https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/>

archivos/noticias_archivos/48/programas_residencias/48_ProgramaResidenciaPsiquiatria.pdf

- 31. Programa de Residencia de Psiquiatría Adultos. FLENI. Recuperado de: <https://www.fleni.org.ar/wp-content/uploads/2019/02/Programa-de-Residencia-de-Psiquiatr%C3%ADa-2019.pdf>.
- 32. Curso Intensivo de Psiquiatría y Psicología Perinatal. Año 2018. Instituto Superior en Formación Profesional (ISFP) de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Recuperado de: <https://apsa.org.ar/docs/cursos/perinatal2018.pdf>.
- 33. Curso: Psiquiatría Perinatal nivel 1. Instituto Superior en Formación Profesional (ISFP) de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Recuperado de: <https://apsa.org.ar/docs/cursos/perinatal12019.pdf>.
- 34. Curso: Psiquiatría Perinatal nivel 2. Instituto Superior en Formación Profesional (ISFP) de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Recuperado de: <https://apsa.org.ar/docs/cursos/perinatal2018.pdf>
- 35. Curso Intensivo de Posgrado. “Enfoque Interdisciplinario en psiquiatría Perinatal”. Instituto de Formación de Posgrado APSA. Año 2018. Recuperado de: <http://www.ministeriodesalud.chubut.gov.ar/2018/11/22/salud-invita-a-profesionales-a-participar-de-curso-de-posgrado-en-psiquiatria-perinatal/>
- 36. Programa de Certificación en Salud Mental Perinatal. Postpartum Support International (PSI). Recuperado de: <https://www.postpartum.net/professionals/certification/>
- 37. News: “Residency Program’s Women’s Mental Health Area of Concentration addresses important need”. June 27, 2018. Department of Psychiatry, University of Pittsburgh. Recuperado de: <http://www.psychiatry.pitt.edu/news/residencyprograms-womens-mental-health-area-concentration-addresses-importantneed>
- 38. Programa de la Residencia de Psiquiatría de la Escuela de Medicina y Odontología de la Universidad de Rochester. Nueva York, Estados Unidos. Recuperado de: <https://www.urmc.rochester.edu/education/graduate-medicaleducation/prospective-residents/psychiatry/curriculum.aspx>
- 39. Calendario de Rotaciones Clínicas de Becarios de Enlace en Psiquiatría. Educación y entrenamiento del Departamento de Psiquiatría, Universidad de Salud y Ciencia de Oregon (OHSU). Recuperado de: <https://www.ohsu.edu/school-of-medicine/psychiatry-education-and-training/cl-psychiatry-clinical-rotations>
- 40. Rotaciones electivas. Educación Médica de Postgrado. Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad de Ottawa (Canadá). Recuperado de: <https://med.uottawa.ca/psychiatry/education/postgraduate-medicaleducation/electives>.
- 41. Fellowship en Salud Mental de las Mujeres. Programa, rotaciones y currículum didáctico. Departamento of Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de New York, Bellevue Hospital Center. Recuperado de: <https://med.nyu.edu/psych/education/fellowship-training/womens-mental-healthfellowship>.
- 42. Fellowship en Salud Mental de la Mujer y Perinatal. Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Medicina Feinberg de la Universidad Northwestern (Chicago, Estados Unidos). Recuperado de: <https://www.feinberg.northwestern.edu/sites/ashercenter/education/fellowship.html>.
- 43. Programa de Psiquiatría Perinatal. Hospital Clinic (Barcelona, España). <https://www.barnaclinic.com/es/psiquiatria-perinatal/>.
- 44. Unidad de Salud Mental Perinatal y Reproductiva, Hospital Universitario Quiron Dexeus (Barcelona, España). Recuperado de: <http://www.psiquiatriapsicologiadexeus.com/es/unidades.cfm/ID/885/ESP/salud-mental-perinatal.htm>.



Editorial Sciens
BUENOS AIRES