

## DEPRESIÓN POST-PARTO: PRESENCIA Y MANEJO PSICOLÓGICO.<sup>1</sup> POSTPARTUM DEPRESSION: OCCURRENCE AND HANDLING.

\*Jaime Ernesto Vargas-Mendoza<sup>2</sup> y \*\*Magdalena García Jarquín

\*Asociación Oaxaqueña de Psicología A. C. Centro Regional de Investigación en Psicología

\*\*Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No.1, Oaxaca.  
México

**Resumen.** Los problemas emocionales post-parto se pueden rastrear hasta los primeros escritos de Hipócrates, quien en el año 700 A. C. los describía en detalle. También habría que citar los textos de Galeno, Celcio y otros. Actualmente, la incidencia de la depresión post-parto resulta muy variable, en un rango entre 30 y 200 casos por cada 1000 nacimientos (3 – 20 %), con una estimación de una tasa de recurrencia de entre 10 y 35 %. El propósito de este trabajo fue el de evaluar la presencia de la Depresión en pacientes postnatales, mediante la Escala de Depresión Postnatal Edinburgh, misma que se aplicó a 10 pacientes postnatales antes de 4 semanas desde su parto. Los datos muestran que el 90% de la población estudiada presenta depresión post-parto. Sin embargo, cuando se compararon los resultados de las pacientes agrupadas por el número de partos o la ganancia en peso corporal después del proceso de embarazo y alumbramiento, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Palabras Clave:** Depresión postnatal, incidencia, tratamiento.

**Abstract.** Postpartum emotional problems can be tracked to the earlier writings of Hippocrates, who in 700 B. C. described in detail, as well as the writings of Galen, Celsus and others. Actually, the incidence for postpartum depression is much more variable, ranging from 30 to 200 cases per 1000 births (3 – 20%), with an estimated 10-35% rate of recurrence. The aim of this inquiry was to examine the incidence of depression reactions of postnatal woman through the Edinburgh Postnatal Depression Scale applied to a group of 10 postnatal patients, before de four week after delivery. Data show 90% of this population suffering depression. There were not a significance statistical difference when compared mean scores of subjects whit little or great postpartum weigh gain or with respect to the birth order.

**Keywords:** Postpartum depression, incidence, treatment.

Un resultado claramente negativo en el periodo perinatal de las mujeres es la depresión post-parto. A pesar de ello, aún no se tiene claridad sobre la naturaleza de este fenómeno y su relación con diversas variables conductuales y estructurales. Típicamente, este síndrome se caracteriza por sentimientos de tristeza en la nueva mamá, una inestabilidad emocional extrema, lloriqueo, irritabilidad y fatiga.

La mayor parte de la investigación sobre la depresión post-parto ha buscado causas biológicas o psicosociales de ella, tales como cambios hormonales, edad maternal y número de alumbramientos, historia psiquiátrica, atmósfera marital, etc. Al momento se le ha dado poca consideración al impacto del contexto cultural del periodo post-parto como causa de la depresión, factores tales como la organización de la familia y el grupo social, el papel de las expectativas de la propia madre y

<sup>1</sup> Recibido el 22 de agosto y aceptado el 6 de septiembre del 2008.

<sup>2</sup> Calzada Madero 1304, Centro, Oaxaca, México. C.P. 68000 E-mail: je\_vargas@yahoo.com.mx, Sitio web: <http://www.conductitlan.net>

de las que pudieran mostrar otros familiares o personas significativas, etc.

Si revisamos la literatura antropológica sobre los nacimientos encontraríamos que existen elementos comunes en la estructuración social del periodo post-parto en diferentes culturas. Esto nos permite suponer que la experiencia de la depresión post-parto se exagera y se potencializa por factores socio-culturales.

Existe una idea informal folklórica y popular acerca de este periodo como un episodio emocionalmente complejo, estresante y fatigoso. Las madres norteamericanas expresan que en un 60-80% lo experimentan como "baby blues" (distimia) y posiblemente como una depresión de nivel intermedio, lo que representaría un síndrome culturalmente anclado en la cultura occidental, que es resultado parcialmente de las prácticas modernas de nacimiento y de la falta de una definición clara del rol social que esto tiene y de las previsiones para la ayuda y el apoyo que necesita la nueva madre en nuestra sociedad.

Los problemas emocionales post-parto se pueden rastrear hasta los primeros escritos de Hipócrates, quien en el año 700 A. C. los describía en detalle. También habría que citar los textos de Galeno, Celcio y otros.

Aunque la depresión post-parto es un trastorno tratable, muchas mujeres que lo padecen no reconocen tener este problema. Un estudio realizado en mujeres con depresión postnatal (Whitton, Warner & Appleby, 1996)) mostró que cerca del 90 % se percató que algo andaba mal, sin embargo menos del 20 % reportó sus síntomas ante algún médico. De esta muestra, solo un tercio consideró tener una depresión post-parto. De acuerdo con los datos de otro estudio (Walter, 1997), se estima que solo el 20 % de las pacientes con este desorden reciben un manejo de salud mental. Los individuos restantes permanecen sin diagnóstico, están mal diagnosticados o no buscan ninguna asistencia médica.

Así, la incidencia de la depresión post-parto resulta muy variable, en un rango entre 30 y

200 casos por cada 1000 nacimientos (3 – 20 %), con una estimación de una tasa de recurrencia de entre 10 y 35 %. La depresión puede ocurrir en cualquier momento después del parto, frecuentemente luego que la mujer ha regresado a su hogar desde el hospital. Los síntomas pueden durar desde unas pocas semanas hasta varios meses: cerca del 4 % de los casos persisten por un año. Datos recientes (Righetti-Veltema et al, 1998) ubican la incidencia de la depresión post-parto en aproximadamente 10 a 15 % de las madres primerizas.

Al discutir las causas de la depresión post-parto, debemos mencionar las teorías biológicas. A partir de la revolución psicofarmacológica de los años 1950's se planteó la relación entre la depresión post-parto y los cambios hormonales de la mujer. Consistentemente se notaba que la presentación de los síntomas en el tercer día del post-parto correspondía con los cambios hormonales que ocurren en ese tercer día. Uno de estos cambios hormonales que se encuentra bien establecido por la investigación y que ocurre en el periodo post-parto es una brusca caída en los niveles de estrógenos y de progesterona. Al tercer día del post-parto, los estrógenos y la progesterona regresan a los niveles que había antes del embarazo. Las mujeres con los decrementos más bruscos tienen más probabilidades de reportarse como deprimidas durante los primeros 10 días después del parto. También se ha notado una relación entre estas rápidas caídas de los estrógenos luego del parto y marcados decrementos de los niveles de triptófano en plasma, mismos que correlacionan con el diagnóstico de depresión. No obstante esto, la mayoría de los investigadores están de acuerdo en afirmar que las hormonas no están directamente relacionadas con la depresión post-parto. Por ejemplo, algunos afirman que "no hay sustento para asociar directamente la progesterona y el tono emocional post-natal" (Harris et al, 1996).

Un campo de investigación más reciente se refiere a la actividad de la prolactina durante el puerperio. Los niveles de prolactina forman una curva inversa a la de los niveles de

estrógenos y progesterona durante el periodo post-parto, por lo que razonablemente se ha asumido que las madres que no amamantan a sus bebés y producen un rápido declive en su prolactina, podrían tener una depresión post parto. Este es un asunto que requiere de mayor investigación al momento. También se ha sugerido que el estrés psicobiológico y los cambios en los esteroides adrenales durante el post-parto, jueguen un papel en la depresión. Sin embargo, algunos investigadores afirman que “no existe una asociación positiva entre la depresión post-parto y los cambios en la concentración de esteroides como el cortisol” (Gregoire et al, 1996).

Se han argumentado también causas psicológicas de la depresión post-parto. En muchos reportes se encuentra que las nuevas mamás manifiestan sentimientos de “inadecuación” respecto a su relación con el bebé. Datos más sistemáticos provienen de un estudio que utilizó una larga muestra de mujeres postnatales a las que se les aplicó un Cuestionario de Actitudes Maternales (MAQ) para evaluar su opinión respecto a su rol y sus expectativas maternas. Los resultados mostraron que las mujeres con depresión post-parto eran cognitivamente diferentes a las madres que no estaban deprimidas (Warner et al, 1997). Otros estudios han investigado el efecto del peso corporal que se gana después del embarazo y su relación con la imagen corporal deseada y la auto-estima de la mujer. Algunos investigadores han encontrado que el bienestar psicológico de las mamás, muchas veces se estima a partir de su peso después de dar a luz (Jenkin & Tiggemann, 1997). Así también, otras investigaciones muestran que las mujeres con más peso reportan síntomas de depresión más frecuentemente (Walter, 1997).

También se ha sugerido que el número de partos es un factor asociado a la depresión postnatal. Diversas investigaciones han concluido que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión de manera más fuerte, que en el caso del segundo o el tercer parto (Kruckman & Smith, 2008).

La presente investigación pretende observar si las pacientes del Hospital General de Zona No.1 de la Delegación del Seguro Social en Oaxaca, que son atendidas por el Servicio de Salud Reproductiva, manifiestan, en alguna proporción, la Depresión Post-Parto.

## Método

### Participantes

10 pacientes recientemente atendidas en labor de parto.

S's	Nombre	Edad	No. de Parto	Ganancia de Peso (Kgs)	Puntaje en la Prueba
1	CAE	19	2	6	6
2	VTJ	32	2	6	14
3	IAF	26	2	3	20
4	RGM	18	1	4	12
5	GMO	23	1	4	23
6	GJA	27	1	4	20
7	AJA	34	2	4	14
8	GGA	20	1	4	21
9	VVA	23	2	7	24
10	RLS	22	2	4	19

### Materiales

Se utilizó la Escala de Depresión Postnatal (Edinburgh), desarrollada por Cox, Holden & Sagovsky (1987) (Anexo 1).

### Procedimiento

Fase I.- Se aplicó individualmente la Prueba a las pacientes, un día antes de ser dadas de alta luego de su parto y antes de que hubieran transcurrido mas de 4 semanas, posteriores a este evento.

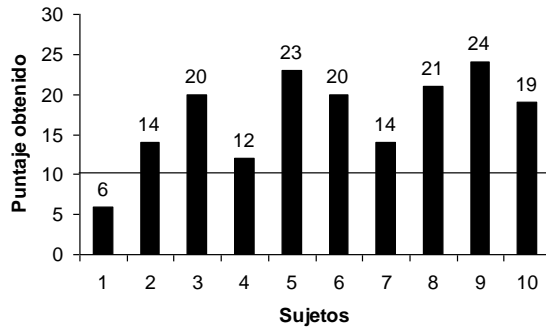
Fase II.- Los datos fueron tabulados en base a una estadística descriptiva y se graficaron, para su presentación económica.

Se trató de un estudio descriptivo, transversal, prospectivo.

## Resultados

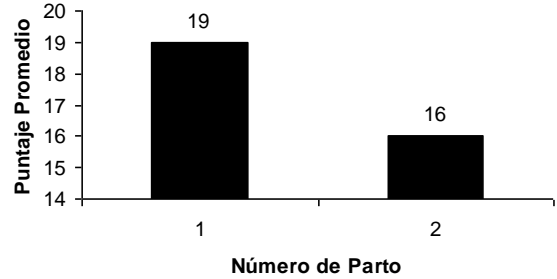
En la Figura 1 podemos ver las puntuaciones obtenidas por las pacientes en la prueba. Se ha trazado una línea horizontal marcando el puntaje de 10, pues los autores de la escala recomiendan que las pacientes con una puntuación superior debieran ser asesoradas por un profesional en salud mental, para manejar su estado depresivo. En el caso de la población estudiada, el 90% de las pacientes supera los 10 puntos.

**Fig.1 Resultados de la Prueba**



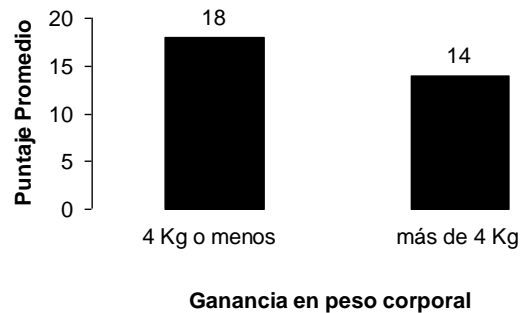
En la Figura 2 se muestra la distribución de los puntajes promedio de las pacientes que estuvieron en su primer o en su segundo parto, se puede ver que es más alto el puntaje (o la reacción depresiva) en las pacientes primerizas, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa (prueba T,  $t < p$ ).

**Fig.2 Pacientes en su primer parto (4) vs. pacientes en su segundo parto (6)**



La Figura 3 nos enseña la distribución de los puntajes promedio de las pacientes que tuvieron poca ganancia de peso corporal después de su parto, comparadas con las que tuvieron un mayor aumento. Se observa un puntaje mayor en las pacientes con menor ganancia de peso corporal, aunque tampoco ésta diferencia resulta estadísticamente significativa (prueba T,  $t < p$ ).

**Fig. 3 Pacientes que engordaron poco (7) vs. pacientes que engordaron mas (3)**



## Discusión

Como vemos, solo una de las pacientes que evaluamos arrojó un puntaje bajo en la escala de la prueba, lo que corresponde a un 90% de pacientes con depresión post-parto en la población que estudiamos. La paciente con puntaje bajo estaba en su segundo parto. El 100% de las pacientes en su primer parto reportaron puntajes de depresión post-parto.

Estos datos no son concluyentes pues se requiere una investigación más amplia. Tampoco son generalizables a todas las pacientes, pues no se trató de una muestra representativa. Sin embargo, sí nos permite afirmar que el fenómeno de la depresión post-parto es real y ocurre en nuestro contexto social, siendo un problema clínico que merece atención.

La depresión post-parto generalmente es un trastorno autolimitado que se resuelve entre 2 semanas y 3 meses (Nonacs & Cohen, 1998). Así que, como los síntomas desaparecen espontáneamente, la terapia usual se limita a brindar apoyo afectivo. Normalmente no se necesitan medicamentos.

Aunque, como otras formas de depresión, la depresión post-parto ocurre a lo largo de un continuo. Las pacientes pueden expresar una depresión moderada, media o severa en su sintomatología. De manera que el tratamiento tiene que ajustarse a la severidad de la reacción y al grado de incapacidad que este represente.

La primera línea de ataque es la psicoterapia. Hay dos métodos psicoterapéuticos que han mostrado sus beneficios en estos casos, estos son la Terapia Interpersonal (TIP) y la Terapia Cognitivo-Conductual breve (TCC) (Nonacs & Cohen, 1998). La TIP es un tipo de terapia orientada interpersonalmente y de tiempo limitado, que puede ser útil en mujeres con depresión media. La TCC le enseña a las pacientes a reconocer sus pensamientos inapropiados y las conduce hacia a una forma más realista de ver las cosas. Este tipo de terapia es más recomendable cuando la

ansiedad es el componente más problemático de entre los síntomas (Cassem, 1997).

La segunda línea de ataque es la farmacoterapia. Hay pacientes que necesitan tratamiento médico, la depresión post-parto demanda el mismo tratamiento que la depresión mayor (Nonacs & Cohen, 1998), por periodos de tiempo similares y con dosis iguales a las empleadas con otras depresiones no puerperales. Un tratamiento inadecuado pone a las pacientes en riesgo de secuelas por un trastorno afectivo no tratado y la depresión puede volverse crónica, recurrente y/o refractaria. Como en otros tipos de trastornos afectivos, la farmacoterapia debe combinarse con el consejo clínico, con grupos de autoayuda o con ambos.

En pacientes con signos de depresión que incluyen cambios en el sueño y en el apetito, baja concentración y cambios psicomotrices, están indicados los antidepresivos (Diket & Nolan, 1997). De acuerdo con Cohen & Rosenbaum (1998), los medicamentos con más seguridad para su empleo son la nortriptilina, la imipramina y la fluoxetina. En las pacientes con riesgo de suicidio o con ideación suicida activa, es necesario canalizarlas a hospitalización. La depresión post-parto severa se ha visto que responde rápidamente a la terapia electroconvulsiva (Gregoire et al, 1996).

## Referencias

- Cassem, N. H. (1997) *Massachussets General Hospital Handbook of General Psychiatry*. St. Louis, Mo: Mosby-Year Book.
- Cohen, L. S., and Rosenbaum, J. F. (1998) Psychotropic drug use during Pregnancy: weighing the risks *J Clin Psychiatry*, 59(2), 18-28.
- Cox, J. L., Holden, J. M. and Sagovsky R. (1987) Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

- Diket, A. L. and Nolan T. E. (1997) Anxiety and depression: diagnosis and treatment during pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 24, 535-558.
- Gregoire, A. J. P., Kumar, R., Everitt, B., Henderson, A F. and Studd, J. W. W. (1996) Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet*, 347,930-33
- Harris, B., Lovett, L., Smith, J., Read, G., Walker, R. and Newcombe R. (1996) Cardiff puerperal mood and hormone study. III. Postnatal depression at 5 to 6 weeks postpartum, and its hormonal correlates across the peripartum period. *British Journal of Psychiatry*, 168,739-744.
- Jenkin, W. and Tiggemann, M. (1997) Psychological effects of weight retained after pregnancy. *Women & Health*, 25, 89-98.
- Kruckman, L. and Smith, S. (2008). *An Introduction to Postpartum Illness*. USA: Postpartum Support International. En <http://postpartum.net/resources>
- Nonacs, R. and Cohen, L. S. (1998) Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *J Clin Psychiatry*, 59(2), 34-40.
- Righetti – Veltema, M., Conne- Perreard, E., Bousquet ,A. and Manzano J. (1998) Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 49,167-180.
- Walther, V. N. (1997) Postpartum depression: A review for perinatal social workers. *Soc. Work Health Care*, 24(3-4),99-111.
- Walker, L. O. (1997) Weight and weight-related distress after childbirth: Relationships to stress, social support, and depressive symptoms. *Journal of Holistic Nursing*, 15(4),389-405.
- Warner R., Appleby L., Whitton, A. and Faragher B. (1997) Attitudes toward motherhood in postnatal depression: Development of the maternal attitudes questionnaire. *J. Psychosom. Res.*, 43(4),351-358.
- Whitton, A., Warner, R. and Appleby L. (1996) The Pathway to care in post-natal depression: Women's attitudes to post-natal depression and its treatment. *British Journal of General Practice*, 46(408),427-428.

## ANEXO 1.

### EDINBURGH ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL J.L. Cox, J.M. Holden & R. Sagovsky, 1987

Instrucciones.- Como recientemente Usted ha tenido un bebé, queremos saber cómo se ha sentido. Por favor escoja la respuesta que mejor describa la forma en que se sintió LA SEMANA PASADA y no como se siente en este momento.

1. La semana pasada estuve dispuesta a reírme y ver la parte divertida de las cosas:

- Casi todo el tiempo
- Varias veces
- En verdad, poco
- Para nada

2. La semana pasada vislumbré los acontecimientos con júbilo:

- Como siempre lo hacía
- Menos de lo que acostumbraba
- Bastante menos de lo usual
- Difícilmente

3. La semana pasada si algo salía mal, me sentía terriblemente culpable:

- Sí, casi todo el tiempo
- Sí, algunas veces
- No muy seguido
- No, nunca

4. La semana pasada me sentía ansiosa o preocupada sin ningún motivo:

- No, para nada
- Difícilmente
- Sí, algunas veces
- Sí, cada rato

5. La semana pasada me sentía asustada o espantada sin tener motivo:

- Sí, bastante
- Sí, algunas veces
- No, no mucho
- No, para nada

6. La semana pasada las cosas me rebasaban:

- Sí, casi todo el tiempo no hice nada bien
- Sí, algunas veces no pude actuar correctamente
- No, casi todo el tiempo resolví las cosas
- No, me desarrollé tan bien como siempre

7. En la semana pasada era tan desdichada que no podía dormir:

- Si, todos los días
- Sí, algunos días
- Me pasó algún día
- No, nunca me pasó

8. En la semana pasada me sentí triste y miserable:

- Sí, casi todo el tiempo
- Sí, muy seguido
- No mucho
- No, para nada

9. La semana pasada me sentí mal y estuve llorando:

- Sí, casi todo el tiempo
- Sí, muy frecuentemente
- Solo unas veces
- No, ninguna vez

10. En la semana pasada estuve pensando en lastimarme a mí misma:

- Si, varias veces
- Sí, algunas veces
- Difícilmente
- Ni de chiste