

ARTÍCULO ORIGINAL

1. Facultad de Medicina, Universidad de Panamá, Panamá
2. Centro de Investigación Médica, Pacífica Salud, Hospital Punta Pacífica, Panamá
 - a. Estudiante de Medicina. ORCID 0009-0003-7645-8317
 - b. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, subespecialista en Medicina Maternofetal. ORCID 0000-0002-3603-1103
 - c. Médico General. ORCID 0000-0003-0417-1678
 - d. Médico General. ORCID 0000-0002-1620-058X
 - e. Médico General. ORCID: 0000-0002-8584-6691
 - f. Médico General. ORCID: 0000-0003-2209-1620

Conflicto de interés: Este estudio no presenta ningún conflicto de interés

Financiamiento: La financiación del estudio mismo fue adjudicada por los propios autores

Recibido: 5 setiembre 2023

Aceptado: 30 noviembre 2023

Publicación en línea: 9 de marzo 2024

Correspondencia:

Tania T. Herrera R.

Maternal Fetal Medicine, Centro de Investigación Médica- Pacífica Salud, Hospital Pacífica Salud, Panamá

+507 204 8418

tt Herrera@pacificasalud.com

Citar como: Fuentes-Ureña V, Herrera TT, Orobio A, Manzano M, Blanco I, Hinestroza-Newball A. Evidencias en el diagnóstico y tratamiento de la depresión posparto: revisión narrativa. Rev peru ginecol obstet. 2024;70(1). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v70i2592>

Evidencias en el diagnóstico y tratamiento de la depresión posparto: revisión narrativa

Evidence in the diagnosis and treatment of postpartum depression: a narrative review

Valeria Fuentes-Ureña ^{1,a}, Tania T. Herrera ^{2,b}, Allissan Orobio MD ^{2,c}, Miguel Manzano ^{2,d}, Isabel Blanco ^{2,e}, Anthonier Hinestroza-Newball ^{2,f}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v70i2592>

RESUMEN

Introducción. La depresión posparto es una de las complicaciones médicas más comunes, la cual se asocia con resultado perinatal adverso a corto y largo plazo en la madre, el infante y la familia. **Objetivo.** Describir diversos métodos diagnósticos y diversas terapias utilizadas para el manejo de la depresión posparto y analizar las recomendaciones generadas por las distintas agrupaciones científicas (medicina maternofetal, Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, NICE guidelines, psiquiatría, Pediatría). **Metodología.** Se crearon diversas estrategias de búsqueda para las bases de datos Medline (vía Pubmed), Scopus, Web of Science, Embase, Cochrane, OVID Psycho, desde el 01 de enero del 2020 al 01 de febrero del 2023, utilizando las palabras clave "postpartum depression", "antidepresivos", "terapia cognitivo conductual", "terapia interpersonal", "mindfulness", vocabulario controlado. Dos investigadores examinaron de forma independiente los títulos y resúmenes de los estudios. **Resultados.** Alrededor de 14% de las embarazadas desarrollan depresión posparto. Los factores de riesgo más relevantes son antecedente de ansiedad, depresión, antecedentes de tratamiento psiquiátrico, historia de abuso físico, complicaciones médicas posparto. **Conclusiones.** Una de cada siete pacientes (14%) desarrollaron depresión perinatal. Se debe aplicar herramientas como la Escala de Edimburgo a todas las gestantes en su primera cita de control prenatal, durante el tercer trimestre y en el posparto. Existen diversas terapias seguras que han demostrado reducción de los síntomas y disminución en los niveles de recaída, con pocos efectos secundarios.

Palabras clave. Embarazo, Depresión posparto, Farmacoterapia

ABSTRACT

Introduction: Postpartum depression is one of the most common medical complications associated with adverse short- and long-term perinatal outcome in the mother, infant, and family. **Objective:** To describe various diagnostic methods and therapies used for the management of postpartum depression and to analyze the recommendations generated by different scientific groups (maternal-fetal medicine, American College of Obstetrics and Gynecology, NICE guidelines, psychiatry, pediatrics). **Methodology:** Different search strategies were used in the databases Medline (via Pubmed), Scopus, Web of Science, Embase, Cochrane, OVID Psycho, from January 01, 2020 to February 01, 2023, using the keywords "postpartum depression", "antidepressants", "cognitive behavioral therapy", "interpersonal therapy", "mindfulness", controlled vocabulary. Two investigators independently reviewed study titles and abstracts. **Results:** About 14% of pregnant women develop postpartum depression. The most relevant risk factors are a history of anxiety, depression, history of psychiatric treatment, history of physical abuse, postpartum medical complications. **Conclusions:** One in seven patients (14%) develop perinatal depression. Tools such as the Edinburgh Scale should be applied to all pregnant women at their first prenatal check-up appointment, during the third trimester and in the postpartum period. There are several safe therapies that have demonstrated symptom reduction and decreased levels of relapse, with few side effects.

Key words: Pregnancy, Depression, postpartum, Drug therapy

INTRODUCCIÓN

La depresión posparto (DPP) es un trastorno psiquiátrico importante que puede ocurrir durante el primer año después del parto. Tiene una prevalencia entre el 15 y 20% en las mujeres de países en desarrollo⁽¹⁾ y se ha convertido en un problema social y de salud en los últimos años. En Panamá, se ha estimado una prevalencia del 10% cuando se estudiaron pacientes en los primeros días de puerperio, lo que se traduce en 1 de cada 10 mujeres que dan a luz⁽¹⁾.



Durante este período hay que diferenciar el muy común *baby blues* que se presenta en aproximadamente 8 de cada 10 mujeres. Se caracteriza por síntomas de soledad o leve tristeza que no superan los diez días. En cambio, en la DPP el cuadro se prolonga más de catorce días y afecta negativamente la calidad de vida de la madre y el bebé⁽²⁾. Se le asocia con la ausencia o falta de apego madre-hijo, disminución en la capacidad de respuesta materna y con tasas más altas de problemas conductuales y clínicos en los hijos de madres que la padecen⁽³⁾, así como alteraciones en el desarrollo emocional y cognitivo del bebé^(4,5).

Se conoce que el nacimiento de un bebé es un factor importante detonante de episodios depresivos en algunas mujeres. La historia de trastornos del estado de ánimo hace a las pacientes más vulnerables⁽⁶⁾. La rapidez con la que ocurren los nuevos cambios y la falta de adaptabilidad a los mismos y a este nuevo estilo de vida de cuidar al bebé ocasiona cansancio, falta de sueño, entre otros factores⁽⁷⁾. A su vez, se puede encontrar baja autoestima, anhedonia, alteraciones en el apetito, insomnio y mal humor constante en la madre.

Factores importantes en el desarrollo de la depresión posparto son la ansiedad, historia de enfermedad psiquiátrica, aislamiento social, baja autoestima, el nivel socioeconómico, historia de abuso físico, complicaciones médicas posparto, historia familiar de DPP^(8,9) (ver tabla 1).

Después de unos meses, la mayoría de las mujeres con depresión posparto se recuperan. No obstante, el 30% de las pacientes pueden tardar hasta más de un año en mostrar mejoría.

El DSM 5 no incluye específicamente a la depresión posparto como un diagnóstico independiente. Sin embargo, sí se refiere al término depresión mayor de inicio en el periparto, definido como los síntomas depresivos que ocurren durante el embarazo y 4 semanas después del nacimiento.

El diagnóstico de la DPP es complicado y es pasado por alto debido a que las manifestaciones clínicas como cansancio, pérdida de peso, dis-

TABLA 1. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO.

Psicológicos	Historia previa de depresión
	Ansiedad
	Baja autoestima
	Estrés parental
Obstétricos	Multiparidad
	Embarazo de alto riesgo
	Complicaciones intraparto (paso de meconio, prolapso del cordón umbilical, hemorragias)
	Feto con peso bajo
Biológicos	Cesárea
	Diabetes gestacional
	Edad joven
	Deficiencia nutricional
Sociales	Edad materna
	Falta de apoyo emocional
	Violencia intrafamiliar
	Bajo nivel socioeconómico
Estilo de vida	Bajo nivel educativo
	Tabaquismo
	Deprivación del sueño
	Baja actividad física
	Mala alimentación

minución de la libido, insomnio, son atribuidos también a cambios normales en el embarazo y el periodo posparto⁽¹⁰⁾.

El objetivo del presente estudio es describir los diversos métodos diagnósticos y las diversas terapias utilizadas para el manejo de la depresión posparto según la literatura revisada.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa sobre el diagnóstico y tratamiento de la depresión posparto. Se crearon diversas estrategias de búsquedas con palabras claves, MESH, textos libres, utilizando operadores booleanos (*AND* y *OR*). Se utilizó una herramienta *polyglot translator* con el fin de evaluar la traducción de cada una de las estrategias de búsqueda en las diversas bases de datos. El tiempo de búsqueda fue entre el 1 de enero 2020 y el 1 de febrero del 2023, y no hubo restricción de idioma. En el material suplementario se muestra un ejemplo de la búsqueda generada en PubMed.



RESULTADOS

MANEJO

Para el manejo de los pacientes con depresión posparto se debe identificar los síntomas posparto, los cuales son humor depresivo, anhedonia, alteraciones del sueño, retraso psicomotor, sentimientos excesivos de culpa o disminución de la concentración, los cuales deben perdurar alrededor de 2 semanas o más luego del parto.

El primer paso en el manejo de una mujer con depresión posparto es valorar la gravedad de su depresión y determinar si representa una amenaza para ella misma o para otros⁽¹¹⁾.

Las pacientes con síntomas graves, como la ideación suicida con un plan y una intención específicos de comportamiento suicida, o las alucinaciones auditivas, deben ser referidos a un departamento de urgencias y obtener una interconsulta psiquiátrica para una mayor evaluación y abordaje necesario e inmediato, así como medidas de protección tanto para madre como para su recién nacido. En los casos severos de depresión posparto, especialmente en las madres que están en riesgo de suicidio, se debe valorar la hospitalización⁽¹¹⁾.

MÉTODOS DE TAMIZAJE (CRIBADO)

El tamizaje temprano durante el embarazo permite no solo identificar a las mujeres en riesgo que no muestran síntomas, sino también a aquellas que ya muestran síntomas subclínicos de depresión⁽¹²⁾. Se ha observado que la falta de tratamiento oportuno en una madre que padece depresión posparto incrementa el riesgo de tabaquismo, abuso de sustancias psicoactivas, sentimiento de insatisfacción y culpabilidad en la madre⁽¹³⁾. Las mujeres con depresión no tratada durante el embarazo presentan un mayor riesgo de sufrir depresión posparto.

ESCALA DE DEPRESIÓN POSPARTO DE EDIMBURGO (EPDS)

La Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) se utiliza ampliamente como método de tamizaje. Esta escala, recomendada por el Colegio Americano de Ginecología y Obstetri-

cia (ACOG), ha demostrado ser un instrumento accesible para la detección y seguimiento inicial de la depresión posparto. La EPDS es un cuestionario de autoevaluación que consta de diez preguntas breves relacionadas a síntomas como: anhedonia, sentimiento de culpa, ansiedad, ataques de pánico, agotamiento, trastornos del sueño, tristeza, llanto y pensamientos suicidas. Cada pregunta presenta una valoración de cero a tres, en donde la suma de los puntos igual o mayor a 10 reflejan síntomas de depresión posparto, mientras que un puntaje mayor o igual a 13 representa un alto riesgo de desarrollarla. Esta escala se puede utilizar 6 semanas antes del parto y de 6 a 12 semanas posparto⁽¹⁴⁾.

Una de las ventajas de esta escala es la posibilidad de identificar los pensamientos suicidas, incluso cuando la puntuación general de la EPDS es baja⁽¹³⁾.

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

El PHQ-9 es un instrumento utilizado para la detección, diagnóstico, seguimiento y clasificación de la gravedad de la depresión. Esta escala cuenta con 9 preguntas, las cuales reciben una puntuación de "0" (nada) a "3" (casi todos los días), proporcionando un puntaje de gravedad de 0 a 27. Las puntuaciones altas están relacionadas a un estado funcional disminuido, con sintomatología y necesidad de atención médica.

La última pregunta de este cuestionario, "¿Qué tan difícil le han resultado estos problemas para hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?" no se incluye en la puntuación, pero es un buen indicador del estado general del paciente y se la puede utilizar para darle seguimiento. Debido a que la ansiedad ocurre en más del 37% de pacientes con depresión, es importante evaluar los síntomas de ansiedad.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

El Inventario de depresión de Beck (BDI) consta de 21 enunciados que toman en cuenta el estado de ánimo de la paciente. Se enfoca en elementos como el estado de ánimo depresivo, pérdida de apetito, trastornos del sueño, tendencias suicidas, entre otros⁽¹⁵⁾.



Se le utiliza para cuantificar los síntomas depresivos, así como su intensidad. Un estudio que evaluó la precisión de las pruebas de tamizaje para la detección de depresión posparto detalló que había diferencias notables en las herramientas incluidas. Herramientas como la EPDS enfoca sus preguntas a sentimientos de tristeza o ansiedad, mientras que otras como el Inventario de depresión de Beck y PHQ-9 se enfocan en síntomas físicos, como fatiga, pérdida de energía y cambios en la rutina de sueño⁽¹⁶⁾.

Entre las diferentes herramientas para la detección de la depresión posparto, una de las más reconocidas para la prevención de la depresión es el Programa australiano *Beyond Blue*. Este programa es una iniciativa que aumenta la conciencia pública sobre las respuestas tempranas al comportamiento depresivo. Su fin es prevenir la depresión posparto y proporcionar recomendaciones en caso de que ya se haya instaurado⁽¹³⁾.

La literatura indica que al educar a la paciente acerca de la depresión posparto se promueve el reconocimiento temprano de los síntomas, lo cual es beneficioso al momento de escoger una forma de tratamiento. Muchos tratamientos en ensayos aleatorizados se han identificado como efectivos para la reducción en la prevalencia de este trastorno, incluyendo la psicoterapia y ciertos fármacos⁽¹⁷⁾.

La terapia cognitiva basada en *mindfulness* enfocada en el tratamiento de la depresión posparto es una de las pocas medidas preventivas de las que se ha probado su eficacia para disminuir el riesgo de este trastorno en mujeres con antecedentes conocidos de depresión. Dicha terapia se basa en un conjunto de intervenciones preventivas que fomentan habilidades para afrontar los pensamientos y hábitos que aumentan la susceptibilidad a la depresión, tolerancia al estrés y conciencia⁽³⁾.

Los fármacos de primera línea para tratar la depresión posparto son los llamados inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los cuales tienen riesgo bajo de toxicidad y están menos asociados a efectos adversos severos. Hasta el momento, los fármacos ISRS que más se han estudiado en ensayos clínicos son la sertralina y la fluoxetina⁽¹⁷⁾.

EFFECTO DEL COVID-19 EN LA DEPRESIÓN POSPARTO

Se realizó un estudio que halló un aumento de 34% en la prevalencia de la depresión posparto a nivel mundial durante la pandemia del COVID-19, valores mucho más altos de los que se manejaban previo a este suceso, entre 12% en países desarrollados y 25% en países de bajos y medianos ingresos. Los diversos estudios revisados muestran altas prevalencias en países como México (39%), Colombia (30,4%), Irán (32%), Canadá (37%), Turquía (56%) y España (58%), es decir, entre 5% y 15% de aumento de prevalencia respecto a los años anteriores a la pandemia de COVID-19⁽¹⁸⁾. Los factores de riesgo para la depresión posparto durante la pandemia fueron definidos como sociodemográficos y de características clínicas, como por ejemplo estrés, ansiedad, falta de apoyo, entre otros. Los hallazgos de la investigación indican que la pandemia podría tener efectos perjudiciales sobre el bienestar mental materno después del parto. Como un problema agudo de salud pública, la pandemia de COVID-19 requirió educación sanitaria continua, integral y a largo plazo para aliviar de manera efectiva el pánico y el miedo de las mujeres, mejorando así el bienestar mental de esta población vulnerable⁽¹⁹⁾.

A pesar de las consecuencias severas que la depresión posparto tiene en el binomio madre-hijo, hasta el 50% de los casos son mal diagnosticados o incluso nunca se llegan a diagnosticar⁽¹⁶⁾.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

A pesar de que muchos ensayos clínicos aleatorizados no han sido convincentes, las intervenciones farmacológicas consisten en la administración de antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). Se utilizan los ISRS porque se ha observado que presentan el menor riesgo de toxicidad con respecto a posible sobredosis y tienen menos eventos adversos asociados⁽²⁰⁾.

Algunas de las desventajas de los antidepresivos es la preocupación por parte de la madre a desarrollar eventos adversos. Muchas madres prefieren evitar los medicamentos durante el periodo de lactancia materna, y eligen la psicoterapia. Usualmente se recomiendan antidepre-



sivos ISRS, como sertralina o paroxetina, ya que presentan una vida media corta⁽²¹⁾. También se recomienda citalopram y escitalopram, basándose en su efectividad y seguridad durante la lactancia materna⁽¹³⁾.

Una de las mayores preocupaciones de las madres es el nivel del medicamento que puede haber en la leche al momento de amamantar. Se ha observado que la sertralina presenta 98% de unión a las proteínas plasmáticas, lo cual reduce la probabilidad de transferencia a la leche. Por este motivo y debido a que los niveles de sertralina en sangre del lactante son prácticamente indetectables, es uno de los medicamentos más utilizados en madres con depresión posparto durante la lactancia⁽²²⁾. Ver la tabla 2.

Un análisis de 67 estudios que evaluaban los niveles de sertralina en lactantes, tomando en cuenta 238 bebés demostró que se podía esperar un nivel promedio de sertralina de 45 mcg/L (rango 7 a 207 mcg/L) en la leche materna de madres que ingerían una dosis diaria de 83 mg (rango 25 a 200 mg). Se observó que estos lactantes recibían aproximadamente el 0,5% de la dosis de sertralina que ingería la madre (ajustada a su peso) mostraron riesgo bajo de eventos adversos⁽²³⁾.

Es necesario destacar que el uso de antidepresivos se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar síndrome de abstinencia, con temblor, aumento de la tensión muscular, trastornos del sueño o llanto fuerte. Sin embargo, estos síntomas generalmente se resuelven espontáneamente y no requieren ningún tratamiento específico⁽²²⁾.

ALOPREGNANOLONA

La alopregnanolona es un metabolito de la progesterona y esteroide neuroactivo (NAS) que actúa como modulador alostérico positivo del receptor GABA-A (PAM). GABA es un neurotransmisor inhibitorio del cerebro que está presente en 30 a 50% de las neuronas⁽²⁴⁾.

TABLA 2. EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A LOS INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS).

Madre	Feto
Dependencia	Síndrome de abstinencia
Toxicidad por sobredosis	Temblor
	Aumento de la tensión muscular
	Trastornos del sueño
	Llanto fuerte

Los niveles de alopregnanolona aumentan durante el embarazo, lo que conduce a la desregulación de los receptores del ácido aminobutírico A (GABA-A). Después del parto, los niveles de estrógenos y alopregnanolona caen rápidamente durante los 3 primeros días, alcanzando los niveles previos al embarazo. Los receptores GABA-A tardan en adaptarse a estos niveles más bajos. La sensibilidad a estos cambios se ha implicado en la etiología de la depresión posparto⁽²⁵⁾.

La evidencia más convincente del papel de la alopregnanolona en la depresión posparto proviene de los fuertes efectos antidepresivos demostrados en ensayos clínicos con un análogo de la alopregnanolona en mujeres posparto^(26,27).

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Las intervenciones no farmacológicas consisten en psicoterapia, actividad física y terapias psicosociales, utilizadas individualmente o de manera conjunta con la farmacoterapia. La psicoterapia está recomendada especialmente para mujeres con poca credibilidad hacia los fármacos o preocupación ante su uso durante la lactancia o temor a generar una adicción a estos medicamentos⁽²⁹⁾.

Según algunos autores, las estrategias psicosociales como el apoyo entre pares y el asesoramiento se recomiendan para la depresión leve. Para la depresión moderada se aconseja la psicoterapia y para la depresión severa los antidepresivos como los ISRS⁽¹²⁾.

Las recomendaciones para el tratamiento de la depresión leve a moderada en el embarazo basadas en los resultados de algunos metanálisis, indican la efectividad de la terapia cognitivo-conductual (TCC) o interpersonal (IPT), tanto en forma individual como grupal⁽¹³⁾.

MINDFULNESS

La atención plena o el *mindfulness* desprendido (DM) es un avance en la investigación de la salud mental. Esta atención ofrece un potencial enfoque eficaz para el tratamiento de la angustia emocional y se ha utilizado con una variedad de problemas que incluyen estrés, síntomas de depresión, ansiedad y angustia.



Se considera que la atención plena se origina de la práctica de la espiritualidad introspectiva oriental, principalmente el budismo. Según lo descrito significa 'prestar atención con paciencia y cuidado a lo que sucede a su alrededor', y esto se puede lograr mediante la meditación. Se ha descrito como una 'conciencia centrada en el presente, sin prejuicios, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocido y aceptado tal como es'. La atención plena ha demostrado su eficacia como intervención para reducir los síntomas de depresión en muchas poblaciones⁽³⁰⁾.

Un metaanálisis que incluyó 9 estudios de adultos con depresión (75% mujeres) documentó una reducción significativa del riesgo de recaída durante un período de seguimiento de 5 años para quienes recibieron una intervención basada en la atención plena en comparación con quienes no la recibieron. Otro metaanálisis que se basó en 8 ensayos controlados aleatorizados de mujeres embarazadas concluyó que las mujeres en el brazo de atención plena en persona experimentaron reducciones significativas en la depresión⁽³¹⁾.

A pesar de sus buenos resultados, el entrenamiento de atención plena requiere 30 o más horas de instrucción en persona, con 45 minutos de tarea diaria, lo cual limita su adherencia ya que las madres deben hacerse cargo de sus bebés o asistir a sus trabajos; una buena opción serían las terapias de atención plena de manera virtual.

Un metaanálisis reciente de versiones de sesiones virtuales basadas en intervenciones tradicionales de atención plena (p. ej., reducción del estrés basada en la atención plena) demostró un beneficio significativo en cuanto a la reducción del estrés, la ansiedad, la depresión y con bienestar⁽³²⁾.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (TCC)

La TCC es un tipo de psicoterapia en la cual se trabaja con un consejero de salud mental, ya sea psicoterapeuta o terapeuta, de manera estructurada y asistiendo a un número limitado de sesiones. Esta terapia ayuda a los pacientes a tomar conciencia de los pensamientos negativos para que pueda ver las situaciones desafiantes con mayor claridad y responder a ellas de una

manera más efectiva. Se basa en el principio de que, si la gente puede aprender a evaluar sus pensamientos y cambiarlos de una manera más realista y adaptativa, pueden mejorar su estado emocional y comportamiento⁽³³⁾.

En la mayoría de los casos, la TCC se enfoca en la relación de la madre con su hijo, ayudándole a obtener un mejor manejo de su nuevo papel como madre y haciéndola desarrollar diferentes habilidades⁽²¹⁾.

Esta intervención se lleva a cabo a menudo en un entorno de grupo o individual durante 12 semanas, y se enfoca en la comprensión del vínculo entre la madre y el bebé. Se basa en identificar actividades agradables y estado de ánimo, actividades placenteras que beneficien a la madre y bebé, pensamientos sanos sobre la madre y bebé, aprender a obtener apoyo social, y usar el curso para crear una vida mejor para la madre y el bebé⁽³⁴⁾.

Se ha observado que cuando se trata de TCC dirigidas a la depresión posparto, la TCC de manera grupal resulta más beneficiosa en comparación con la individual. Sin embargo, la experiencia individual de TCC es más efectiva los primeros tres meses, en comparación a la TCC grupal⁽³⁵⁾.

Un metaanálisis que incluyó 26 estudios de tratamiento relacionados con la TCC encontró un efecto significativo para la TCC a través de una variedad de implementaciones; 20 de estos abordaron la depresión posparto y 6 la depresión prenatal. La TCC se ofreció de manera individual al igual que de manera grupal. En los 26 estudios revisados, 16 de ellos mostraron un efecto significativo utilizando la TCC en relación con el grupo control. No hubo beneficio significativo de la administración individual TCC en relación con la TCC grupal⁽³⁵⁾.

TERAPIA INTERPERSONAL (TIP)

La TIP es un tipo de psicoterapia a corto plazo que se enfoca en las relaciones interpersonales, desarrollada específicamente para la depresión⁽¹⁵⁾. Fue desarrollada como una intervención que podría utilizarse como complemento a la farmacoterapia. Prácticamente se basa en el concepto de que los pacientes con depresión usualmente desarrollan problemas sociales, los cuales podrían resultar en conflictos interperso-



nales, problemas en las transiciones de roles o en problemas en la gestión de pérdidas.

En el contexto de la depresión posparto, la madre podría desarrollar problemas interpersonales con su pareja, sintiendo falta de apoyo, falta de solidaridad y falta de comprensión. En esta situación, la TIP se enfocaría en identificar el origen del conflicto y las metas que tienen como una familia, desarrollando estrategias de comunicación.

En un metaanálisis incluyeron un estudio basado en mujeres con diagnóstico de depresión mayor a las cuales se le asignó al azar un curso de 12 sesiones de TIP o 12 semanas de espera (como grupo control). Se reclutaron 120 mujeres, de las cuales 99 fueron finalmente incluidas. Basándose en las puntuaciones de la escala de Beck, se encontró una diferencia altamente significativa en las pacientes postratamiento. También se observó que las mujeres que recibieron TIP lograron disminuir significativamente los conflictos en sus matrimonios con respecto al grupo control⁽³⁵⁾.

Dos intervenciones específicas, la terapia interpersonal basada en el programa ROSE (*Reach Out, Stay Program Strong, Essentials* para madres de recién nacidos) y en el programa *Mothers & Babies* basado en la terapia cognitiva conductual disminuyeron las tasas de depresión perinatal en comparación con los grupos de control.

Finalmente, en junio 2023, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos ha publicado una guía completa sobre el cuidado de las pacientes con enfermedades mentales durante el embarazo y el puerperio⁽³⁶⁾.

CONCLUSIÓN

Dos de cada 10 pacientes pueden desarrollar depresión posparto. Se debe aplicar herramientas como la Escala de Edimburgo, el PHQ-9 o la escala de inventario de Beck a todas las pacientes embarazadas en su primera cita de control prenatal, durante el tercer trimestre y en el posparto. Existen diversas terapias seguras que han demostrado reducción de los síntomas y disminución en los niveles de recaída con pocos efectos secundarios, entre ellos la terapia cognitivo conductual, el *mindfulness* y las terapias farmacológicas, en casos de depresión posparto grave.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinosa F, Reyes O. Depresión posparto en pacientes de bajo riesgo atendidas en la Maternidad del Hospital Santo Tomás, Panamá. Estudio prospectivo. *Rev centroam Obstet Ginecol*. 2020;24(1):2-9. DOI: 10.37980/im.journal.rev cog.2020867
2. van Niel MS, Payne JL. Perinatal depression: A review. *Cleveland Clin J Med* [Internet]. 2020 May 1;87(5):273-7. DOI: 10.3949/ccjm.87a.19054
3. Mackiewicz Seghete KL, Graham AM, Lapidus JA, Jackson ELA, Doyle OJ, Feryn AB, et al. Protocol for a mechanistic study of Mindfulness Based Cognitive Therapy during pregnancy. *Health Psychol* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2022 Jul 4];39(9):758. DOI: 10.1037/hea0000870
4. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol*. 2019 Jan 1;52:165-80. DOI: 10.1016/j.yfrne.2018.12.001
5. Brown JVE, Wilson CA, Ayre K, Robertson L, South E, Molyneaux E, et al. Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021 Feb 13;2021(2). DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013560.pub2>
6. Meltzer-Brody S, Stuebe A. The long-term psychiatric and medical prognosis of perinatal mental illness. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014 Jan 1;28(1):49-60. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2013.08.009
7. Chorwe-Sungani G, Chipps J. A systematic review of screening instruments for depression for use in antenatal services in low resource settings. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017 Mar 24 [cited 2022 Aug 9];17(1). DOI: 10.1186/s12888-017-1273-7
8. Becker M, Weinberger T, Chandy A, Schmucler S. Depression During Pregnancy and Postpartum. *Current Psychiatry Reports*. 2016;18:3 [Internet]. 2016 Feb 15 [cited 2022 Jul 18];18(3):1-9. DOI: 10.1007/s11920-016-0664-7
9. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. *J Educ Health Promot* [Internet]. 2017 [cited 2023 Feb 8];6:60. DOI: 10.4103/jehp.jehp_9_16
10. Iliadis SI, Skalkidou A, Ranstrand H, Georgakis MK, Axfors C, Papadopoulos FC. Self-Harm Thoughts Postpartum as a Marker for Long-Term Morbidity. *Front Public Health*. 2018 Feb 19;6:34. DOI: 10.3389/fpubh.2018.00034
11. Solís Solano M, Pineda Mejía AL, Chacón Madrigal J. Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. *Rev Medica Sinerg* [Internet]. 2019;4(6):90-9. <http://dx.doi.org/10.31434/rms.v4i6.248>
12. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. 2019 Jan 28 [cited 2022 Aug 10];70:183-96. DOI: 10.1146/annurev-med-041217-011106
13. Dominiak M, Antosik-Wojcinska AZ, Baron M, Mierzejewski P, Swiecicki L. Recommendations for the prevention and treatment of postpartum depression. *Ginekol Pol* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 3];92(2):153-64. DOI: 10.5603/GP.a2020.0141
14. Schipper-Kochems S, Fehm T, Bizjak G, Fleitmann AK, Balan P, Hagenbeck C, et al. Postpartum Depressive Disorder - Psychosomatic Aspects. *Geburtshilfe Frauenheilkd* [Internet]. 2019 [cited 2022 Aug 15];79(4):375. DOI: 10.1055/a-0759-1981



15. Ahmadpanah M, Nazariabadi M, Aghaei E, Ghaleiha A, Bakhtiari A, Haghighi M, et al. Influence of adjuvant detached mindfulness and stress management training compared to pharmacologic treatment in primiparae with postpartum depression. *Arch Women's Mental Health*. 2017;21:1 [Internet]. 2017 Jul 18 [cited 2022 Jul 3];21(1):65–73. DOI: 10.1007/s00737-017-0753-6
16. Ukatu N, Clare CA, Brulja M. Postpartum Depression Screening Tools: A Review. *Psychosomatics* [Internet]. 2018 May 1 [cited 2022 Jul 3];59(3):211–9. DOI: 10.1016/j.psych.2017.11.005
17. Kroska EB, Stowe ZN. Postpartum Depression Identification and Treatment in the Clinic Setting. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2020 Sep;47(3):409–19. doi: 10.1016/j.ogc.2020.05.001
18. Gaviria-Arbeláez SL, Uribe-Holguín A, Gil-Castaño LS, Uribe-Bravo SE, Serna-Galeano LE, Álvarez-Mesa C, et al. Prevalencia del riesgo de depresión y preocupaciones en mujeres gestantes en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Antioquia, Colombia, 2020-2021. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2022;73(2):194–202. <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3821>
19. Chen Q, Li W, Xiong J, Zheng X. Prevalence and Risk Factors Associated with Postpartum Depression during the COVID-19 Pandemic: A Literature Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2022 Aug 15];19(4):2219. DOI: 10.3390/ijerph19042219
20. Hantsoo L, Ward-O'Brien D, Czarkowski KA, Gueorguieva R, Price LH, Epperson CN. A Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind Trial of Sertraline for Postpartum Depression. *Psychopharmacology (Berl)* [Internet]. 2014 Mar [cited 2022 Aug 10];231(5):939. DOI: 10.1007/s00213-013-3316-1
21. O'Hara MW, Engeldinger J. Treatment of Postpartum Depression: Recommendations for the Clinician. *Clin Obstet Gynecol* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2022 Jul 3];61(3):604–14. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000353
22. Cuomo A, Maina G, Neal SM, De Montis G, Rosso G, Scheggi S, et al. Using sertraline in postpartum and breastfeeding: balancing risks and benefits. *Expert Opin Drug Saf* [Internet]. 2018 Jul 3 [cited 2022 Jul 3];17(7):719–25. DOI: 10.1080/14740338.2018.1491546
23. Weissman AM, Levy BT, Hartz AJ, Bentler S, Donohue M, Elingrod VL, et al. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. *Am J Psych*. 2004 Jun;161(6):1066–78. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.6.1066
24. Olsen RW, Sieghart W. GABA A receptors: subtypes provide diversity of function and pharmacology. *Neuropharmacol* [Internet]. 2009 Jan [cited 2023 Mar 15];56(1):141–8. DOI: 10.1016/j.neuropharm.2008.07.045
25. Saripalli A, Amar P, Duffee LE, Clayton AH. GABA-A Receptor Positive Allosteric Modulators as a Novel Approach to Treating Depression: A Review of Available Data. *Neurology*. 2021;17(2):77. DOI: <https://doi.org/10.17925/USN.2021.17.2.77>
26. Kanes S, Colquhoun H, Gunduz-Bruce H, Raines S, Arnold R, Schacterle A, et al. Brexanolone (SAGE-547 injection) in post-partum depression: a randomised controlled trial. *Lancet* [Internet]. 2017 Jul 29 [cited 2023 Mar 15];390(10093):480–9. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31264-3
27. Meltzer-Brody S, Colquhoun H, Riesenberger R, Epperson CN, Deligiannidis KM, Rubinow DR, et al. Brexanolone Injection in Postpartum Depression: 2 Multicenter, Double-blind, Randomized, Placebo-controlled Phase 3 Trials. *Obstetric Anesthesia Digest* [Internet]. 2019 Jun [cited 2023 Mar 15];39(2):87–8. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31551-4
28. Walton N, Maguire J. Allopregnanolone-based treatments for postpartum depression: Why/how do they work? *Neurobiol Stress*. 2019 Nov 1;11:100198. DOI: 10.1016/j.ynstr.2019.100198
29. Brandon AR, Crowley SK, Gordon JL, Girdler SS. Nonpharmacologic Treatments for Depression Related to Reproductive Events. Vol. 16, *Current Psychiatry Reports*. Current Medicine Group LLC 1; 2014. DOI: 10.1007/s11920-014-0526-0
30. Dimidjian S, Goodman SH, Felder J, Gallop R, Brown AP, Beck A. Staying Well during Pregnancy and the Postpartum: A Pilot Randomized Trial of Mindfulness Based Cognitive Therapy for the Prevention of Depressive Relapse/Recurrence HHS Public Access. *J Consult Clin Psychol*. 2016;84(2):134–45. DOI: 10.1037/ccp0000068
31. Taylor BL, Cavanagh K, Strauss C. The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions in the Perinatal Period: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016;11(5):155720. DOI: 10.1371/journal.pone.0155720
32. Spijkerman MPJ, Pots WTM, Bohlmeijer ET. Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin Psychol Rev*. 2016 Apr 1;45:102–14. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.009>
33. Bulut S, Gümüşsoy B. Postpartum Depression and Cognitive Behavioral Therapy from Face to Face Group Sessions to Online Group Sessions. DOI:10.31031/PPRS.2020.03.000581
34. Milgrom J, Gemmill AW, Ericksen J, Burrows G, Buist A, Reece J. Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline and combination therapy: A randomised controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* [Internet]. 2015 Mar 25 [cited 2022 Aug 10];49(3):236–45. DOI: 10.1177/0004867414565474
35. Sockol LE. A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *J Affect Disord*. 2015 May 15;177:7–21. DOI: 10.1016/j.jad.2015.01.052
36. Committee on Clinical Practice Guidelines—Obstetrics. Screening and Diagnosis of Mental Health Conditions during Pregnancy and Postpartum. *Obstet Gynecol* 2023 June 6;141:1232–61. DOI: 10.1097/AOG.0000000000005200