



Recibido: 03 de mayo de 2013  
Aprobado: 21 de junio de 2013

# Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto

Erica Medina-Serdán\*

\* Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia.

Universidad Anáhuac del Norte.

## RESUMEN

Los trastornos del estado de ánimo del puerperio: tristeza postparto, depresión postparto y psicosis postparto tienen una alta prevalencia, tanto en nuestro país como en otras partes del mundo. Éstos afectan directamente la salud física y emocional de la madre, al igual que la del recién nacido y la pareja, produciendo inestabilidad en el entorno familiar y social de quien la padece. Por lo mismo, se han convertido actualmente en la primera complicación perinatal, así como en un problema de salud pública. El presente artículo muestra una revisión de la literatura e investigaciones más recientes sobre estos padecimientos, con la intención de ayudar al profesional de la salud a detectarlos, diagnosticarlos y, en su caso, tratarlos o canalizar a la mujer con un especialista.

**Palabras clave:** Tristeza postparto, depresión postparto, psicosis postparto, trastornos del estado de ánimo.

## ABSTRACT

Postpartum mood disorders, like maternity blues, postpartum depression and postpartum psychosis, have a high worldwide prevalence. They have a direct impact on the physical and emotional wellbeing of the mother, the couple and the newborn, and may affect the family and the social environment of the women as well. Therefore, these conditions are currently the most common perinatal complication, and have also become a public health problem. The present article is a detailed review of recent literature and research regarding the afore mentioned mood disorders. Its objective is to assist the health care professional in the detection and diagnosis to these illness, and if needed, treating them or referring the patient to a specialist.

**Key words:** Maternity blues, postpartum depression, postpartum psychosis, mood disorders.

## INTRODUCCIÓN

Durante el embarazo y el puerperio se presentan cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad en la mujer para la aparición de trastornos psíquicos.<sup>1</sup>

Cerca del 80% de las mujeres<sup>2</sup> sufren algún tipo de alteración durante estas etapas, las cuales pueden ir desde molestias leves y transitorias como la tristeza y el llanto, incluyendo síntomas como la angustia y la dificultad de vincularse con su hijo, hasta situaciones graves como inclinaciones suicidas.

En algunos casos, los trastornos del estado de ánimo en el postparto, debido a la falta de información, no son considerados como una enfermedad.

Por el contrario, suelen atribuirse a una dificultad en la capacidad de la madre, o a falta de fortaleza y determinación para superar un periodo difícil de la maternidad. Aunado a esto, los profesionales de la salud pueden llegar a subdiagnosticar (en cerca del 50% de los casos)<sup>1,2</sup> o confundir dichas patologías.

Por lo mismo, hay mujeres que al no contar con una evaluación y asesoramiento oportuno, no logran acceder a un tratamiento adecuado. Esto, a su vez, puede hacer que los síntomas se intensifiquen o que el problema se convierta en un padecimiento crónico, y que la mujer, el recién nacido, la pareja y la familia, tengan una mala calidad de vida. En determinados casos, como resultado de la falta de una intervención apropiada, pueden presentarse consecuencias graves y estar en riesgo la vida de la mujer y/o de su hijo.

Debido a lo antes mencionado, actualmente los trastornos del estado de ánimo en la etapa perinatal, por su alta frecuencia y por estar asociados a elevados índices de discapacidad en la mujer, representan un problema de salud pública.<sup>3</sup>

El objetivo del presente artículo es exponer los tres padecimientos afectivos que se pueden presentar en el puerperio: la tristeza postparto (TPP), la depresión postparto (DPP) y la psicosis postparto (PPP), con la intención de apoyar al profesional de la salud para diagnosticarlos, diferenciarlos y derivar a las pacientes, de ser necesario, con un especialista (*Cuadro I*). Se presentarán también los modelos de intervención de cada trastorno, con la finalidad de que el profesional, si lo considera pertinente, intervenga directamente o canalice a la mujer con otro especialista y/o institución, para que se forme así un equipo de trabajo multidisciplinario que proporcione una atención integral.

## TRISTEZA POSTPARTO

Se llama comúnmente *Baby Blues* y se describe como una alteración del estado de ánimo, debida principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales. Éstos tienen una intensidad y duración variable,<sup>4</sup> y suelen aparecer entre los dos y cuatro días posteriores al parto. Los síntomas son de alivio espontáneos dentro

de las dos a tres semanas siguientes al alumbramiento, y no requieren de atención médica y/o psicológica.<sup>1</sup>

Al igual que en el caso de la DPP, existen diferentes estadísticas sobre su prevalencia tanto en México, como en otros países. Esta situación se debe principalmente, a la diferencia en el manejo, calificación e interpretación de las pruebas e instrumentos que se utilizan para detectar y medir los trastornos del estado de ánimo.<sup>5-12</sup> La mayoría de los investigadores concuerdan en que la TPP se puede presentar entre el 50 y 80% de las mujeres que han dado a luz<sup>2,13,14</sup> (*Figura 1*).

Actualmente, no se ha determinado que exista una causa específica de la TPP; únicamente se han encontrado factores de riesgo, los cuales, al estar presentes, pueden producir que una madre sea más susceptible a presentarla. A pesar de esto, hay casos en que las mujeres poseen uno o varios antecedentes, sin que se dé la presencia de esta alteración.

Los factores más comunes son la presencia de episodios de depresión o síntomas depresivos durante el embarazo, así como de sucesos estresantes durante la gestación, especialmente durante el último mes. Se ha visto que las alteraciones del sueño, haber padecido un síndrome premenstrual, o el antecedente de hijos muertos, aumenta las posibilidades de que aparezca.<sup>12,14</sup>

El cuadro se presenta generalmente con labilidad emocional,<sup>1,2,8</sup> irritabilidad<sup>1,15</sup> y tristeza o llanto

**Cuadro I. Trastornos del estado de ánimo del postparto.**

	Tristeza postparto	Depresión postparto	Psicosis postparto
Causas	Producida por cambios hormonales, psicológicos y sociales	Factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales	Factores de riesgo (especialmente haber padecido trastornos afectivos, esquizofrenia o PPP previa)
Prevalencia	50-80% de las mujeres que dan a luz	13.86-32.6% en México	1-2 mujeres por cada 1,000 partos (0.1-0.2%)
Aparición	Entre los 2-4 días posteriores al parto. Desaparecer por sí sola después de 2-3 semanas	Puede aparecer inmediatamente después del alumbramiento, así como días, meses y hasta un año después	Comienza entre el 3-9 día, pero puede iniciar incluso hasta el sexto mes
Intervención	Informar a la mujer, pareja y familia; acompañamiento y apoyo familiar	Terapia (individual y/o grupal); medicación (generalmente antidepresivos y benzodiazepinas)	Tratamiento farmacológico (usualmente antipsicóticos, estabilizadores del ánimo y benzodiazepinas); hospitalización (en la mayoría de los casos) y terapia psicosocial

fácil,<sup>15</sup> así como con ansiedad y desesperación por la dificultad en el manejo del recién nacido.<sup>16</sup>

Se recomienda informar a la madre, la pareja y los familiares acerca de la existencia de esta entidad clínica, especialmente sobre la diferencia con la DPP.<sup>15,17</sup> Se puede sugerir, también, que haya acompañamiento y apoyo familiar durante estos momentos, con el propósito de que la mujer pueda atravesar esta etapa con mayor facilidad.<sup>2</sup>

Es indispensable informar que el estado de tristeza postparto se debe primordialmente a los cambios hormonales, así como al ajuste familiar y social que enfrenta la madre.<sup>15,18</sup> Así mismo, es preciso enfatizar que si los síntomas aumentan o no han desaparecido después de dos a tres semanas, se debe contactar a un profesional de la salud.<sup>1,15</sup>

## DEPRESIÓN POSTPARTO

Dentro de la nomenclatura psiquiátrica, la DPP es definida rigurosamente como un trastorno/episodio depresivo de inicio en el postparto.<sup>14</sup> En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR),<sup>19</sup> la clasificación es la siguiente:

F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x)

Mientras que en el CIE-10: trastornos mentales y del comportamiento,<sup>20</sup> la categorización aparece como:

F32 Episodio depresivo leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos.

F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como leves (depresión postnatal/postparto NOS).

En algunos casos, cuando la mujer no cumple con todos los criterios para un trastorno/episodio depresivo, pero presenta síntomas significativos e incapacitantes, la estricta clasificación de ambos compendios puede llegar a dificultar su detección.

Aunado a esto, muchas mujeres, al no tener suficiente información pueden suponer que sus síntomas son parte de un proceso transitorio y sin aparente relevancia, o que son comunes y normales dentro de la etapa perinatal. Se ha visto, también, que la familia o los amigos pueden llegar a manipularlas directa o indirectamente para que no verbalicen sus

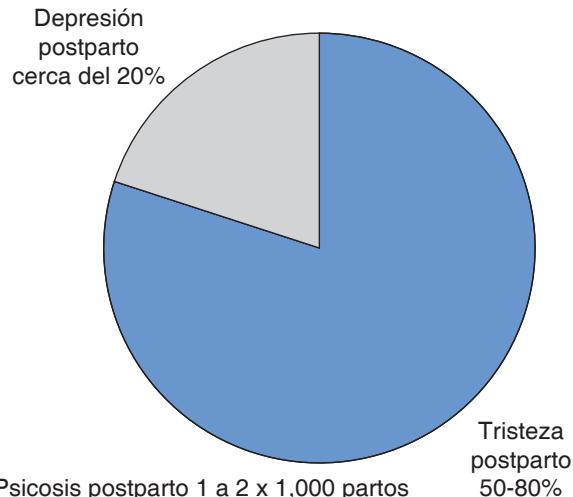


Figura 1. Prevalencia de los trastornos del ánimo.

sentimientos negativos,<sup>8</sup> lo cual se ve reforzado por algunas actitudes sociales de idealizar esta etapa.

Entre los métodos y herramientas para un adecuado diagnóstico se encuentra la Entrevista Clínica Estructurada (SCID I por sus siglas en inglés: *Structural Clinical Interview*). Es una entrevista semiestructurada para establecer los diagnósticos más importantes del Eje I del DSM-IV, y se utiliza el módulo del estado de ánimo.<sup>21,22</sup>

Aunado al uso del SCID I, existen diversos instrumentos para detectar la DPP, como el Cuestionario de Depresión de Beck II, la Escala de Depresión Postparto,<sup>23</sup> la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y el Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9.<sup>22</sup>

Tanto en nuestro país, como en otras partes del mundo, la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS por su abreviatura en inglés: *Edinburgh Postnatal Depression Scale*), es la prueba más utilizada.<sup>7</sup> Esto debido posiblemente a la accesibilidad de reproducirla sin costo, y a la rapidez y facilidad de su aplicación, calificación e interpretación.

Esta escala fue desarrollada para identificar síntomas depresivos y depresión clínica, específicamente en mujeres puerperas, buscando discriminar aquellos síntomas físicos y psicológicos, propios de la gestación, de los síntomas asociados a la depresión.<sup>5</sup> Es una escala de autorreporte que explora los síntomas comunes de un episodio o de un TDM o menor, que hayan ocurrido 15 días anteriores a su aplicación.<sup>24</sup>

La observación de la interacción madre-hijo, así como del bebé, son también herramientas muy valiosas para corroborar y complementar el diagnóstico.<sup>4</sup>

Existen diferentes investigaciones a nivel mundial sobre la prevalencia de este padecimiento, las cuales fluctúan entre el 6 y 34%.<sup>5,6</sup> En nuestro país, los estudios reportan una prevalencia que va desde 13.9 hasta 32.6%.<sup>5-7,25-28</sup> A pesar de esta situación, se podría hablar de que cerca del 20% de las mujeres que dan a luz (*Figura 1*) pueden presentar síntomas de DPP. En cuanto a la recurrencia, existe una probabilidad del 10 al 35% de volverla a presentar en embarazos posteriores.<sup>9</sup>

Hasta el momento, no se conocen las causas de la depresión postparto (DPP); únicamente se han po-

#### Cuadro II. Factores de riesgo depresión postparto (DPP).

- Historia pasada de psicopatología (especialmente depresión y ansiedad)
- Presencia de alteraciones psicológicas durante el embarazo
- DPP previa
- Complicaciones obstétricas durante el embarazo, el parto o después del mismo (principalmente embarazos de alto riesgo)
- Embarazo no planeado y/o deseado
- Falta de apoyo familiar y/o social
- Problemas familiares y/o sociales
- Pobre relación marital
- Abandono o separación de la pareja
- No contar con un compañero<sup>5,6,27</sup>
- Pareja presente, pero que no proporcione apoyo emocional
- Falta de redes de apoyo
- Situaciones estresantes
- Dificultades económicas
- Abuso físico, emocional o sexual en la infancia
- Fallecimiento, abandono o separación de un familiar o ser querido
- Mala relación con la madre
- Antecedente de pérdidas perinatales
- Sensibilidad a los cambios hormonales
- Alteración en la función tiroidea
- Dificultades en la lactancia
- Mala salud del recién nacido
- Bebé difícil de cuidar

dido observar factores de riesgo (*Cuadro II*). Sin embargo, este padecimiento se puede presentar incluso cuando la madre no ha mostrado ningún antecedente.

Suele comenzar en cualquier momento posterior al parto, ya sea días, semanas, meses y hasta un año después.<sup>9</sup> Puede afectar en cualquier tipo de parto o número de embarazo.<sup>5</sup>

Los principales síntomas de este padecimiento, corresponden a los que marca el DSM IV-TR y el CIE-10 para el trastorno/episodio depresivo. Aunado a éstos, también se pueden presentar otros importantes síntomas que requieran tratamiento (*Cuadro III*).

En relación a la intervención, el primer paso es detectarla, especialmente en sus inicios, cuando se perciban síntomas o se presenten signos de alarma, como quejas psicosomáticas, cansancio, dolores, múltiples llamadas para pedir ayuda, o se observe que la mujer está triste, preocupada o con miedo.<sup>29-31</sup>

A continuación, es necesario canalizarla con un especialista (psicólogo, terapeuta o psiquiatra) para que sea evaluada y reciba el tratamiento adecuado, buscando el apoyo multidisciplinario y una atención integral.<sup>4,15</sup>

El tratamiento tiene dos opciones de intervención terapéutica: 1) terapia (individual o de grupo) y/o 2) medicación. En aquellos casos en que se presenta una depresión de moderada a grave, lo ideal es combinar ambas.<sup>9</sup>

La psicoterapia, ya sea interpersonal o con un enfoque cognitivo-conductual,<sup>9,14,32-34</sup> debe basarse en los siguientes aspectos:

- a) Educación e información a la mujer, la pareja y los familiares sobre la DPP<sup>4,15</sup>
- b) Control, disminución y extinción de los síntomas.<sup>4,15</sup>
- c) El nuevo rol como madre, las dificultades, miedos o angustias que esto puede generar.<sup>14</sup>
- d) Uso de estrategias para proteger, mejorar o fortalecer el vínculo madre-hijo, así como la relación de pareja. En esta última, se buscará una adecuada comunicación, así como tener espacios de calidad sin el bebé.<sup>14</sup>
- e) Promover un buen funcionamiento familiar, especialmente cuando existan otros hijos.<sup>14</sup>
- f) Disminución de las situaciones estresantes actuales.<sup>14</sup>
- g) Búsqueda y fortalecimiento de redes de apoyo (familiares, sociales e institucionales).<sup>14</sup>

## Cuadro III. Síntomas depresión postparto.

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

En cuanto al tratamiento psiquiátrico, dependiendo de cada caso, los medicamentos más usados son los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), para combatir los síntomas depresivos.<sup>1,2,12,21</sup> Por otra parte, se tiende a utilizar benzodiacepinas para tratar la ansiedad y el insomnio.<sup>12,14,21</sup> Si la mujer tiene una historia previa de DPP, lo más recomendable es iniciar la medicación inmediatamente después del parto, para prevenir una posible recaída.<sup>1</sup>

Existe una gran controversia sobre el uso de medicamentos cuando la mujer está amamantando, y verificar si se pueden combinar ambos aspectos. Por lo mismo, es indispensable informar a la mujer y a su pareja sobre los datos más recientes que se conocen acerca de la lactancia y el uso de psicofármacos.<sup>1</sup> De esta forma, al estar asesorados por todo el equipo interdisciplinario que los rodea, podrán tomar la decisión más adecuada, ya sea de continuar amamantando o

dejar de hacerlo, y en este último caso, la forma más apropiada para llevarlo a cabo.<sup>31</sup> Independientemente de la intervención que se elija, para que la recuperación sea realmente exitosa se requiere el apoyo y la comprensión de la pareja, los familiares y amigos.<sup>8,31</sup>

Cuando la mujer con DPP no recibe tratamiento, puede presentar dificultades<sup>13,25</sup> y estrés para cuidar al recién nacido, lo que tiende a generar problemas en el vínculo materno-infantil.<sup>35</sup> Dichos bebés pueden llegar a presentar retraso en el desarrollo psicomotor, temperamento difícil o irritabilidad,<sup>13</sup> así como mostrar un apego inseguro.<sup>13,36</sup> Así mismo, se ha observado que algunos no son tan atentos y activos, y sonríen menos,<sup>13</sup> lo que puede generar déficits en el área social y cognitiva.<sup>3,15,18</sup> Las madres que no reciben atención médica o psicológica, suelen percibir de forma negativa a sus hijos, y considerar que son difíciles de criar.<sup>14,18</sup>

Con una intervención adecuada, la DPP es temporal y se puede alcanzar una completa recuperación.

Por el contrario, cuando la mujer no recibe tratamiento, se puede convertir en un padecimiento crónico, recurrente y/o refractario,<sup>9</sup> y en algunos casos, tener graves consecuencias.

## PSICOSIS POSTPARTO

En la actualidad, la psicosis postparto (PPP) no existe como un trastorno independiente. En el DSM IV-TR se clasifica como:<sup>19</sup>

F23.8x Trastorno psicótico breve (298.8) de inicio en el postparto.

Mientras que en el CIE-10,<sup>20</sup> la categorización aparece como:

F23.x0 Trastorno psicótico agudo y transitorio debido a situación no estresante aguda.

F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como graves (psicosis puerperal NOS).

En términos generales, se define como un episodio afectivo con síntomas psicóticos, y se presenta en 1 a 2 de cada 1,000 partos, siendo más común en primíparas.<sup>29,37-40</sup>

Las mujeres que han padecido un trastorno psicótico previo tienen un riesgo del 35% de desarrollarla. En aquellos casos en que la psicosis apareció por primera vez durante el postparto, el riesgo de recurrencia en un siguiente nacimiento es del 50 al 60%.<sup>12,29</sup> Después de un episodio de PPP, hay una posibilidad de recaída con episodios maníacos o depresivos.<sup>1</sup> En el *cuadro IV* se presentan los factores de riesgo más comunes para desarrollar este padecimiento.

**Cuadro IV. Factores de riesgo para psicosis postparto (PPP).**

- Antecedente personal de un trastorno afectivo (especialmente trastorno bipolar)
- Haber padecido anteriormente esquizofrenia o un trastorno esquizoafectivo
- PPP previa
- Historia familiar de trastornos afectivos
- Complicaciones obstétricas durante el embarazo, el parto o después del mismo

Las manifestaciones inician generalmente de forma brusca entre el tercer y noveno día postparto,<sup>1</sup> aunque puede iniciarse incluso hasta el sexto mes.<sup>1</sup> Los síntomas suelen comenzar como insomnio o incapacidad para descansar, junto con irritabilidad,<sup>4,18</sup> ansiedad<sup>29</sup> e inestabilidad del estado de ánimo.<sup>41</sup> A continuación pueden darse conductas suspicaces, signos de confusión, preocupación excesiva por trivialidades o rechazo de la comida. Después de la fase inicial, generalmente de una semana, tiene lugar la fase aguda, en la que aparece propiamente la actividad delirante y alucinatoria,<sup>12</sup> así como otros síntomas graves (*Cuadro V*).

Al comienzo, es necesario un tratamiento farmacológico enérgico, y en la mayoría de los casos, se recomienda la hospitalización. Dependiendo de cada mujer, suelen prescribirse antipsicóticos<sup>2,38-42</sup> y estabilizadores del ánimo.<sup>1,38-42</sup> Por otra parte, se tiende a utilizar benzodiacepinas para controlar los episodios de agitación y de ansiedad.<sup>1</sup>

Si la paciente no responde favorablemente a la farmacoterapia o los síntomas van en aumento, puede ser necesaria la terapia electro convulsiva.<sup>2,38-42</sup>

Una vez que la sintomatología psicótica ha comenzado a remitir, es necesario introducir medidas terapéuticas de tipo psicosocial. En primera instancia, esta intervención está encaminada a identificar y reducir todo aquello que pueda resultar estresante. Posteriormente, es necesario trabajar en las siguientes áreas:<sup>38</sup>

- Elaborar el impacto de la crisis.
- Afrontar los efectos de la misma en su identidad, autoestima y rol como madre, así como en el vínculo materno-infantil y en el de pareja.
- Recibir apoyo en la resolución de problemas, así como en el fortalecimiento, mejora o reeducación de habilidades.

Cuando la mujer está en condiciones de cuidar al bebé, y ya no existe riesgo de daño hacia ella misma o hacia su hijo, se puede restablecer paulatinamente este vínculo.<sup>38</sup> A partir de este momento, es necesario en un principio que esté siempre presente algún familiar o profesional de la salud con la finalidad de supervisar y apoyar a la madre en el cuidado de ella misma y del menor.<sup>42</sup> Es indispensable, además, continuar con el tratamiento psiquiátrico y con el proceso psicosocial.

## Cuadro V. Síntomas de psicosis postparto.

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

Gradualmente, y después de una evaluación del equipo multidisciplinario, la mujer podrá retomar sus actividades, y finalmente, el cuidado de su hijo sin vigilancia o supervisión.

## CONCLUSIONES

Los trastornos del estado de ánimo en tristeza postparto, depresión postparto y psicosis postparto (TPP, DPP, PPP) resultan actualmente un problema de salud pública, debido al alto número de mujeres que los padecen, y sobre todo, por la perturbación en la salud física y emocional de la madre y el recién nacido, así como por el vínculo materno-infantil, en la relación de pareja y en todo el entorno de la mujer.

Derivado de la escasa información científica que existe en nuestro país, se pueden llegar a subdiagnosticar o confundir estos padecimientos. Por lo mismo, existe una gran necesidad de que el personal que entre en contacto con una madre y su hijo, al menos durante el primer año de vida del mismo, cuente con los conocimientos para detectar estas patologías, y derive oportunamente a la paciente con un especialista.

Aunado a esta situación, muchas mujeres ya sea por culpa, vergüenza o desconocimiento, no reportan sus síntomas, no los reconocen ni hablan de ellos abiertamente; los niegan o minimizan. Por lo mismo, gran parte de las madres que se ven afectadas por un trastorno afectivo no tienen la oportunidad de acceder a un tratamiento adecuado y alcanzan la recuperación, perturbando así no sólo el bienestar de

las personas involucradas, sino también la estabilidad familiar.

Es indispensable, entonces, que los profesionales de la salud, además de estar informados sobre los aspectos físicos normales y patológicos del postparto, también cuenten con información sobre el ámbito emocional del embarazo y el puerperio. Durante el control prenatal, así como en los primeros días después del parto, se pueden identificar y tratar algunas alteraciones psicológicas o signos de alerta como: baja autoestima, ansiedad, altos niveles de estrés o trastornos del sueño, que predisponen a la mujer a desarrollar un trastorno del estado de ánimo.

Otro aspecto sumamente importante que se debe tomar en cuenta es el hecho de que una madre posiblemente no presente síntomas durante su estancia en el hospital o en las subsecuentes evaluaciones. Sin embargo, pasadas algunas semanas e incluso meses, cuando ya no es esperado que acuda con el médico o con algún otro experto de la salud, puede comenzar a sentirse mal y tener síntomas incapacitantes. En estos momentos, es indispensable poner en marcha la intervención más apropiada para cada mujer y evitar futuras complicaciones.

Como en cualquier otra patología física o emocional, resulta más productivo y menos costoso llevar a cabo una adecuada prevención durante el embarazo o los primeros momentos después del nacimiento, que intervenir tardíamente a través del tratamiento. En muchos casos, y dependiendo de los síntomas, la atención resulta onerosa, prolongada y requiere de

un gran esfuerzo por parte de la madre, la pareja y los familiares más cercanos.

## REFERENCIAS

1. Carro T, Sierra JM, Hernández J, Ladrón E, Antolín E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Rev Med Gral.* 2000; 24: 452-6.
2. Oviedo GF, Jordán V. Trastornos afectivos posparto. *Universitas Médica.* 2006; 47: 131-40.
3. Evans G, Vicuña M, Marín R. Depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2003; 68: 491-4.
4. Romero AI, Carrillo A. Alteraciones psiquiátricas en el postparto. *JANO: Medicina y Humanidades.* 63 (1449): 30-36. [http://test.elsevier.es/jano/ctl\\_servlet?\\_f=1350&id=13001842](http://test.elsevier.es/jano/ctl_servlet?_f=1350&id=13001842) Consultado el 25 de Abril de 2013.
5. Almanza-Muñoz JJ, Salas-Cruz CL, Olivares-Morales AS. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en pacientes puerperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer. *Rev Sanid Milit Mex.* 2011; 65: 78-86.
6. Alvarado-Esquível C, Sifuentes-Álvarez A, Estrada-Martínez S, Salas-Martínez C, Hernández-Alvarado A B, Ortiz-Rocha SG. Prevalencia de depresión postnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango. *Gac Med Mex.* 2010; 146: 1-9.
7. Álvarez A, Ponce ER, Irigoyen A. Frecuencia de depresión postparto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México. *Arch Med Fam.* 2008; 9: 133-6.
8. Lartigue T, Maldonado-Durán J, González-Pacheco I, Saucedo-García JM. Depresión en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum.* 2008; 22: 111-31.
9. Vargas-Mendoza JE, García-Jarquín M. Depresión postparto: presencia y manejo psicológico. *Centro Regional de Investigación en Psicología.* 2009; 3: 11-8.
10. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Rev Med Chile.* 2010; 138: 536-42.
11. Rojas G, Fritsch R, Solís J, González M, Guajardo V, Araya R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el postparto. *Rev Med Chile.* 2006; 134: 713-20.
12. Romero-Gutiérrez G, Dueñas-de la Rosa EM, Regalado-Cedillo CA, Ponce-Ponce de León AL. Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. *Ginecol Obstet Mex.* 2010; 78: 53-7.
13. Ortiz S. Depresión materna. *Medwave 2007; 7. e1980 doi:10.5867/medwave 2007. http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1980#1* Consultado el 30 de abril de 2013.
14. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 200: 357-64.
15. Rondón M. Trastornos depresivos del embarazo y el puerperio. *Acta Médica Peruana.* 2005; 22: 15-8.
16. Seyfried LS, Marcus SM. Postpartum mood disorders. *Int Rev Psychiatry.* 2003; 15: 231-42.
17. Zlotnick C, Johnson S, Miller I, Pearlstein T, Howard M. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *Am J Psychiatry.* 2001; 158: 638-40.
18. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2010; 48: 269-78.
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4<sup>th</sup> ed. Text Revised. Washington, DC: American Psychiatric Press. 2000; 297-428.
20. Organización Mundial de la Salud. *CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* Ginebra: OMS. 1992, 19, 28-109, 137, 152.
21. Clay EC, Seehusen DA. A review of postpartum depression for the primary care physician. *Southern Med J.* 2004; 97: 157-61.
22. Lara MA, Navarrete L. Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. *Salud Ment.* 2012; 35: 57-62.
23. Chaudron LH, Szilagyi PG, Tang W, Anson E, Talbot NL, Wadkins H. Accuracy of depression screening tools for identifying postpartum depression among urban mothers. *Pediatrics.* 2010; 125: 609-17.
24. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987; 150: 782-6.
25. Ocampo R, Heinze G, Ontiveros-Uribe MP. Detección de depresión postparto en el Instituto Nacional de Perinatología. *Psiquiatría.* 2007; 23: 18-22.
26. Ortega L, Lartigue T, Figueroa E. Prevalencia de depresión a través de la escala de depresión perinatal de Edinburgh (EPDS) en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum.* 2001; 15: 11-20.
27. Alvarado-Esquível C, Sifuentes-Álvarez A, Salas-Martínez C, Martínez-García S. Validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in a population of puerperal women in Mexico. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health.* 2006; 2: 33-5.
28. Arranz L, Ruiz J, Aguirre W, Carsi E, Ochoa G, Camacho M. Modelo de intervención temprana en la depresión postparto en un hospital de tercer nivel. *Rev Esp Med Quir.* 2012; 17: 100-8.
29. Gómez MS. Patología psiquiátrica en el puerperio: psicosis puerperal. *Revista Neuro-Psiquiatría.* 2002; 65: 32-46.
30. Nielsen D, Videbech P, Hedegaard M, Dalby-Salvig J, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG.* 2000; 107: 1210-17.
31. Arranz L, Aguirre W, Ruiz J, Gaviño S, Cervantes JF, Carsi E. Enfoque multidisciplinario en la depresión posparto. *Ginecol Obstet Mex.* 2008; 76: 341-8.
32. Hendrick V. Treatment of postnatal depression. *BMJ.* 2003; 327: 1003-4.
33. O'Hara M, Stuart S, Gorman L, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2000; 57: 1039-45.
34. Arbat A, Danés I. Depresión postparto. *Med Clin (Barc).* 2003; 21: 673-5.
35. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry.* 2008; 16: 24-7.
36. Póo A M, Espejo C, Godoy C, Gualda MC, Hernández T, Pérez C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión postparto en puerperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Rev Med Chile.* 2008; 136: 44-52.
37. Morris-Rush JK, Comerford M, Bernstein PS. Screening for postpartum depression in an inner-city population. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 188: 1217-9.

38. García MT, Otín R. Sobre la psicosis puerperal. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2007; 27: 501-6.
39. Spinelli M. Postpartum psychosis: detection of risk and management. Am J Psychiatry. 2009; 166: 405-8.
40. Heron J, McGuinness M, Robertson E, Craddock N, Jones I. Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. BJOG. 2008; 115: 348-53.
41. Maldonado-Durán J, Saucedo-García J, Lartigue T. Psicosis no orgánicas y otros trastornos mentales graves en la etapa perinatal. Perinatol Reprod Hum. 2008; 22: 90-9.
42. Friedman SH, Resnick P, Rosenthal M. Postpartum psychosis: strategies to protect infant and mother from harm. Psychiatry. 2009; 8: 40-6.

*Correspondencia:*

**Mtra. Erica Medina Serdán**  
Tel: 044 55 40 99 23 64  
E-mail: ericameise@yahoo.com