

update en ginecología y obstetricia 4



REVISTA LATINOAMERICANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA // DIRECTOR: Dr. Miguel Ángel Bigozzi // AÑO 2 - N°4 - MARZO DE 2025

Depresión periparto

Dr. Mauro Gherzi, Dr. Alexis Mejías Delamano



Update en Ginecología y Obstetricia

Revista Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia.
Edición para la República Oriental del Uruguay.

Sumario

Artículos y revisiones

4 | Depresión periparto

Dr. Mauro Ghersi, Dr. Alexis Mejías Delamano

DIRECTOR

Dr. Miguel Ángel Bigozzi

Médico. Universidad de Buenos Aires.

Especialista en Ginecología y Obstetricia. GCBA.

Especialista en Ginecología y Obstetricia. SOGIBA.

Especialista en Cirugía Mínimamente Invasiva.

BOARD ISGE.

BOARD GCH.

Presidente SAMDHI.

Comisión directiva SACIG.

Doctor en Medicina. Universidad de Buenos Aires (UBA).

Docente Autorizad. Universidad de Buenos Aires (UBA).

Jefe de Departamento Hospital B. Rivadavia. Bs. As., Argentina.

Coordinador Docente UDH. Hospital B. Rivadavia.

DIRECTOR ASOCIADO

Dr. Pablo Terrens

Director Editorial Sciens.

Médico, Universidad de Buenos Aires (UBA).

pablo@sciens.com.ar

EDITORA

Dra. Natalia Silvana Aráoz Olivos

Médica. Universidad Nacional del Nordeste.

Especialista en Neurología.

Fellowship en Parkinson y Movimientos anormales. Hospital de Clínicas.

Especialista en Epidemiología, GCBA.

Especialista en Estadística en Ciencias de la Salud, UBA.

Médica de Planta Dto. de Docencia e Investigación Hospital B. Rivadavia.

Médica Asesora en Epidemiología Instituto Nacional del Cáncer (INC), Argentina.

COORDINADOR EDITORIAL

Lic. Leandro Otero

leandro@sciens.com.ar

SCIENS EDITORIAL



sciens.com.ar



Sciens Editorial Médica



scienseditorial

Docentes, investigadores y médicos asistenciales especializados en Ginecología y Obstetricia de entidades, publican sus trabajos de revisión o investigación en carácter individual e independiente. Los materiales publicados (trabajos, cartas al editor, comentarios) en la revista *Update en Ginecología y Obstetricia* representan la opinión de sus autores; no reflejan necesariamente la opinión de la dirección o de la editorial de esta revista. La mención de productos o servicios en esta publicación no implica que el director o la editorial de la revista los aprueben o los recomienden, deslindando cualquier responsabilidad al respecto. Registro de propiedad intelectual en trámite.

Editorial

Salud mental perinatal: una deuda silenciosa que merece visibilidad

Con enorme satisfacción presentamos una nueva edición de **Update en Ginecología y Obstetricia**, esta vez con el sello de la edición uruguaya. Esta revista, impulsada por **Editorial Médica Sciens**, nace con la vocación de ser una herramienta ágil y rigurosa para la actualización de los profesionales de la salud que atienden a mujeres en todas las etapas de su vida reproductiva.

El artículo que encabeza esta edición, escrito por el Dr. Mauro Ghersi y el Dr. Alexis Mejías Delamano, se centra en un tema tantas veces postergado como crucial: la depresión periparto. La evidencia nos muestra que la salud mental durante el embarazo y el posparto no solo afecta el bienestar de la mujer, sino también la salud de su hijo y la dinámica familiar. Identificar, comprender y abordar esta problemática es parte del compromiso que tenemos como ginecólogos y obstetras.

En esta revisión, se integran datos locales y regionales que evidencian la alta prevalencia y el impacto de esta condición, y se proponen estrategias concretas para mejorar su detección temprana. Se recuerda el rol fundamental que tenemos como primeros interlocutores de la mujer embarazada y puerpera, y la importancia de integrar la dimensión emocional al cuidado perinatal.

Agradecemos especialmente a Laboratorios Gador Uruguay, cuyo respaldo permite que esta publicación llegue a los profesionales de Uruguay y de toda Latinoamérica. Su apoyo contribuye a fortalecer el acceso a información médica de calidad.

Desde la dirección de la revista, reafirmamos nuestro compromiso con la formación continua, la reflexión clínica y el enfoque integral de la medicina. Esperamos que cada edición sea una herramienta práctica y valiosa en la consulta diaria.

Dr. Miguel Ángel Bigozzi
Director, Update en Ginecología y Obstetricia

Depresión periparto

Dr. Mauro Ghersi¹, Dr. Alexis Mejías Delamano²

1. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, Médico ginecólogo de la Clínica Monte Grande. Buenos Aires, Argentina.

2. 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).

Resumen

La depresión periparto (DPP) consiste en un episodio depresivo mayor o menor que tiene comienzo en el embarazo o en el período postparto. Las patologías psiquiátricas durante el período perinatal son un problema de Salud Pública muy frecuente. Aproximadamente un 25 % de las mujeres experimentan algún trastorno psiquiátrico en este período. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes en el período perinatal son la ansiedad y la depresión. La prevalencia promedio de la DPP es del 13 %. 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. 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 diagnóstico se puede llevar a cabo 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.

Palabras clave

Depresión – Periparto – Embarazo – Mujeres – Parto.

Introducción

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 período 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 diferentes 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 psiquiátricas 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 Edinburgh (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 na-

cido 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 hospitalaria (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

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.

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).

Todos los estudios coinciden en que el embarazo no constituye un factor protector contra los trastornos depresivos (22). 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 (22).

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 (23). 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) (23). 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 (24). Los valores de la Escala de Edinburgh 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 (25). 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 (25). 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 re-

ducción de la concentración de monoaminas cerebrales lo que contribuye al desarrollo de síntomas depresivos (10, 26, 27).

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) (28-30). 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 (26-28).

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, 26).

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, 26, 27). 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,

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.

muerte neonatal), embarazo adolescente (26). 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 neurotransmisores probablemente involucrados 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 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, 26, 27).

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, 27). 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 (31).

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 Edinburgh).

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 (32).

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 (33).

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 considerar que el riesgo de desarrollar una DPP aumenta con el agravamiento de la PE (34).

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.) (35).

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 (36, 37).

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 embarazo 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 (38). Otros factores psicológicos se relacionan con las alteraciones emocionales previas a la gestación (39).

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 (40).

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” (40).

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 (41). 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 (42).

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 (43).

Violencia obstétrica

La violencia obstétrica constituye otra forma de violencia de los Derechos Humanos y es, de acuerdo a la definición inclui-

da 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 (43-45) (Ver Tabla 3).

La implicancia de las prácticas médicas, en relación a la aparición de la depresión periparto, dado el estrés y el mal-estar 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 (41).

Manifestaciones clínicas

Dentro de las manifestaciones clínicas características de la depresión periparto, se destacan las siguientes (46-50).

- **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”, etcétera).

- **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 culpa con proporciones delirantes. La mujer puede tener, también, pensamientos de autorreproche

Tabla 3

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.

("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 capacidad 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 disfrutan 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 (46, 49, 50).

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, 27, 48, 49).

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 (27).

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 5ª 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 (48) (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 (48).

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 (51). Es un estado emocional esperable durante el puerperio de la mujer, especialmente en las madres primizas (23). Suele afectar entre el 30 y 80 % de las mujeres puérperas (22, 23, 48, 51). 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 puérperas (22). 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 (52). 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 (23).

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 de sus síntomas (48). 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, 48, 51).

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, 23) (Ver Tabla 4).

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 (48). El ataque de pánico postparto se diagnostica si la madre experimenta ataque de pánico por primera vez en la vida, con periodo breve s de miedo asociado a palpitaciones, transpiración, dificultad para respirar, precordalgia, 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 (23). 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 (23).

Asimismo, también es necesario diferenciar la DPP de la psicosis puerperal, la que constituye una emergencia psiquiátrica que requiere de atención médica inmediata. Se caracte-

Cuadro 1

Síntomatología 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

riza 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 (48).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades 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 presentan 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 sín-

tomas 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, 48, 49).

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 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

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).

Tabla 4

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.

depresión en el periodo posparto y, subsecuentemente, validada para su uso en el embarazo (53). 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 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, 23, 27).

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 prenatal y ≥ 13 puntos en mujeres en el periodo postparto, mientras que para detectar una posible depresión se puede tener en cuenta un valor ≥ 13 en las mujeres prenatales 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, 23). En el Cuadro 4 se resumen las interpretaciones y acciones sugeridas a tomar de acuerdo con los valores de la EDPPE (23).

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 (23).

En relación con nuevas metodologías para optimizar la efectiva detección de la DPP, en un reciente **estudio meta-biológico** 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 (54). 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 ce-

Cuadro 3

Diferentes herramientas de tamizaje de depresión usadas en población general y en el período 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 %	97-100 %
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos	20	5-10 minutos	60 %	92 %

* Escalas específicas de depresión periparto (DPP).

rebro (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 la 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-hidroxifenil)-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 metabolómicos 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 (54).

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

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.

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 Physician*. 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 puerperas 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. 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.
22. 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.
23. Thurgood Sara, Avery Daniel and Williamson Lloyd. Postpartum depression (PPD). *American Journal of Clinical Medicine*. 2009, 6(2): 17-22.
24. Meky 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.
25. 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.
26. *Psiquiatría Perinatal y del niño de 0-3 años*. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). 1ra edición, año 2015. Capítulo 2: estudio de la parentalidad: depresión post-parto.
27. García-Esteve Lluís, 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.
28. 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
29. McEvoy K, Osborne LM. Allopregnanolone and reproductive psychiatry: an overview. *International Review of Psychiatry*. 2019, DOI:10.1080/09540261.2018.1553775.
30. Pluchino N, Ansaldi Y, Genazzani A. Brain intracranial allopregnanolone during pregnancy and hormonal contraception. *Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation*. 2019, 20180032: 1-6.
31. Binder, 2010.
32. 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
33. 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.
34. 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.
35. 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.
36. 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
37. Dennis CL, Vigod S. Preventing postpartum depression: fatigue management is a place to start. *Evid Based Nurs*. 2019.
38. Vargas M., y García J. Depresión Post-Parto: Presencia y manejo Psicológico. *Centro Regional de Investigación en Psicología*. 3(1): 11-18. (2009).
39. 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).
40. Sadock B, Sadock K V, Ruiz P. (2015) Kaplan & Sadock. *Sinopsis de Psiquiatría*. 11 ° Edición, Editorial Wolters Kluwer.
41. 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/PIUAMED071-2018.pdf>
42. Molina, E (2006) *Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer*. Psykhe. 2006, 15, 93-103.
43. 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>
44. 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>
45. 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.
46. Lartigue T, Maldonado-Duran M, Gonzalez-Pacheco I, et al. Depresión en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Human*. 2008, 22: 111-131.
47. Ross L, Dennis C-L, Roberson E, et al. Postpartum Depression: a guide for front-line health and social service providers. 2005.
48. Sharma Verinder and Sharma Priya. Postpartum and depression: diagnostic and treatment issues. *J Obstet Gynaecol Can*. 2012, 34: 436-442.
49. 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.
50. Nanzer Nathalie. La depresión postparto. Salir del silencio. Ediciones Octaedro. Primera edición, año 2015.
51. 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
52. Umbh Sandy Julianty, How Choon and Chen Helen. Postnatal depression: a family medicine perspective. *Singapore Med J*. 2013, 54(9): 477-481.
53. 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.
54. Zhang L, Zou W, Huang Y, et al. A Preliminary Study of Urine Metabolomic Alteration for Postpartum Depression Based on Liquid Chromatography Coupled to Quadrupole Time-of-Flight Mass Spectrometry. *Disease Markers*. 2019, 19: 1-19.
55. 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.
56. Rai Shashi, Pathak Abhishek and Sharma Indira. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian J Psychiatry*. 2015, 57(2): S216-S221.