

DEPRESIÓN PERINATAL: DETECCIÓN Y TRATAMIENTO

PERINATAL DEPRESSION: DETECTION AND TREATMENT

DR. ENRIQUE JADRESIC M. (1)

1. Profesor Asociado de Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Campus Norte. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

Email: ejadresic@gmail.com

RESUMEN

El estrecho contacto que los profesionales de la gineco-obstetricia mantienen con las embarazadas/puérperas, proporciona una oportunidad única para diagnosticar y tratar precozmente la depresión perinatal. El trastorno puede ocasionar consecuencias negativas a la madre, el entorno familiar y, en especial, a la descendencia en la etapa de fetolactante o, incluso, en épocas más tardías de la vida. En Chile se ha validado la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo para la detección de probables casos, tanto en el embarazo como en el postparto. Su aceptabilidad entre las mujeres es alta. En la actualidad se dispone de diversos tratamientos. En la evaluación de los riesgos asociados a ellos, se debe tener presente que, abstenerse de indicar un antidepresivo a una embarazada deprimida, o con alto riesgo de presentar una recidiva, puede generar un riesgo mayor en la mujer y el feto que el riesgo por la exposición al fármaco.

Palabras clave: Depresión, perinatal, preparto, postparto, detección, tratamiento.

SUMMARY

Ob/Gyn professionals' close work with pregnant/postpartum women provides a unique opportunity for early diagnosis and treatment of perinatal depression, a disorder that can have negative consequences for the mother, the family environment and especially the offspring, at the stage of fetus/infant or even later in life. In Chile, the Edinburgh Postnatal Depression Scale, used to detect probable cases, has been validated both during pregnancy and postpartum, showing good acceptability among women. Nowadays several treatments are available. When assessing the treatment vs. associated risks, due consideration should be given to the fact that the decision not to prescribe antidepressants to a woman who is depressed or likely to have a relapse during pregnancy may pose greater risks to the woman and her fetus than does exposure to the medication.

Key words: Depression, perinatal, prepartum, postpartum, detection, treatment.

INTRODUCCIÓN

La depresión es entre dos y tres veces más frecuente en las mujeres que los hombres. Las cifras más altas de prevalencia se alcanzan durante los años de vida fértil, de modo que las mujeres pueden estar deprimidas antes de la concepción o bien deprimirse durante el embarazo (1,2). Algunos datos indican que en Chile la enfermedad depresiva representa un importante problema de salud pública, especialmente entre las mujeres, pues la predominancia femenina sería mayor que en otros países. Autores nacionales compararon los datos de Santiago con los de ciudades de Gran Bretaña y encontraron que la brecha entre los géneros es considerablemente más marcada en nuestro medio, apreciándose un mayor riesgo relativo de la mujer chilena en comparación a su contraparte británica (3). Además, se estima que recién en 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial mientras que, en nuestro país, constituye actualmente el primer motivo de discapacidad en mujeres adultas (4).

En los últimos años se advierte un progreso notable en el ámbito de la psiquiatría perinatal, disciplina que se ocupa de los aspectos psicopatológicos relacionados con el embarazo y el postparto. A la luz de este hecho, resulta fundamental que los profesionales de la gineco-obstetricia y la pediatría se familiaricen con estos avances, toda vez que el estrecho contacto que mantienen con las embarazadas/puérpas proporciona una oportunidad única para diagnosticar y tratar precozmente la depresión materna del pre y/o postparto. Ello puede permitir evitar o minimizar numerosas consecuencias negativas que la depresión perinatal puede ocasionar a la madre, el entorno familiar y, en particular, a la descendencia, en la etapa de feto/lactante o incluso, en épocas más tardías de la vida.

DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO

En Chile alrededor del 30% de las embarazadas sufre síntomas inespecíficos de depresión y/o ansiedad (5). En cambio, si se consideran únicamente los trastornos depresivos que satisfacen criterios más estrictos, la prevalencia de depresión en este período es cercana al 10% (6), cifra similar a la encontrada en otros países (7).

Según estudios nacionales factores de riesgo de depresión perinatal son, entre otros, la historia previa de depresión, los eventos vitales adversos, el deficiente apoyo social, la discordia marital y el embarazo no deseado (8,9) (tabla 1).

El cuadro clínico de la depresión del embarazo es similar al que se presenta en los episodios depresivos en otras épocas de la vida. Además de los síntomas cardinales de la depresión - como el desánimo, el desinterés por las actividades que antes resultaban atractivas, el deterioro en la autoestima, la labilidad emocional- suelen presentarse síntomas como angustia, irritabilidad y desconcentración.

Puede haber rechazo, rabia o ambivalencia en relación al embarazo, sobre todo si este no es planificado. Asimismo, la mujer puede

TABLA 1. FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN PERINATAL EN MUJERES CHILENAS

- Historia de depresión, especialmente perinatal
- Embarazo no deseado
- Conflicto en la relación de pareja
- Ausencia de pareja
- Estrés psicosocial
- Nivel socioeconómico bajo
- Deficiente apoyo social

*Modificado de referencias 8 y 9.

experimentar angustia por la responsabilidad que significa asumir el rol de madre o sentirse culpable por creer que no está contribuyendo al bienestar de su bebé.

Es fundamental diagnosticar los episodios de depresión mayor. En este sentido, cobra particular importancia la persistencia del desánimo como requisito diagnóstico. En efecto, según la definición de la Asociación Americana de Psiquiatría, para diagnosticar una depresión mayor se requiere, entre otras características clínicas, que el desánimo se prolongue por al menos dos semanas (tabla 2) (10,11).

Hasta la penúltima versión de su clasificación de los trastornos mentales (DSM-IV), la Asociación Psiquiátrica Americana estipulaba que se podía incluir un especificador del comienzo de la depresión denominado

TABLA 2. SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN MAYOR*

- Ánimo depresivo la mayor parte del tiempo, casi todos los días por dos semanas y/o
- Pérdida de interés en, o de la capacidad de gozar de, actividades que la persona habitualmente disfruta

OTROS SÍNTOMAS QUE PUEDEN PRESENTARSE:

- Fatiga o falta de energía
- Inquietud o sensación de enlentecimiento
- Sentimientos de culpa o minusvalía
- Dificultades para concentrarse
- Alteraciones del sueño
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

*Modificado de referencias 10 y 11.

“postparto” (10). En su más reciente versión (DSM-V), de 2013, se reemplazó el nombre de dicho especificador por el de “periparto”, pudiendo aplicarse a todo episodio depresivo de comienzo en el embarazo o en las cuatro semanas después del parto (11). La razón de este cambio es la constatación de que el 50% de los episodios de depresión postparto comienza en realidad en el embarazo, lo que da cuenta de la continuidad de los problemas anímicos perinatales.

Cabe señalar, no obstante, que los especialistas en psiquiatría perinatal designan con el nombre de depresión perinatal a los cuadros depresivos que se inician durante el embarazo o hasta un año después del parto, pues estiman que el criterio de limitar las depresiones a las primeras cuatro semanas del puerperio es muy restrictivo. También se debe tener presente que no se dispone de evidencia de una etiología específica o de una psicopatología claramente diferente. Aún así, el término se justifica por las necesidades específicas de las embarazadas/puérperas deprimidas y por los potenciales efectos en la descendencia.

Algunas molestias propias de la gravidez, como por ejemplo la astenia, la labilidad emocional y las alteraciones del sueño y del apetito, suelen encontrarse durante la depresión. Asimismo, es pertinente recordar que las embarazadas pueden sufrir de ciertas patologías médicas como anemia, diabetes gestacional y disfunción tiroidea, las cuales a menudo se asocian a síntomas depresivos. Por este motivo para minimizar el riesgo de falsos positivos, se recomienda explorar sistemáticamente los síntomas psíquicos de depresión mayor, especialmente la anhedonia, los sentimientos de culpa, la desesperanza y la ideación suicida.

Se dispone de diversas escalas para la detección de depresión durante el embarazo (12,13). Sin embargo, el instrumento de tamizaje para depresión prenatal más usado en la actualidad en todo el mundo es la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) (14), la cual ha sido validada para ser empleada en el postparto en muchos países, pero también cuenta con validaciones en el embarazo (15,16). Consiste en una escala auto administrada de 10 ítems, en la que se le pide a la mujer que responda cómo se ha sentido en los siete días previos. Para cada pregunta se obtiene un puntaje de 0-3 (de modo que el rango del puntaje final es de 0-30) y no toma más de tres minutos en ser contestada (ver anexo). En Chile, el 95 al 100% de las madres acepta contestar la escala (17,18). En un estudio reciente, se efectuó la primera validación de una versión en español para ser usada en embarazadas, encontrando que en gestantes chilenas el punto de corte 12/13 es el más apropiado, con una eficiencia global de 87,4% (19).

Como alternativa al uso de la EPDS en el embarazo, en Reino Unido, la guía del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) (20) recomienda a los profesionales de la salud hacer de rutina las, así llamadas, *Preguntas de Whooley* (21) en todos los controles pre y postnatales: 1) *¿Se ha sentido a menudo desanimada, deprimida o sin esperanza durante el último mes?* y 2) *¿En el último mes, ha sentido a menudo que tiene poco interés por las cosas o que no las disfruta?* Si la mujer responde “Sí” a cualquiera de estas dos preguntas, se recomienda evaluar la posibilidad

de hacer una tercera pregunta: *En relación con esto, ¿Siente que necesita o quiere ayuda?* La deficiencia de las Preguntas de *Whooley* radica en que, desde el punto de vista psicométrico, no se ha establecido su sensibilidad ni especificidad. Además, a diferencia de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, no indaga sobre pensamientos infrecuentes que, potencialmente, involucran riesgo vital, tales como ideas de provocarse daño a sí misma o pensamientos de dañar al bebé.

Riesgos de no tratar la depresión materna durante el embarazo

Las embarazadas deprimidas tienen más riesgo de descuidar su embarazo, de abandonar los controles prenatales, o de no seguir o seguir erróneamente las indicaciones médicas, en comparación con las embarazadas no deprimidas. Además, están más expuestas a abusar del tabaco, el alcohol y las drogas; todo lo cual puede afectar el resultado obstétrico. A su vez, algunos síntomas propios de la depresión como la anorexia, pueden alterar algunos aspectos del embarazo -como el aumento de peso- y así contribuir a resultados adversos.

La investigación actual sugiere que la depresión materna *per se* puede afectar negativamente el desarrollo del feto (22). Se cuenta con varios estudios que muestran una asociación entre la depresión materna y factores que predicen pobres desenlaces neonatales, los que incluyen el embarazo de pretérmino, pesos de nacimiento menores, circunferencias craneales más pequeñas y puntajes APGAR más bajos (23-27). Con todo, en lo que atañe a los embarazos de pretérmino, los recién nacidos de PEG o de peso bajo, la evidencia actual no permite apoyar ni refutar la validez de estas asociaciones específicas (28).

Es posible que el aumento del cortisol plasmático, como también el incremento de los niveles de catecolaminas, típicamente presentes en los pacientes con depresión, puedan afectar la función placentaria, a través de una disminución del flujo sanguíneo uterino y la inducción de irritabilidad uterina (29,30). A su vez, las alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis adrenal, propias de los estados depresivos, pueden tener un efecto directo en el desarrollo fetal (31).

En Inglaterra se efectuó un estudio prospectivo de una cohorte de más de 9.000 mujeres y sus hijo(a)s, el cual incluyó la aplicación de la EPDS durante las semanas 18 y 32 del embarazo; y luego a las ocho semanas y a los ocho meses postparto. El seguimiento reveló que la presencia de síntomas depresivos persistentes en las madres durante el embarazo, se asoció a un retraso en el desarrollo de los niño(a)s a los 18 meses de edad, en comparación a lo observado en los niño(a)s cuyas madres no presentaron tales síntomas durante la gestación. Se determinó la OR, la cual fue de 1.34 (95% IC=1.01-1.78; P=0.043). Si bien tuvo la limitante de que la evaluación de los niños se basó únicamente en el reporte de la madre, el estudio destacó la importancia de la depresión durante el embarazo. Como lo sostienen los autores, algunos de los efectos en el desarrollo de los niño(a)s atribuidos a la depresión puerperal parecieran ser causados, en parte, por los síntomas depresivos durante la gravidez (32). Naturalmente, esto avala la tendencia actual a hablar de depresión perinatal más que de depresión del pre o postparto.

Otro estudio reveló que aquellos adolescentes cuyas madres tuvieron una depresión durante sus embarazos, presentaron un riesgo 4.7 veces mayor de estar deprimidos a los 16 años, en comparación a aquellos cuyas madres no se deprimieron durante la gestación (33).

Lo anterior, indica que la depresión de la gestante puede tener serias consecuencias en la descendencia, las que se pueden expresar en distintos ámbitos de su desarrollo. Más aún, la depresión durante el embarazo aumenta en forma significativa el riesgo de la mujer de deprimirse en el postparto y en general, tensiona y pone en riesgo la estabilidad del grupo familiar.

Tratamiento de la depresión durante el embarazo

Con frecuencia los trastornos depresivos mayores agudos del embarazo no se tratan o se tratan en forma insuficiente (34,35). Es más, se sabe que aún habiéndose hecho el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico durante el embarazo, éste a menudo no se trata (34).

La finalidad de un tratamiento para la depresión en una embarazada es mejorar su estado anímico, minimizando los riesgos para el embrión/feto en desarrollo. Por cierto, se debe comenzar con estrategias de orden general como recomendar interrumpir el consumo de cafeína, nicotina y alcohol, o intentar maximizar las posibilidades de descanso. Puede ser beneficioso recurrir a técnicas de relajación y también a medidas de manejo ambiental. Un reciente metaanálisis indica que se cuenta con alguna evidencia de que el ejercicio físico puede ser efectivo para tratar la depresión durante el embarazo (36).

Intervenciones psicoterapéuticas: Muchas pacientes con depresiones leves a moderadas pueden ser tratadas exclusivamente con psicoterapia. Para tratar la ansiedad que frecuentemente acompaña a la depresión, pueden ser muy útiles tanto las técnicas de relajación, la terapia cognitivo-conductual, como la psicoterapia de apoyo. Para los síntomas anímicos, siempre que no sean intensos, suele preferirse la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) o la Psicoterapia Interpersonal (*Interpersonal Psychotherapy*, PIP). Por lo general se usan en su modalidad individual, pero también se pueden emplear en su versión grupal (34). Pese a que la evidencia a favor de la psicoterapia de orientación psicodinámica es limitada, los expertos plantean que se trata de una opción razonable si no se dispone de TCC o de PIP.

Farmacoterapia: En general, se considera su uso en embarazadas con depresiones moderadas a severas, gestantes que no hayan respondido a otros tratamientos o cuando hay una alta probabilidad de recidiva. Debido a obvias razones éticas, no se cuenta con estudios sobre la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión de mujeres embarazadas. Sin embargo, no hay razones para pensar que la respuesta terapéutica de las mujeres grávidas debiera ser distinta a la observada en mujeres no embarazadas. Es más, se cuenta con guías para el tratamiento de la depresión durante la gestación (28,38-40).

En la práctica, sigue siendo válida la recomendación de evitar en lo posible el uso de psicofármacos durante las primeras 12 semanas de gestación (período de organogénesis), debido al riesgo de malformaciones. Al respecto, es útil conocer la clasificación del riesgo que representan los fármacos para el feto según la *Food and Drug Administration* (FDA) de Estados Unidos (tabla 3).

TABLA 3. GRADO DE RIESGO QUE REPRESENTA PARA EL FETO EL USO DE FÁRMACOS DURANTE EL EMBARAZO*

CATEGORÍA	INTERPRETACIÓN
A	Estudios controlados revelan que no hay riesgo fetal
B	No hay evidencia de riesgo en humanos
C	No se puede excluir eventual riesgo fetal
D	Existe evidencia positiva de riesgo, aunque los beneficios potenciales pueden superar los eventuales riesgos
X	Contraindicación absoluta en el embarazo

* Según la *Food and Drug Administration* (FDA) de Estados Unidos.

Esta categorización del riesgo asociado al uso de medicamentos durante el embarazo, es un referente valioso pese a algunas limitaciones importantes. Así, en 1992, la Sociedad Norteamericana de Teratología señaló que sólo alrededor de 20 drogas eran reconocidas como teratógenos en humanos mientras que en los manuales de la FDA de ese año aparecieron alrededor de 140 medicamentos con una clasificación D o X (las de mayor riesgo). Posteriormente, algunos autores alertaron sobre el hecho de que en Estados Unidos se puso fin innecesariamente a embarazos deseados por seguir muy de cerca las clasificaciones de la FDA.

Cohen y colaboradores estudió mujeres que estaban tomando antidepresivos antes de la concepción y las siguieron durante el embarazo. Encontraron que la discontinuación del medicamento se tradujo en un 68% de recidiva, en comparación a sólo un 25% de recidiva en mujeres gestantes que continuaron el fármaco (41).

La mayor cantidad de datos relacionados con los antidepresivos y el período grávido, proviene del uso de los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) (fluoxetina, sertralina, citalopram y paroxetina). En general, el conjunto de los datos reunidos hasta ahora muestra escasa evidencia de teratogénesis derivada del uso de antidepresivos durante la gestación o de efectos adversos asociados a la exposición durante la lactancia (42-46).

Se puede concluir que los ISRS (salvo, tal vez, la paroxetina) son una buena opción terapéutica y suelen preferirse durante la gestación/

postparto; representan una alternativa segura, incluso en el primer trimestre del embarazo. Algunos autores aconsejan evitar el uso de la paroxetina en gestantes o mujeres que planean embarazarse (47). La razón es que durante 2005 y 2006 algunos estudios mostraron que los recién nacidos cuyas madres habían tomado paroxetina en el primer trimestre del embarazo, tenían dos veces mayor riesgo de presentar malformaciones congénitas cardíacas, más comúnmente problemas del *septum* ventricular. En términos absolutos el riesgo es pequeño, 2 por cada 1.000 nacimientos, por lo cual no se puede considerar que este fármaco sea un teratógeno mayor (48,49). Es más, un estudio que incluyó 1.174 neonatos provenientes de ocho centros distintos, reveló que no había un aumento en el riesgo de malformaciones asociado al uso de paroxetina en el primer trimestre (50). Con todo, desde hace años se están reportando casos de síndromes de privación neonatal de ISRS en niños cuyas madres los han ingerido en el tercer trimestre, por lo que -independientemente si se confirma o descarta el potencial teratogénico de la paroxetina- dicho fármaco no constituye una buena alternativa durante la gravidez porque a menudo se asocia a síndrome de discontinuación (51,52). Hace algunos años la FDA cambió a la paroxetina de categoría C, donde está la mayoría de los antidepresivos, a categoría D.

En 2006, Chambers y colaboradores publicó un estudio vinculando el uso de ISRS durante las etapas tardías del embarazo a un incremento en el riesgo de Hipertensión Pulmonar Persistente en el Recién Nacido (HPPRN) (53). Pese a tratarse de un riesgo no confirmado, ese mismo año, la FDA hizo una advertencia al respecto (54). Desde entonces, al menos seis trabajos se han centrado en el estudio de esta asociación; tres de ellos indicaron que no había ningún vínculo mientras que otros tres reportaron un aumento en el riesgo de HPPRN, con *Odds Ratios* de 2.4 a 6.1 (debe hacerse notar, sin embargo, que dos de estos estudios se basaron en la misma base de datos de pacientes) (55). En 2012, la FDA analizó estos estudios y actualizó su advertencia, señalando que *"dado los resultados contradictorios, es prematuro sacar cualquier conclusión acerca de una posible asociación entre el empleo de ISRS en el embarazo y la HPPRN"* (56). Al respecto, Nonacs afirmó: *"Tomando en consideración todos estos estudios, los datos que avalan una asociación entre la exposición a ISRS y la HPPRN es débil. En su conjunto, se encontraron 50 niños con HPPRN entre 25.000 expuestos a los ISRS durante el embarazo. Es importante hacer notar que aun si asumimos un incremento modesto en el riesgo de HPPRN, el riesgo absoluto es extremadamente pequeño y puede no justificar el evitar o discontinuar los antidepresivos antes del parto. Abstenerse de indicar antidepresivos en mujeres con historias de depresiones recurrentes o graves, aumenta el riesgo de depresión prenatal y postparto y puede no ser la opción más segura"* (55).

En relación al período grávido/puerperal, los expertos coinciden en que una alternativa a los ISRS son las aminas secundarias, es decir, desipramina (disponible en Chile) y nortriptilina, ya que producen menos efectos anticolinérgicos e hipotensión en comparación con los antidepresivos tricíclicos. Estos últimos se usaron en embarazadas y puerperas durante

varias décadas y aún se utilizan ocasionalmente. Algunos estudios iniciales sugirieron que aumentaban el riesgo de malformaciones de extremidades, lo cual no fue confirmado posteriormente.

Los datos disponibles sobre la mayoría de los antidepresivos atípicos, que no son ISRS ni tricíclicos (entre los que se incluyen duloxetina, mirtazapina y venlafaxina), son limitados y no sugieren, por el momento, un aumento del riesgo de teratogénesis o efectos obstétricos o neonatales adversos asociados a su uso durante el embarazo (57-59). Empero, el uso de bupropion durante el primer trimestre se ha asociado a malformaciones cardíacas fetales, por lo que no se recomienda su uso en mujeres gestantes (60).

La decisión de si usar o no psicofármacos durante el período grávido/puerperal debe ser siempre individualizada, basada en un análisis cuidadoso de la relación riesgo/beneficio. Tanto tratar con un psicofármaco como no hacerlo, conllevan un riesgo. Empero, se debe considerar que abstenerse de indicar un antidepresivo a una embarazada deprimida, o con alto riesgo de presentar una recidiva, puede generar un riesgo mayor en la mujer y el feto que el riesgo por la exposición al fármaco. Como trasfondo, hay que tener presente que el riesgo de malformaciones fetales en la población general es de 2 a 4%.

Depresión Postparto (DPP)

Desde la Antigüedad se sabe que en los meses posteriores al parto la mujer es muy vulnerable desde el punto de vista psíquico. Estudios nacionales muestran que al menos el 40% de las madres sufre síntomas depresivo-ansiosos inespecíficos durante ese período y que un 10 al 15% desarrolla una DPP (5). Se trata de un trastorno cuya sintomatología es en general muy similar a la de los episodios de depresión mayor que aparecen en otras épocas de la vida (tabla 2) (10,11). Por cierto, el contexto de la maternidad influye en la presentación de los síntomas y así, por ejemplo, las ideas de culpa y minusvalía, que en forma habitual se encuentran en los deprimidos, aquí se traducen en sentimientos de incapacidad para asumir el rol de madre y reticencia a hacerse cargo del cuidado del niño(a).

Pueden presentarse fantasías o temor de hacerle daño al bebé, o indiferencia, pero rara vez rechazo. El vínculo madre-hijo(a) se puede resentir. Las madres pueden involucrarse menos o, por el contrario, tornarse estimuladoras en exceso. Los hijos pueden responder menos, mostrarse menos propensos a la interacción y en general presentar más emociones negativas.

La mayoría de los casos de DPP se presenta durante el primer mes del puerperio o poco después y, por lo general, los síntomas alcanzan su intensidad máxima entre las 8 y las 12 semanas después de que la mujer ha dado a luz.

La disforia postparto (*postpartum blues*) es un trastorno transitorio muy común, presentándose en aproximadamente un 40 a 60% de las puerperas (61). Aparece los primeros días postparto, típicamente

alrededor del tercer día, durando sólo algunas horas y, a lo más, un día o dos. Se trata de un estado en que sobresale la ansiedad, la labilidad emotiva y, a veces, el ánimo depresivo, síntomas todos muy pasajeros, por lo que no se requiere de tratamiento.

La psicosis postparto tiene una incidencia, en cambio, del 0,1 al 0,2% (62). El cuadro clínico es de presentación dramática y representa una emergencia psiquiátrica. Por lo general comienza durante las primeras dos semanas postparto, a veces a las 48 o 72 horas después de dar a luz. Suele debutar con síntomas tales como inquietud, irritabilidad y trastornos del sueño. Habitualmente la psicosis puerperal evoluciona rápido, destacando entre los síntomas el ánimo deprimido o exaltado, el desajuste conductual, la labilidad emocional, como también los delirios y las alucinaciones. Aún se debate si la psicosis postparto es una entidad diagnóstica independiente o si se trata de una psicosis afectiva (trastorno del ánimo) de evolución rápida.

El instrumento de tamizaje más empleado en la actualidad para detectar probables casos de DPP es la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) (14). En Chile, se cuenta con dos validaciones, una para madres de nivel socioeconómico medio (63) y otra para madres de nivel socioeconómico bajo (64). Ambas determinaron que el punto de corte 9/10 era el mejor. Ahora bien, hay autores que han propuesto que se utilicen los puntos de corte 9/10 y 12/13 como marcadores de depresión menor y mayor, respectivamente (65). Actualmente se recomienda la utilización de instrumentos de tamizaje para depresión postparto en países como Australia y Estados Unidos, no así en el Reino Unido (61). En este último país, la guía del NICE recomienda que durante todo el período perinatal se utilicen las preguntas de Whooley (21), no obstante que pudieran resultar insuficientes en los casos de depresiones más graves.

Riesgos de no tratar la depresión postparto

En la actualidad se cuenta con más de una veintena de estudios en los que se han documentado los numerosos efectos adversos asociados a la depresión materna postparto. Estas investigaciones han encontrado consecuencias negativas a nivel del vínculo madre-hijo(a) y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales y cognitivos (66). Por ejemplo, Hay y colaboradores encontró que los preadolescentes cuyas madres presentaron una depresión a los tres meses de tenerlos, es decir, sufrieron de DPP, tuvieron coeficientes intelectuales significativamente más bajos que los niños cuyas madres no se deprimieron en ese período (67). En otro estudio, este grupo de investigadores dio a conocer una asociación entre DPP materna y violencia en los hijo(a)s, aún considerando la depresión durante la gestación, su historia de depresión y las características de la familia. Los hijo(a)s se mostraron más violento(a)s si las madres habían estado deprimidas al tercer mes postparto y al menos en una ocasión más durante el seguimiento, el cual se extendió hasta 11 años después del parto (68).

La depresión puerperal no sólo puede afectar el modo cómo la madre se relaciona con su hijo sino también la manera cómo lo percibe. Se

ha observado que las madres deprimidas perciben más negativamente a sus hijos y que los consideran más difíciles de criar que las madres controles no deprimidas (69).

Tratamiento de la depresión postparto

Como se mencionó anteriormente, las disforias postparto no requieren tratamiento debido a que la alteración anímica es leve y autolimitada. De todos modos, si la madre llegara a consultar, es útil explicarle que lo que sucede es normal, atribuible a los cambios hormonales que está experimentando y que cesará sin necesidad de tratamiento.

Las psicosis, por su parte, dado sus características (alteraciones conductuales, delirios y/o alucinaciones), habitualmente son derivadas al psiquiatra. En lo substancial, se tratan igual que cualquier psicosis afectiva presente en otra época de la vida.

Con respecto al tratamiento de las depresiones postparto no psicóticas, se deben considerar tanto las estrategias psicoterapéuticas como los tratamientos farmacológicos.

Intervenciones psicoterapéuticas. Para las mujeres en riesgo pero que permanecen asintomáticas, o aquellas con síntomas leves de DPP, se recomiendan medidas de orden general, como la psicoeducación. Básicamente, consiste en explicarle a la madre y a la familia la naturaleza del trastorno que aqueja a la paciente, haciendo hincapié en que se trata de una enfermedad y no de una derrota o fracaso personal; modo de entender el trastorno que uno a menudo encuentra en la práctica clínica. Es aconsejable descartar alteraciones de las hormonas tiroideas. Asimismo, resulta fundamental perturbar lo menos posible los ritmos circadianos. El tratamiento oportuno de los problemas del sueño, logra con frecuencia evitar el desarrollo de trastornos depresivos puerperales en mujeres de alto riesgo. De ser posible, se debe asistir (o relevar) a la madre en el cuidado nocturno del niño ya que ello puede ser muy beneficioso a través de favorecer el descanso. Las psicoterapias avaladas por la investigación científica, para ser usadas en esta etapa de la vida, son la cognitivo-conductual y la interpersonal (PIP). Esta última se focaliza en la transición de roles y en la adquisición de nuevas destrezas vinculadas a la maternidad (70).

Farmacoterapia. La lactancia tiene claros beneficios para la madre y el niño(a) y, por cierto, la decisión de si usar o no un antidepresivo mientras se amamanta debe sustentarse en un análisis riguroso de los riesgos y los beneficios.

Se sabe que todos los fármacos pasan al niño a través de la leche materna y que, en general, sólo el 1 a 2% de la dosis materna de cualquier fármaco aparecerá en la leche. Este traspaso es significativamente menor que en la situación intrauterina y, en la práctica, en lo que a los antidepresivos concierne, no se traduce en problemas clínicos para el neonato en la gran mayoría de los casos (71). Sin embargo, si un niño(a) desarrolla síntomas anormales y se sospecha que se relaciona a la ingesta del antidepresivo por parte de la madre, se debe suspender la lactancia de inmediato.

Desde fines de la década del 90, los ISRS han desplazado a los antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de madres que amamantan. Los más estudiados son la fluoxetina y la sertralina. En cuanto a la fluoxetina, se ha visto que dosis de 20-40 mg se traducen en niveles plasmáticos relativamente bajos en el lactante (72), pero más altos que para otros ISRS. La norfluoxetina, el metabolito activo de la fluoxetina, tiene una vida media muy larga, lo cual pudiera explicar algunos reportes de efectos adversos en los neonatos descritos en la literatura (73,74). La sertralina ha sido relativamente bien estudiada (72,75,76). En una investigación reciente, se apreció un 59% de respuesta en las que tomaron el medicamento en comparación a un 26% en las que recibieron placebo. Las tasas de remisión fueron de 53 y 21%, respectivamente (76). Otro estudio, que incluyó 95 casos, se abocó a analizar los niveles en la leche materna y las repercusiones en el lactante, encontrando niveles bajos en la leche materna e indetectables en el plasma de los niño(a)s. No se registraron efectos adversos en los lactantes expuestos (72). Tampoco se han descrito cambios en el transporte central o periférico de serotonina en los lactantes cuyas madres tomaron sertralina (77).

Se desconoce la duración óptima del tratamiento antidepresivo de la DPP. No obstante, la recomendación habitual es mantener la terapia por al menos 12 meses. Si por algún motivo se desea abreviar el período de tratamiento, se aconseja prolongarlo hasta después de verificados otros cambios hormonales (por ejemplo, el retorno de los ciclos menstruales).

Se debe tener presente que el 70% de las mujeres que ha tenido un episodio de psicosis puerperal sufre otro episodio en el postparto siguiente (78). En forma similar, las mujeres con una historia de

depresión postparto presentan un riesgo considerable, con recidivas postparto de hasta un 50% (79). Por su parte, en la depresión postparto bipolar, el riesgo de recurrencia fluctúa entre 30 y 50% (80).

Este alto riesgo de recidiva de la patología anímica puerperal hace imprescindible que, en la evaluación de toda gestante, se pregunte sobre los antecedentes de depresión. Es más, en los casos en que hay antecedentes de depresión pre/postparto, corresponde tomar las medidas generales (por ejemplo, psicoeducativas y logísticas, entre otras) y/o específicas (psicoterapéuticas y farmacológicas), necesarias para minimizar el riesgo de un nuevo episodio. En este sentido, el uso profiláctico de un antidepresivo puede ser muy útil. Wisner y Wheeler estudiaron un grupo de mujeres con antecedentes de una depresión postparto anterior, las que siguieron después de haber dado a luz nuevamente. Describieron tasas de recidiva mucho menores en aquellas que decidieron tomar un antidepresivo preventivo (81).

Desde hace algún tiempo se cuenta con medios electrónicos que proporcionan información actualizada sobre el uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia, las que son de gran ayuda al clínico en su práctica diaria.

Medios electrónicos con información actualizada sobre el uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia:

<http://toxnet.nlm.nih.gov>

www.reprotox.org

www.mededppd.org

www.postpartum.net

www.womensmentalhealth.org

www.mothersrisk.org

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003; 289(23): 3095-105.
2. Slade T, Johnston A, Oakley Browne MA, Andrews G, Whiteford H. 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing: methods and key findings. *Aus N Z J Psychiatry* 2009; 43(7): 594-605.
3. Rojas G, Araya R, Lewis G. Comparing sex inequalities in common affective disorders across countries: Great Britain and Chile. *Soc Sci Med* 2005; 60(8): 16943-703.
4. Ministerio Servicio Nacional de la Mujer. *Salud Mental en el Gran Santiago*, 2002.
5. Jadresic E, Nguyen DN, Halbreich U. What does Chilean research tell us about postpartum depression (PPD)? *J Affect Disord* 2007; 102: 237-43.
6. Jadresic E, Jara C, Miranda M, Arrau B, Araya R. Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1992; 30: 99-106.
7. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry* 1997; 58(15 Suppl): 26S-32S.
8. Alvarado R, Perucca E, Neves E, Rojas M, Monardes J, Olea E et al. Cuadros depresivos en el postparto y factores asociados. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1993; 58(2): 135-41.
9. Jadresic E, Jara C, Araya R. Depresión en el embarazo y el puerperio: estudio de factores de riesgo. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1993; 39(1): 63-74.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, 4th edition. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

12. Jadresic E, Jara C. Utilidad de un cuestionario (CSD-20) para la detección de cuadros depresivos en el embarazo. *Rev Psiquiat Clin* 1993; 30(2): 97-104.
13. Gorman L, O'Hara M, Figueroa B, Hayes S, Jacquemain F, Kammerer M, et al. Adaptation of the structured clinical interview for DSM-IV disorders for assessing depression in women during pregnancy and post-partum across countries and cultures. *Br J Psychiatry* 2004; 184(46): 17-23.
14. Cox J, Holden J. Perinatal psychiatry. Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Glasgow: The Royal College of Psychiatrists, 1994.
15. Murray D, Cox J. Screening for postnatal depression during pregnancy with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *J Reprod Infant Psychol* 1990; 8: 99-109.
16. Rubertsson C, Börjesson K, Berglund A, Josefsson A, Sydsjö G. The Swedish validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during pregnancy. *Nord J Psychiatry* 2011; 65(6): 414-8.
17. Rojas G, Fritsch R, Solís J, Jadresic E, Castillo C, González M, Guajardo V, Lewis G, Peters TJ, Araya R. Treatment of postnatal depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370: 1629-37.
18. Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión postparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión postparto de Edimburgo. *Rev Méd Chile* 2008; 136: 851-58.
19. Alvarado R, Jadresic E, Guajardo V, Rojas G. First validation of a Spanish translated version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in pregnant women. A Chilean study. *Arch Womens Ment Health* (manuscrito aceptado para publicación).
20. Antenatal and Postnatal Mental Health. Clinical management and service guidance. Clinical Guideline 45. London: National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2007.
21. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 439-45.
22. Nonacs R, Cohen LS. Assessment and treatment of depression during pregnancy: An update. *Psychiatr Clin North Am* 2003; 26: 547-62.
23. Orr S, Miller C. Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy outcome. Review of the literature and preliminary findings. *Epidemiol Rev* 1995; 17(1): 165-71.
24. Orr ST, James SA, Blackmore Prince C. Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol* 2002; 156(9): 797-802.
25. Dayan J, Creveuil C, Herlicovitz M, Herbel C, et al. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *Am J Epidemiol* 2002; 155(4): 293-301.
26. Steer RA, Scholl TO, Hediger ML, Fischer RL. Self-reported depression and negative pregnancy outcomes. *J Clin Epidemiol* 1992; 45(19): 1093-99.
27. Zuckerman B, Bauchner H, Parker S, Cabral H. Maternal depressive symptoms during pregnancy and newborn irritability. *J Dev Behav Pediatr* 1990; 11(4): 190-94.
28. Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, Oberlander TF, Dell DL, Stotland N, et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists 2009; 114(3): 703-13.
29. Teixeira JM, Fisk NM, Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: Cohort based study. *BMJ* 1999; 318(7177): 153-57.
30. Glover V. Maternal stress or anxiety in pregnancy and emotional development of the child. *BMJ* 1997; 171: 105-06.
31. Newport DJ, Wilcot MM, Stove ZN. Maternal depression: A child's first adverse life event. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2002; 7(2): 113-19.
32. Deave T, Heron J, Evans J, Emond A. The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *BJOG* 2008; 115(8): 1043-51.
33. Pawlby S, Hay DF, Sharp D, Waters CS, O'Keane V. Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: prospective longitudinal community-based study. *J Affect Disord* 2009; 113(3): 236-43.
34. Flynn HA, O'Mahen HA, Massey L, et al. The impact of a brief obstetrics clinic-based intervention on treatment use for perinatal depression. *J Womens Health (Larchmt)* 2006; 15: 1195-204.
35. Marcus SM, Flynn HA. Depression, antidepressant medication, and functioning outcomes among pregnant women. *Int J Gynaecol Obstet* 2008; 100: 248-51.
36. Daley A, Foster L, Long G, Palmer C, Robinson O, Walmsley H, et al. The effectiveness of exercise for the prevention and treatment of antenatal depression: systematic review with meta-analysis. *BJOG* 2014; Jun 17 [Epub ahead of print].
37. Spinelli M, Endicott J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 555-62.
38. Altshuler LL. The expert consensus guideline series. Treatment of depression in women. *Postgrad Med* 2001; 1: 1-107.
39. Wisner K, Gelenberg A, Leonard H, Zarin D, Frank E. Pharmacological treatment of depression during pregnancy. *JAMA* 1992; 282: 1264-69.
40. Yonkers K, Wisner KL, Stowe Z, Leibenluft E, Cohen L, Miller L, et al. Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 608-20.
41. Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, Nonacs R, Newport DJ, Viguera AC, et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA* 2006; 295: 499-507.
42. Wen S, Yang Q, Garner P, Fraser W, Olatunbosun O, Nimrod C, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors and adverse pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194: 961-6.
43. Malm H, Klaukka T, Neuvonen P. Risks associated with selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 1289-96.
44. Ellfolk M, Malm H. Risks associated with in utero and lactation exposure to selective reuptake inhibitors (SSRIs). *Reprod Toxicol* 2010; 30(2): 249-60.
45. Sie SD, Wennink JM, van Driel JJ, Te Winkel AG, Boer K, Casteelen G, van Weissenbruch MM. Maternal use of SSRIs, SNRIs and NaSSAs: practical recommendations during pregnancy and lactation. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2012; 97(6): 472-6.
46. Huybrechts KF, Palmsten K, Avorn J, Cohen LS, Holmes LB, Franklin JM, et al. Antidepressant use in pregnancy and the risk of cardiac defects. *N Engl J Med* 2014 370(25): 2397-407.
47. Soufia M, Aoun J, Gorsane MA, Krebs MG. SSRIs and pregnancy: a review of the literature. *Encephale* 2010; 2010; 36(6): 513-6.

48. Kallen B, Otterblad Olausson P. Antidepressant drugs during pregnancy and infant congenital heart defect. *Reprod Toxicol* 2006; 21: 221.
49. Källén BA, Otterblad Olausson P. Maternal use of selective serotonin reuptake inhibitors in early pregnancy and infant congenital malformations. *Birth Defects Res Res A Clin Mol Teratol* 2007; 79: 301-8.
50. Einarson A, Pistelli A, Desantis M, Malm H, Paulus WD, Panchoad A, Kennedy D, Einarson TR, Koren G. Evaluation of the risk of congenital cardiovascular defects associated with use of paroxetine during pregnancy. *Am J Psychiatry* 2008; 165(6): 749-52.
51. Nordeng H, Lindemann R, Perminov KV, Reikman A. Neonatal withdrawal syndrome after in utero exposure to selective serotonin reuptake inhibitors. *Acta Paediatr* 2001; 90: 288-91.
52. Ahmed M, Paramishwaran A, Swang P. Neonatal convulsions secondary to paroxetine withdrawal. *J Pak Med Assoc* 2007; 57: 162.
53. Chambers CD, Hernández-Díaz S, Van Marter LJ, Werler MM, Louik C, Jones KL, et al. Selective serotonin-reuptake inhibitors and risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn. *New Engl J Med* 2006; 354(6): 579-87.
54. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/DrugSafetyInformationforHealthcareProfessionals/PublicHealthAdvisories/ucm124348.htm> Acceso verificado Julio 20, 2014.
55. <http://www.womensmentalhealth.org/posts/ssris-and-pphn-the-fda-revises-its-warning/> Acceso verificado Julio 20, 2014.
56. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm283375.htm> Acceso verificado Julio 20, 2014.
57. Kallen B. Neonate characteristics after maternal use of antidepressants in late pregnancy. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 312-16.
58. Yaris F, Kadioglu M, Kesim M, Ulku C, Yaris E, Kalyoncu N, et al. Newer antidepressants in pregnancy: Prospective outcome of a case series. *Reprod Toxicol* 2004; 19: 235-8.
59. Kesim M, Yaris F, Kadioglu M, Yaris E, Kalyoncu N, Ulku C. Mirtazapine use in two pregnant women: is it safe? *Teratology* 2002; 66: 204.
60. Louik C, Kerr S, Mitchell AA. First-trimester exposure to bupropion and risk of cardiac malformations. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2014 Jun 12 [Epub ahead of print].
61. Kendell R, McGuire R, Connor Y, Cox J. Mood changes in the first three weeks after childbirth. *J Affect Disord* 1981; 3(4): 317-26.
62. O'Hara M. Post-partum blues, depression, and psychosis: A review. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1987; 7: 205-27.
63. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995; 16: 187-91.
64. Alvarado R, Vera A, Rojas M, Olea E, Monardes J, Neves E. La Escala de Edimburgo para la detección de cuadros depresivos en el postparto. *Rev Psiquiatr* 1992; 3-4: 1177-81.
65. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119: 350-64.
66. Hostetter B, Stowe Z. Postpartum mood disorders. En: Lewis-Hall F, Williams T, Panetta J, Herrera J, editors. *Psychiatric illness in women. Emerging treatments and research*. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc, 2002.
67. Hay D, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42(7): 871-89.
68. Hay D, Pawlby S, Angold A, Harold G, Sharp D. Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Dev Psychol* 2003; 39(6): 1083-94.
69. Whiffen V, Gotlib I. Infants of postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive status. *J Abnorm Psychol* 1989; 98: 274-9.
70. O'Hara M, Stuart S, Gorman L, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(11): 1039-45.
71. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynaecologists. *Obstet Gynecol* 2008; 11: 1001-19.
72. Gentile S. Use of contemporary antidepressants during breastfeeding: a proposal for a specific safety index. *Drug Saf* 2007; 30(2): 107-21.
73. Hale T, Shum S, Grossberg M. Fluoxetine toxicity in a breastfed infant. *Clin Pediatr* 2001; 40(12): 681-4.
74. Heikkinen T, Ekblad U, Palo P, Laine K. Pharmacokinetics of fluoxetine and norfluoxetine in pregnancy and lactation. *Clin Pharmacol Ther* 2003; 73(4): 330-7.
75. Lanza di Scalea T, Wisner KL. Antidepressant medication use during breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol* 2009; 52: 483-97.
76. 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)* 2014; 231 (5): 939-48.
77. Epperson N, Czarkowski K, Ward-O'Brien D, Weiss E, Gueorguieva R, Jatlow P, et al. Maternal sertraline treatment and serotonin transport in breastfeeding mother-infant pairs. *Am J Psychiatry* 2001; 158(10): 1631-7.
78. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 662-73.
79. Kupfer DJ, Frank E. Relapse in recurrent unipolar depression. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 86-8.
80. Cohen LS, Wang B, Nonacs R, Viguera AC, Lemon EL, Freeman MP. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *Psychiatr Clin N Am* 2010; 33: 273-93.
81. Wisner KL, Wheeler SB. Prevention of recurrent postpartum major depression. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45: 1191-6.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

ANEXO. ESCALA DE EDIMBURGO (EPDS)

Como hace poco Ud. tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor SUBRAYE la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos siete días.

EN LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS:	
(1) <i>He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:</i> Tanto como siempre No tanto ahora Mucho menos ahora No, nada	* (6) <i>Las cosas me han estado abrumando:</i> Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre
(2) <i>He disfrutado mirar hacia delante:</i> Tanto como siempre Menos que antes Mucho menos que antes Casi nada	* (7) <i>Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:</i> Sí, la mayor parte del tiempo Sí, a veces No con mucha frecuencia No, nunca
* (3) <i>Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mi misma innecesariamente:</i> Sí, la mayor parte del tiempo Sí, a veces No con mucha frecuencia No, nunca	* (8) <i>Me he sentido triste o desgraciada:</i> Sí, la mayor parte del tiempo Sí, bastante a menudo No con mucha frecuencia No, nunca
(4) <i>He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:</i> No, nunca Casi nunca Sí, a veces Sí, con mucha frecuencia	* (9) <i>Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:</i> Sí, la mayor parte del tiempo Sí, bastante a menudo Sólo ocasionalmente No, nunca
* (5) <i>He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:</i> Sí, bastante Sí, a veces No, no mucho No, nunca	* (10) <i>Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:</i> Sí, bastante a menudo A veces Casi nunca Nunca

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la severidad creciente del síntoma. A los *ítems* marcados con un asterisco (*) se les da un puntaje en orden inverso (3, 2, 1 y 0). El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

Explicación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS):

Es el instrumento de tamizaje para depresión comúnmente usado durante el postparto y también durante la gestación, en todo el mundo. Es una encuesta auto administrada, desarrollada por Cox y colaboradores (1) en 1987. Fue diseñada específicamente para detectar

síntomas depresivos en mujeres que hayan dado a luz recientemente. Consta de 10 preguntas de selección múltiple con cuatro alternativas, cada una puntuadas de 0 a 3, de acuerdo a severidad creciente de los síntomas.

En Chile esta versión se ha validado para ser usada en el postparto (2) y, recientemente, en el embarazo (3). Para el postparto se recomienda usar el punto de corte 9/10 (Puntaje ≥ 10 = probable depresión postparto). En el embarazo se sugiere usar el punto de corte 12/13 (Puntaje ≥ 13 = probable depresión en el embarazo).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16: 187-91.

3. Alvarado R, Jadresic E, Guajardo V, Rojas G. First validation of a Spanish translated versión of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in pregnant women. A Chilean study. *Arch Womens Ment Health* (manuscrito aceptado para publicación).