

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

VICERRECTORÍA ACADÉMICA

CARRERA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

**PERFIL DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA LA
DEPRESIÓN POSTPARTO**

**MODALIDAD DE TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN MEDICINA Y
CIRUGÍA**

GISSELL RIZO VALDIVIA

DR. ROLANDO RAMÍREZ GUTIÉRREZ

SEDE ARANJUEZ

MARZO, 2018

Contenido

Contenido	3
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	10
Planteamiento del Problema.....	10
Objetivos	12
Objetivo general.....	12
Objetivos específicos.....	12
Justificación	13
Antecedentes	16
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL	25
TRASTORNOS ASOCIADOS A LA MUJER	27
Ciclo menstrual.....	28
Trastorno disfórico premenstrual.....	29
Síndrome premenstrual.....	32
Menopausia.....	34
Postparto o Puerperio	34
Trastornos psiquiátricos en el postparto.....	35
Maternity Blues, Baby Blues, Depresión del tercer día.....	35
Psicosis Postparto.....	36
Depresión postparto.....	37
Epidemiología.....	39
Recurrencia.....	42
Síntomas.....	47
Diagnóstico.....	48
Escala Postnatal de Edimburgo.....	49
Escala de zung	51
Escala de Hamilton.....	53
Escala de Beck	55
Tratamiento.....	64
No farmacológico.....	64
Farmacológico.....	70
Efectos adversos.....	75
Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS).....	75
Fluoxetina.....	80

Sertralina	82
Paroxetina	82
Fluvoxamina	84
Citalopram , Escilopram y Vilazodona	84
Papel en la depresión postparto	86
Antidepresivos Tricíclicos	86
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	92
Método	92
Fuentes de Información	93
Categoría de Análisis	98
Categoría de análisis 1: Eficacia de los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina	98
Categoría de análisis 2: Eficacia Antidepresivos Tricíclicos	98
Categoría de análisis 3: Efectos perjudiciales de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina	99
Categoría de análisis 4: Efectos perjudiciales de los antidepresivos tricíclicos	99
Categoría de análisis 5: Efectividad de las principales terapias hormonales coadyuvantes.....	99
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS	100
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	110
Conclusiones.....	110
Recomendaciones	112
Recomendaciones para futuras investigaciones	114
Referencias	115

Figuras

Figura 1. Principales etapas hormonales en la mujer.....	27
Figura 2. Criterios diagnósticos trastorno disfórico premenstrual.....	30
Figura 3. Criterios diagnósticos síndrome premenstrual.....	33
Figura 4. Síntomas depresión postparto.....	47
Figura 5. Criterios diagnósticos DSM-5 depresión postparto.....	48
Figura 6. Escala postnatal de Edimburgo.....	50
Figura 7. Escala de Zung.....	51
Figura.8 Escala Hamilton.....	53
Figura 9 Inventario de Depresión Beck.....	56
Figura 10. Cuestionario de Depresión PHQ-9.....	63
Figura 11. Sitios de acción de los antidepresivos.....	74
Figura 12. Efectos adversos de los ISRS.....	79
Figura 13. Farmacocinética de los ISRS.....	85
Figura 14. Dosis de los ISRS.....	85
Figura 15. Eliminación de los antidepresivos tricíclicos.....	88
Figura 16. Límites de dosis de los antidepresivos.....	89
Figura 17. Perfil farmacocinético de los antidepresivos.....	90
Figura 18. Resumen de los antidepresivos.....	91

Índice de abreviaturas

ACOG: Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

DPP: Depresión postparto

FDA: Administración de alimentos y medicamentos

FSH: Hormona foliculoestimulante

GnRH: Antagonistas de la hormona liberadora de gonadotropina

IMAO: Inhibidores de la monoamino oxidasa

ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina

LH: Hormona luteinizante

NET: Transportador de noradrenalina

OMS: Organización Mundial de la Salud

SERT: Transportador de serotonina

TCA: Antidepresivos tricíclicos

TCC: Terapia cognitivo conductual

Dedicatoria y agradecimiento

Gracias a Dios por permitirme concluir este proyecto.

Gracias a mi familia: mi mamá y mi hermano quienes ha sido el pilar en mi vida.

A Mayra Sánchez Elizondo “mayito” que desde el cielo me acompaña y Abelardo Suárez por ser un padre para mí y ayudarme a cumplir mi sueño.

Gracias a cada una de las personas que aportaron un granito de arena para hacer esto posible.

Resumen

El presente estudio tiene por objetivo hacer una revisión bibliográfica de artículos científicos publicados en los últimos 5 años a nivel mundial , con el propósito de hacer un análisis del perfil de tratamiento farmacológico para la depresión postparto , cuya finalidad se encuentra dirigida a ampliar tres aspectos principales; primeramente se pretende identificar la eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y antidepresivos tricíclicos en la depresión postparto, así mismo determinar los efectos perjudiciales de estos fármacos para la madre como para el recién nacido, por otra parte se pretende definir la eficacia de las principales terapias hormonales coadyudantes.

Los datos obtenidos en esta investigación demostraron que los ISRS son los fármacos más eficaces y seguros en el tratamiento de esta patología para la madre e hijo y que los pacientes presentan una mayor respuesta cuando se asocia a la psicoterapia. Por otra parte, hace falta estudios acerca de las terapias hormonales coadyuvantes.

Abstract

The present study's objective to make a review of scientific articles published in the last 5 years worldwide. This with the purpose of making an analysis of the profile of pharmacological treatment for postpartum depression, which purpose is aimed at expanding three main aspects ; identify the efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants in postpartum depression, to determine the harmful effects of these drugs for the mother and the newborn and to define the efficacy of the main hormonal coadjuvant therapies.

The data obtained in this research showed that SSRIs are the most effective and safe drugs in the treatment of this pathology, both for mother and child, and that patients present a greater response when associated with psychotherapy. On the other hand, studies about adjuvant hormonal therapies are needed.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Planteamiento del Problema

La depresión postparto es una enfermedad poco conocida, ya que usualmente en el puerperio se le da un enfoque a las complicaciones obstétricas más comunes y no a esta patología lo que conlleva a un importante problema de salud pública. Según datos de la Organización Mundial de la Salud [OMS], (2016-2017) este padecimiento afecta una de cada seis mujeres que dan a luz y no solo se va a ver perjudicada la vida de la madre si no la del hijo, por lo tanto, es de gran importancia investigar más a fondo para reconocer sus síntomas. Así mismo para dar un abordaje farmacológico (párr.2)

Respecto a los trastornos asociados a la mujer en el postparto, en relación a los trastornos psiquiátricos se distinguen tres: maternity blues, depresión postparto y psicosis postparto, en esta investigación se dará un enfoque solo en la depresión postparto para identificar los principales factores de riesgo implicados. En relación a esto la Organización Mundial de la Salud [OMS] menciona “un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir enfermedad o lesión” (párr.1). Igualmente, con base en estos factores elaborar un perfil de tratamiento farmacológico.

Dentro de los factores se destacan cuatro grupos: factores biológicos y genéticos donde se incluyen antecedentes heredofamiliares, el papel de las hormonas y si hay genes implicados, los factores personales en el que es relevante los antecedentes personales psiquiátricos y finalmente los factores sociales en el cual destacan la paridad, edad, el nivel socioeconómico, la red de apoyo y si el neonato cuenta con alguna patología. Todo esto con el fin de elaborar un perfil de tratamiento

farmacológico es decir un grupo de rasgos característicos basado en costo, beneficio, eficacia y principales efectos secundarios tanto para la madre como para el niño. (Moron y Levy, 2002, p15)

En cuanto a fármacos utilizados en la lactancia materna los antidepresivos en su mayoría se excretan en leche materna, por lo tanto, el médico tratante debe manejar con cautela el uso de estos fármacos. Ya que en el postparto tenemos la patología psiquiátrica de la madre de un lado y por el otro tenemos al lactante, y que estos medicamentos al pasar por la leche puedan originar efectos adversos en los niños. (Salazar y Rincón, 2006, p.182).

Se ha evidenciado que esta enfermedad aumenta el riesgo o las probabilidades de que en la lactancia se presenten complicaciones , ya sea demorando su inicio o que se presente una disminución en cuanto a la duración y dificultando su exclusividad, es fundamental que el lactante sea alimentado con lactancia materna los primeros seis meses de vida, entonces al administrar un fármaco que le genere efectos secundarios nocivos al lactante , se tendría que suspender la lactancia y asumir las consecuencias ya que tiene muchos beneficios tanto para la madre como para el niño.(Espinoza,Reyes,Villegas y Yumha, 2015,p.67)

Por lo anterior se ha planteado la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el perfil de tratamiento farmacológico para la depresión postparto?

Objetivos

Objetivo general

Analizar el perfil de tratamiento farmacológico para la depresión postparto.

Objetivos específicos

1. Identificar la eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y antidepresivos tricíclicos en la depresión postparto.
2. Determinar los efectos perjudiciales de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y antidepresivos tricíclicos para la madre y para el recién nacido.
3. Definir la efectividad de las principales terapias hormonales coadyudantes.

Justificación

El embarazo y el postparto son procesos fisiológicos, en el cual las mujeres están inmersas a una oleada de hormonas, es por eso que se experimentan muchos cambios tanto físicos como emocionales y sociales. Estos últimos se relacionan con el nuevo rol que desempeñaran, el de convertirse en madre. Son muchas las enfermedades que ocurren tanto en la gestación, así como el puerperio, sin embargo, se les da propiedad a complicaciones obstétricas y muchas veces se dejan de lado las patologías psiquiátricas.

La depresión postparto es un problema de salud pública, según datos de la Organización Mundial de la Salud [OMS], (2016-2017) se estima que aproximadamente afecta en frecuencia una de cada seis mujeres en el postparto, por lo tanto, es conveniente investigar ya que esta entidad es poco conocida por las gestantes. Además, en muchas ocasiones las alteraciones del estado de ánimo se les atribuyen a los cambios hormonales que se originan propiamente en el puerperio y es por eso que la mayoría pasan desapercibidos. (párr.2)

La medicación en el puerperio es controversial, ya que muchas madres se encuentran en periodo de lactancia, por lo tanto, es de vital importancia primero conocer si es necesario el uso del determinado fármaco que se va a prescribir, así como también la excreción del mismo a leche materna. Se pretende investigar acerca de las patologías en este periodo, específicamente depresión postparto y el manejo farmacológico de esta entidad.

La presente investigación sirve como punto de partida para futuras investigaciones acerca de esta patología para realizar un tamizaje más oportuno y temprano; si se conocen los principales factores de riesgo que han sido implicados. Por consiguiente, de esta manera se da un manejo integral y precoz a las madres para evitar las posibles complicaciones tanto para ellas como para sus hijos, si no se trata dicha enfermedad.

Cómo indica el Ministerio de Salud de Panamá y la Caja de Seguro Social [CSS], (2015) “entre 1 y 3 madres de cada 1.000 sufren un tipo de depresión aún más grave llamada psicosis postparto, la cual va acompañada de alucinaciones o delirios en los que la madre se lesiona a si misma o al bebé” (p.101).

Con la presente investigación se pretende, que tanto el personal del primer nivel de atención, las madres, así como el público en general conozcan acerca de esta patología y a su vez reconozcan factores de riesgo, sintomatología y las complicaciones de esta. Se intenta, que el personal del primer nivel de atención identifique los principales factores de riesgo y síntomas implicados para así poder realizar un tamizaje oportuno en el control prenatal y si fuera el caso dar un abordaje precoz, o referir al segundo y o tercer nivel. Se indica que desde la atención primaria se realice el cribado para detectar los primeros indicios, generalmente la escala más utilizada es la de Edimburgo (Arrebola, 2015, p.41).

Al reconocer estos factores asociados y de esta forma incluso desde el embarazo dar un seguimiento periódico, en concreto con estas mujeres se podría disminuir los niveles de prevalencia de esta enfermedad. A nivel mundial se estima que este trastorno se convertirá en la segunda causa de discapacidad para el año 2020, sin embargo, en Chile la enfermedad depresiva actualmente es el primer motivo de discapacidad en mujeres adultas. (Padrecico, 2010, p.269)

Al ser una enfermedad poco conocida es importante conocer acerca de su etiología, su clasificación, síntomas, factores de riesgo y el manejo. Como indica Navas (2013) el uso de fármacos no se da en todos los casos y si se toma la decisión de usar un medicamento se debe estudiar bien ya que la mayoría de estas mujeres se encuentran dando lactancia por lo tanto se debe tratar de que la excreción en leche materna sea lo mínimo posible. (p.645)

A nivel nacional se desconoce si en el control prenatal y postparto se realice algún tamizaje, entonces se pretende que al reconocer estos factores asociados al menos a estas mujeres se les podría aplicar la Escala Postnatal de Edimburgo en los primeros tres meses del parto. Ya que es un método fácil, rápido y económico de utilizar.

En un estudio de mujeres que se evaluaron mediante esta escala, arrojó un resultado positivo alrededor de un 91% y confirmaron el diagnóstico con los criterios de DSM-4. Es por eso que esta escala es un buen método ya que es factible de aplicar, consiste en una serie de preguntas que en una consulta médica se podría realizar (Urdaneta, Rivera, García, Guerra, Baabel y Contreras, 2010, p.313).

Antecedentes

Los trastornos del estado de ánimo constituyen un amplio grupo de patologías dentro de los padecimientos psiquiátricos, que van a generar cambios en la conducta y así influir en las actividades diarias de una persona. Entre ellos los trastornos depresivos que estos a su vez abarcan un conjunto variado de enfermedades y que desde años atrás se empezaban a conocer.

Según James, Alcott, Ruiz (2015) “En el Antiguo Testamento ya se describe un síndrome depresivo en el Rey Saúl, al igual que en el suicidio de Áyax en la Iliada de Homero” (p.347).

Conjuntamente para esos tiempos comenzaba a relacionarse como una enfermedad asociada a síntomas que involucraban propiamente el estado de ánimo que podrían causar un desequilibrio en la persona tanto a nivel emocional como en el comportamiento.

En los tiempos prehistóricos, las causas de los trastornos mentales estaban influidos por la creencia universal en fenómenos sobrenaturales, específicamente en la influencia de los espíritus. El sistema mágico-religioso que influye en los métodos curativos primitivos, puede considerarse como un intento de introducir racionalidad y de satisfacer necesidades socialmente esperadas de las experiencias psicológicas del hombre primitivo (Zoch Zannini,2002,pp. 1-2)

La depresión es casi la única alteración mental descrita claramente en la literatura poética y medica desde la antigüedad hasta nuestros días. Homero, Plutarco, Hipócrates y Areteo la describieron tan claramente como cualquier observador moderno y no solo la describieron, sino que la distinguieron de entre otras alteraciones mentales, puntualizaron sus características y sugirieron esquemas razonables de tratamiento para esa época (Zoch Zannini,2002,pp. 1-2)

Hipócrates, aproximadamente en el año 450 A. de C., acuñó el término melancolía (bilis negra) para denotar la depresión, siendo esta la primera alusión científica y realizando las primeras referencias conceptuales y clínicas de esta enfermedad. (Zoch Zannini,2002,pp. 1-2)

En los años posteriores existieron otros personajes como Sorano de Efeso, San Agustín, etc. los cuales continuaron tratando de vislumbrar la naturaleza de este trastorno, mas los conceptos médicos de las enfermedades mentales giraban alrededor de la interacción de cuatro humores del cuerpo (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema), que eran el resultado de la combinación de cuatro cualidades básicas de la naturaleza (calor, frío, humedad y sequedad) marcados por Hipócrates (Zoch Zannini,2002,pp. 1-2)

Durante el período de la Edad Media, un largo período de oscurantismo invadió la Psiquiatría, predominando la creencia general de fuerzas sobrenaturales, demonología, pecado, etc., mas existieron quienes rechazaban estas ideas y retomaron los conocimientos acumulados con anterioridad (Bright, Burton, Willis, Piquer) (Zoch Zannini,2002.p.2)

Continuando con este autor se menciona que ya en los albores del siglo XIX, Pinel, Esquirol, Falret y Baillarger, conceptúan con mayor precisión este tipo de alteración, marcando Esquirol que "La melancolía es un delirio parcial crónico sin fiebre; determinado y mantenido por una pasión triste, debilitante o depresiva"(p.2)

Hasta fines del siglo pasado, el término melancolía es el habitual para referirse al síndrome de presivo.

A finales del siglo XIX, Kraepelin (1896) en su tratado sobre las enfermedades mentales, agrupa y clasifica todos los síndromes depresivos. Fue el primero en considerar que la depresión y la manía formaban parte de una misma enfermedad (Zoch Zannini,2002.p.2)

En 1957, Leonhard realiza la aportación de diferenciar estas en bipolares y unipolares.

En cuanto a la mujer refiriéndonos tanto al periodo del embarazo como el postparto, está inmersa en una oleada de cambios hormonales, físicos y del rol de madre que la hacen más susceptible a sufrir alteraciones desde el punto de vista emocional. Se tenía la idea equivocada que todo esto que sucede, era completamente normal y por lo tanto estando en estos periodos no la afectarían padecimientos de origen psiquiátrico específicamente los trastornos del estado de ánimo.

Jadresic (2017) añade acerca del puerperio:

Si bien desde la antigüedad se sabe que el puerperio es un período de mayor vulnerabilidad psíquica, no están lejanos los años en que prevalecía, aún entre los profesionales de la salud, la idea errónea de que el embarazo inmunizaba contra la enfermedad mental. Dicha creencia constituyó un verdadero mito, que empezó a ser cuestionado a mediados de la década de 1980, primero a partir de los resultados de investigaciones realizadas en el hemisferio norte y luego, a través de estudios en diversos países del hemisferio sur, entre ellos Chile (p.874).

En la actualidad se sabe que dicho periodo lejos de volverla inmune, por el contrario, la hace más propensa a estos diferentes trastornos y pasar desapercibidos los síntomas propiamente del estado de ánimo. Ya que con su rol de madre surgen inquietudes que repercuten en el estado emocional volviéndose difícil de distinguir entre lo normal o adecuado de lo que podría ser un síntoma de depresión.

Se conoce que desde los tiempos de Hipócrates se plasmó la primera descripción de las enfermedades mentales que se asociaban al lapso del postparto. En sus escritos, incluía evaluaciones de los síntomas clínicos de la manía postparto que se le atribuían a la lactancia. Se trataba del delirium asociado a sepsis puerperal, patología muy frecuente en la Antigua Grecia (Oviedo y Jordán ,2006 p.132).

Respecto al postparto y los trastornos depresivos no solo se habla de depresión sino también de psicosis en este periodo en específico, conforme avanzan los años surgen varias investigaciones acerca de estas enfermedades. Ya que el objetivo primordial era averiguar de una forma más minuciosa acerca de estos cuadros.

Algunos consideran que Trotula (s.XI d. C.), doctora en Salerno, fue la primera que reconoció la DPP como entidad, en su libro *De Passionibus Mulierum Curandarum*: “si el útero está muy húmedo, el cerebro se llena de agua, y la humedad cae hacia los ojos, forzándoles involuntariamente a derramar lágrimas” (Citado en Brockington, 2005, p. 2). En 1818, Esquirol describió una mujer que presentó depresión durante cada uno de sus cinco embarazos y en 1858,

Louis Victor Marcé publicó el *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices* (Tratado sobre la locura de las mujeres embarazadas, recién paridas y nodrizas), considerado como el primer tratado de psiquiatría perinatal (Adam, 2013.p.32)

Una de las descripciones más extendidas de la DPP fue la de Brice Pitt (1968), quien utilizó por primera vez el término de depresión “atípica” para referirse a la DPP, dado el importante componente ansioso observado, con marcada labilidad emocional e irritabilidad, sentimientos de incapacidad, confusión, así como variación diurna con empeoramiento vespertino (Adam, 2013.p.32)

Oviedo y Jordán (2006) “En el año 1818 Jean Esquirol realizó la primera descripción detallada de 92 casos de psicosis puerperal” (p.132). Entonces esta investigación viene a revolucionar estas patologías particularmente en el postparto, ya que aporta información valiosa que actualmente ha sido de gran referencia en el estudio de estos trastornos psiquiátricos a lo largo de la historia en la mujer.

Ya como una enfermedad grave sin psicosis, la depresión postparto se fue escuchando a partir de los años setenta por estudios, entrevistas y criterios diagnósticos. Se demostró muchas formas de depresión en las mujeres durante el puerperio específicamente alrededor de los seis meses (Oviedo y Jordán 2006, p.132).

Para los años noventa, en específico 1969 se caracteriza un cuadro depresivo leve, es decir que no se le relacionaba un estado de psicosis asociado al postparto. Sin embargo, desde los setenta ya se le venía relacionando (Oviedo y Jordán 2006, p.132).

Haciendo énfasis a los trastornos del estado de ánimo en la mujer y como se ha mencionado existen diferentes, una de ellas es el *maternity blues* la cual resulta ser muy frecuente y es de gran relevancia comprenderla.

En cuanto a la salud en la mujer propiamente atribuida al postparto en el área de psiquiatría se hace referencia a diferentes patologías Martínez ,Toledo , Pineda, Monleon , Ferrero , Barreto (2001) citando a Pritchard y Harris (1996) indican que “Victoroff incluyo el término maternity blues en 1952” (p.38).

Esta entidad es un estado de tristeza pasajera, la cual resulta normal en este periodo y que se le agregan a los cambios fisiológicos que surgen al postparto, en general atribuidos a niveles hormonales. Es por eso que muchas veces los síntomas de la depresión pasan inadvertidos ya que se tienden a vincular a este estado. Asimismo, la depresión postparto es un estado que afecta el estado de ánimo, ya se considera un fenómeno patológico de origen multifactorial. Por lo cual es de importancia saber reconocerlo en aquellas pacientes que presenten síntomas de alarma.

Respecto a la depresión postparto, Martínez et al. (2001) citando a Muruaga, Nogueiras (1986) que a su vez cito a Hamilton (1962) hace la definición de esta patología psiquiátrica como un síndrome que se caracteriza por un estado depresivo moderado que a su vez se acompaña de síntomas como llanto , fatiga , pérdida de energía, incomodidad física , problemas de concentración y pérdida de apetito (p.32).

Como se describe es una afectación que repercute en las actividades de la vida diaria y que muchas veces ligada al puerperio no se le toma la importancia que merece. Esto incluso por el personal de salud, ya que hay más conocimientos de otras complicaciones obstétricas y se enfoca en prevenirlas o buscarlas dejando de lado la depresión postparto.

Hay algunas escalas que se utilizan, siendo la escala de Edimburgo una de las más utilizadas para la depresión postparto.

En cuanto al método de tamizaje la más conocida es la escala de Edimburgo, Jadresic (2010) menciona “escala que ha sido validada para ser usada en el embarazo en distintos contextos. Mientras en el posparto se sugiere usar un punto de corte 9/10, durante la gravidez se recomienda usar un punto de corte de 11/12” (p.270).

Esta es una escala que se puede manejar durante y después del parto, donde ha sido traducida en varios idiomas. Consiste en una serie de preguntas las cuales se le aplican a la paciente, resultando ser un método rápido y económico como medio de tamizaje.

Por consiguiente, a nivel internacional se han realizado varios estudios en cuanto al uso de terapias coadyudantes, Corea (2007) en su artículo de revisión llamado: Depresión y estrógenos: ¿son los estrógenos una opción terapéutica? indica que el estrógeno es un neuromodulador que permite explicar la aparición de síntomas en el síndrome premenstrual, maternity blues, depresión postparto y cambios perimenopáusicos. Sin embargo, el añade que hay datos insuficientes para recomendar el uso de estrógenos exógenos en la depresión postparto, aunque en otro tipo de pacientes con terapia hormonal se podría considerar la utilización de estos. (pp272-282)

Bezares, Sanz y Jiménez (2009) en su artículo Patología Puerperal indican que los trastornos psiquiátricos tienen mayor riesgo en el primer mes postparto, la depresión postparto aparece como un episodio mayor de depresión en el puerperio. El tratamiento debe ser precoz y preferiblemente indicado por el psiquiatra; en su revisión los tratamientos de primera línea son nortriptilina, imipramina, fluoxetina y paroxetina. (p.174)

En Venezuela, Urdaneta, Rivera, García, Guerra, Baabel, Contreras (2010) en su artículo publicado en la Revista de Chile de Ginecología y Obstetricia con el tema Prevalencia de depresión postparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo; su objetivo fue comparar la prevalencia de estos grupos de mujeres. La muestra total fueron 100 mujeres y llegan a la conclusión que la escala fue sensible para el diagnóstico, pero respecto a la especificidad fue más baja que la literatura por lo que se recomienda confirmarlo con el DSM-4; además agregan que el grupo de las mujeres multíparas tenían más ideas suicidas respecto a las primigestas.

Respecto a prevalencia no hay datos que sugieran en cual grupo predomino, si no que la escala es un recurso útil y barato. Además, que, aunque el tamizaje con dicha escala sea positivo siempre se debe confirmar el diagnóstico con los criterios del DSM-4. Es de valor saber la edad de riesgo o la edad frecuente de presentación de dicha entidad, con el fin de identificar factores de riesgo.

En una tesis publicada en la Universidad Nacional de Colombia, llamada Uso de la acupuntura en el tratamiento de la depresión postparto, se hizo una revisión sistémica del año 1998 a 2011 con el objetivo evaluar la efectividad de la acupuntura en mujeres mayores de 18 años que cumplieran con los criterios del DSM-4 para diagnóstico de depresión postparto. Sin embargo, no se encontraron ensayos clínicos que exploran el uso de acupuntura. (Vera, 2011,p.53)

En España, en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Valme, el artículo Influencia de la visita puerperal temprana en la detección y evolución de la depresión postparto tuvo como objetivo determinar y valorar la visita en la disminución de esta enfermedad. “Con una muestra de 430 pacientes se llega a la principal conclusión que es útil la visita temprana para la detección de esta patología psiquiátrica y por lo tanto se da una disminución de los síntomas” (Salazar, Sainz, García, Marrugal y Garrido, 2011, p.65).

Al tener una atención integral en el postparto se logra hacer un tamizaje y una captación temprana de la paciente que presente factores de riesgo. Por lo tanto se le maneja de una manera más oportuna ya sea mediante terapia farmacológica o no psicoterapias por ende así se disminuye la enfermedad como tal. Por su parte en factores de riesgo estos son diversos y es de gran validez saber cuáles son los más frecuentes para garantizar esa captación temprana.

Respecto al uso de fármacos, Medina (2013), indica en su artículo que dependerá de cada caso y que los más usados son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina para combatir los síntomas depresivos como tal, los benzodiacepinas para tratar la ansiedad y el insomnio. Además sugiere que si la paciente presenta historia de depresión postparto anteriormente, iniciar tratamiento farmacológico después del parto por un posible recaída ya , que se dice que la paridad aumenta el riesgo.

Por su parte Fernández (2014) realizó un ensayo clínico controlado en Canadá, con una muestra de 104 mujeres donde evaluaba el apoyo domiciliario, el nivel de cortisol este mediante su concentración plasmática y la sintomatología depresiva, sin embargo, agrega que estos niveles carecen de valor diagnóstico, ya que en muchas mujeres están elevados fisiológicamente producto del embarazo.

Espinoza et al. (2015), citando a Hantsoo et al, en su estudio indica que el uso de sertralina a dosis de 50 mg y 200 mg redujo de manera considerable los síntomas depresivos respecto al placebo y por lo tanto una mayor remisión. Además, otro estudio con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina encontró grandes diferencias ya a las cuatro semanas, ya para la semana 18 ambas estrategias tuvieron gran tasa de remisión por lo tanto recomiendan estos medicamentos. (p.68)

Por otro lado, en territorio nacional se encontró una tesis de en Posgrado de Psiquiatría, Maradiegue (2009) con el nombre Evolución diagnóstica y manejo terapéutico de la depresión y psicosis posparto de las pacientes egresadas del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el período comprendido entre el 2000-2007 donde concluye que la edad de inicio es de 25 años por lo tanto son mujeres adultas jóvenes y en edad reproductiva.

Un artículo de la Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, del área de psiquiatría, Depresión Posparto, Navas (2013) abarca factores psicológicos, psicosociales, tratamiento y el impacto tanto en la madre como la del niño de depresión, psicosis posparto. A manera de conclusión recalca en el diagnóstico diferencial y también en el tratamiento por que no todos los cuadros se utilizan farmacoterapia; debido este periodo es de suma importancia en el vínculo entre madre e hijo (pp.639-647).

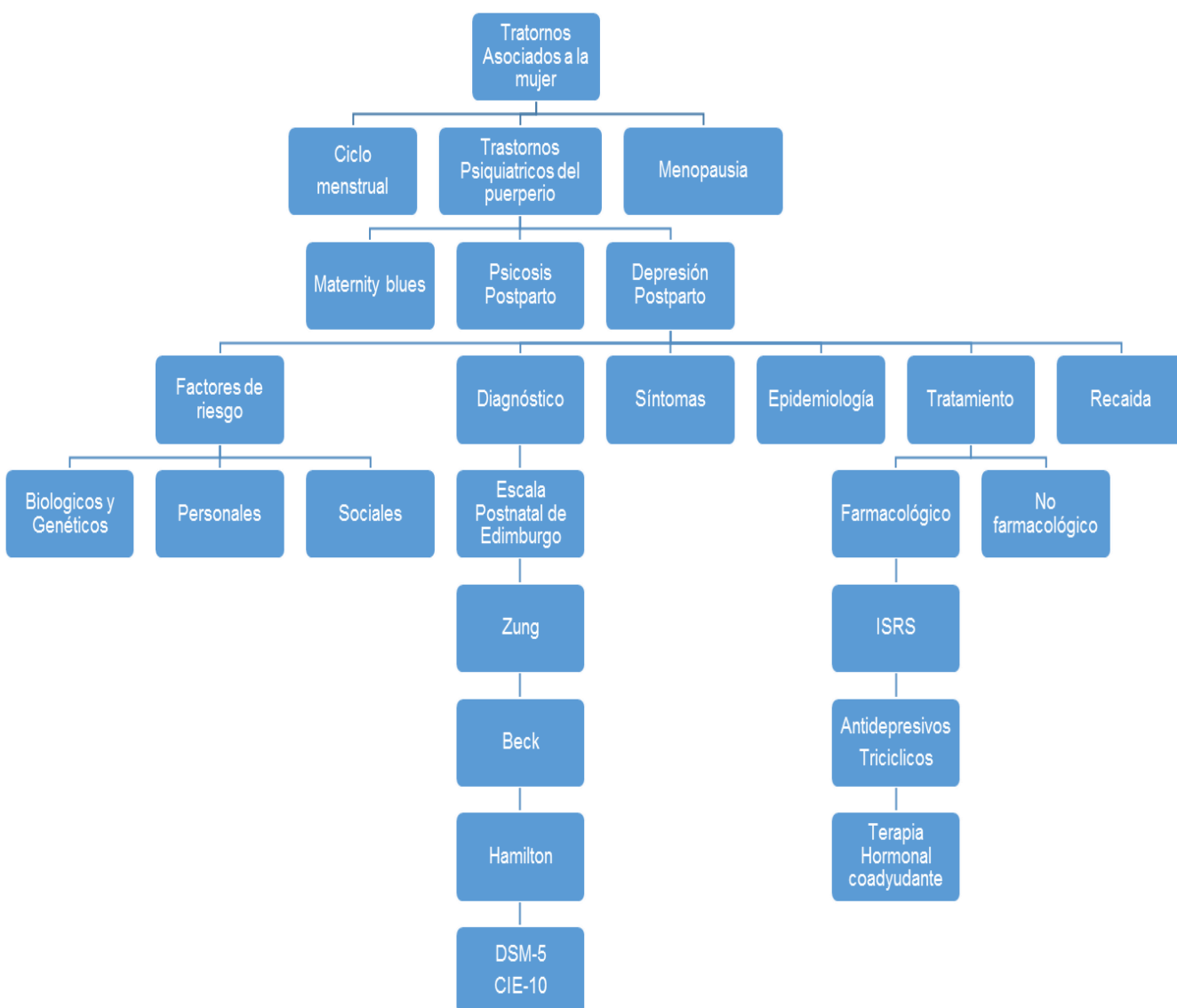
Siguiendo con la Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, del área de Ginecología Depresión Posparto, y tratamiento, Mora (2016) aborda esta patología como parte de los trastornos afectivos siendo la complicación psiquiátrica con más relevancia. Y como conclusión indica que es un importante problema de salud pública, basándose su diagnóstico en los criterios del DSM-4 aplicados en el puerperio; conjuntamente es importante realizar su diagnóstico diferencial entre la

tristeza y psicosis postparto. Por consiguiente, un manejo oportuno para pesquisar las que requieran el uso de fármacos y así disminuir la morbilidad tanto para la madre como su hijo (pp.511-514)

Como se ha descrito, la depresión postparto es una complicación obstétrica que pasa inadvertida porque es muy poco lo que se conoce y el personal de salud se enfoca en la prevención de otras complicaciones. En cuanto a tesis realizadas en la Universidad Internacional de las Américas no hay a la fecha relacionadas con la depresión postparto, por lo tanto a nivel nacional se carece de artículos que se realicen con muestras referente a factores de riesgo y el manejo farmacológico, es decir en cuales casos se da el uso de fármacos o en cuales optamos por psicoterapia, y si es el caso de medicamentos el uso de terapias coadyudantes por consiguiente el tema de investigación seria: Perfil de tratamiento farmacológico para la depresión postparto.

CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL

A continuación, se presenta un mapa conceptual con los principales temas asociados al perfil farmacológico de la depresión postparto.



Fuente: Elaboración propia.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (OMS, 2018)

La mayoría de los adultos con depresión unipolar clínicamente significativa visitan a un médico de atención primaria en lugar de un psiquiatra, y el diagnóstico se pasa por alto en un número considerable de pacientes deprimidos de atención primaria. Un metaanálisis de 41 estudios (n > 50,000 pacientes de atención primaria) encontró que entre todos los pacientes con un trastorno depresivo, los médicos generales identificaron la depresión en aproximadamente el 50 por ciento. (Lyness, 2013. p.1)

Otro metaanálisis (36 estudios) encontró que los médicos no psiquiátricos no diagnosticaron la depresión en más del 50 por ciento de sus pacientes deprimidos. Sin embargo, estos hallazgos deben interpretarse con el reconocimiento del enfoque de atención primaria para el diagnóstico en varias visitas al consultorio, la complejidad del diagnóstico de la depresión en el contexto de las enfermedades médicas crónicas generales y que los pacientes deprimidos que acuden a las prácticas de atención primaria pueden estar menos gravemente enfermos. Que los pacientes que se presentan a las prácticas psiquiátricas (Lyness, 2013. p.1)

Definiciones de depresión

Según Lyness (2013) El término "depresión" se puede usar de múltiples maneras, lo que puede ser confuso; la depresión puede referirse a un :

- Estado de ánimo, según lo indicado por sentimientos de tristeza, desesperación, ansiedad, vacío, desánimo o desesperanza; no tener sentimientos; o apareciendo

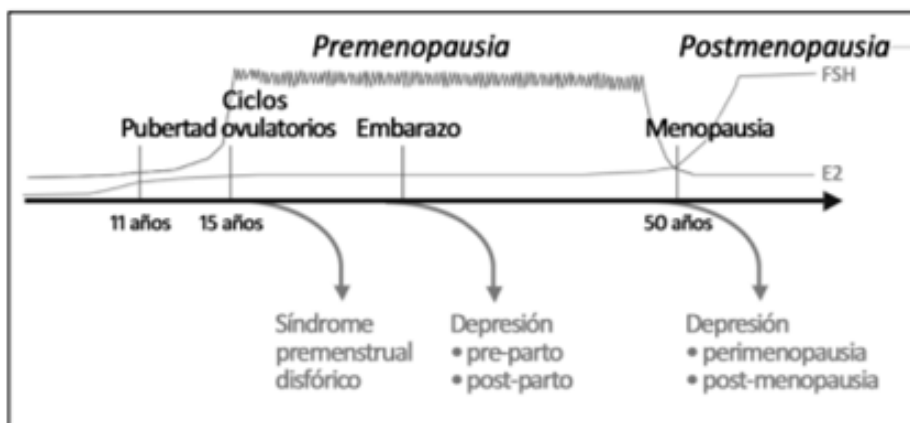
llorosa. El estado de ánimo depresivo (disfórico) puede ser normal o un síntoma de un síndrome psicopatológico o un trastorno médico general (p.1)

- Síndrome, que es una constelación de síntomas y signos que pueden incluir un estado de ánimo depresivo. Los síndromes depresivos que se encuentran típicamente incluyen depresión mayor, depresión menor o distimia (trastorno depresivo persistente)(p.1)
- Trastorno mental que identifica una condición clínica distinta. Como ejemplo, el síndrome de depresión mayor puede ocurrir en varios trastornos, como depresión mayor unipolar (también llamada "trastorno depresivo mayor"), trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno depresivo inducido por sustancias / medicamentos y trastorno depresivo debido a otro (condición médica general)(p.1)

TRASTORNOS ASOCIADOS A LA MUJER

En la mujer en las diferentes etapas, a lo largo de su vida, se producen muchos cambios físicos, bioquímicos y emocionales que generalmente se asocian a variaciones en el estado de ánimo. A continuación, se describen los principales trastornos asociados a la mujer en distintas fases de la vida: ciclo menstrual, menopausia y postparto. Por lo cual es importante conocer estos términos para entender los fenómenos que suceden en dichos periodos.

Figura 1. Principales etapas hormonales en la vida de la mujer



Fuente (Duval, Jautz, González y Rabia, 2010)

Se dice que desde la pubertad hasta la menopausia, la mujer se mueve en un clima hormonal que no pasa inadvertido en su equilibrio psicológico. Es por eso que estas modificaciones o desequilibrios hormonales generalmente se le han atribuido de los esteroides sexuales, en el curso de las diferentes etapas de la vida hormonal de la mujer y que estas tengan repercusiones en la regulación de los procesos implicados en el humor, la cognición y el comportamiento (Duval et al, 2010, p.292).

Ciclo menstrual

El ciclo menstrual dura en promedio de 21 a 35 días con una duración del sangrado de dos a siete días se origina por la interacción de las hormonas del hipotálamo, hipófisis y ovario. En la niñez se encuentra en reposo y se inicia en la pubertad al aumentar la secreción pulsátil de GnRH del hipotálamo. La GnRH se secreta en forma pulsátil e induce la síntesis y liberación, también pulsátil, de las gonadotrofinas hipofisarias LH y FSH que, a su vez, producen actuando en forma coordinada sobre el ovario, la secreción de los esteroides sexuales. Este ciclo se define como la etapa comprendida entre el comienzo de una menstruación y el inicio de la siguiente. Se divide en dos períodos: la fase folicular, que comprende del día 1 al 14 y la fase lútea: del día 15 al 28. Entre estas dos fases se produce la ovulación.

La fase folicular se caracteriza por el desarrollo de un conjunto de folículos de los cuales va a surgir uno dominante es decir el folículo destinado a ovular. La maduración folicular se produce por el estímulo de la FSH; los folículos secretan estrógenos, que cuando llegan a un determinado nivel, hacia la mitad del ciclo, por retroalimentación positiva inducen un pico de LH y se produce la ovulación. Los estrógenos de la fase folicular estimulan la proliferación del endometrio, lo que se conoce como su fase proliferativa o estrogénica.

Después de la ovulación, el folículo ovulatorio se convierte en cuerpo lúteo y comienza a secretar progesterona, cuya acción es la transformación glandular del endometrio, que entra así en su fase secretoria o progestacional, es decir el cuerpo se prepara para un posible embarazo.

Si no se lleva a cabo un embarazo el cuerpo lúteo comienza a decaer cerca del día 23 del ciclo y disminuye progresivamente su secreción de esteroides, como consecuencia de se producen transformaciones vasculares en el endometrio que llevan a su desprendimiento, es decir, a la menstruación y durante esta se elimina entre 50 y 120 ml de sangre (Comité Nacional de Endocrinología, 2010, p.363)

Vinculado al ciclo menstrual se encuentra el Trastorno Disfórico Premenstrual que se origina por los cambios hormonales que tienen lugar días previos de la menstruación y por lo cual pueden llevar a una afectación negativa. De esta forma va afectar la calidad de vida interfiriendo en las actividades cotidianas.

Trastorno disfórico premenstrual.

Es una patología psicosomática que se produce por los cambios en la concentración de los esteroides sexuales que acompaña al ciclo menstrual. Se dice que aparece una semana antes de la menstruación con síntomas como irritabilidad, labilidad emocional, cefaleas, ansiedad y depresión; con signos somáticos que incluyen: edema, aumento de peso, dolor mamario, síncope y parestesias. En cuanto a epidemiología se cree que afecta al 5% de las mujeres y su tratamiento es sintomático que incluye analgésicos, sedantes, diuréticos e inhibidores selectivos de la recaptura de serótina estos últimos por periodos cortos de tiempo se ha evidenciado que las pacientes responden bien. (James, Alcott y Ruiz, 2015, p.841)

Para establecer su diagnóstico, de esta entidad se establece por los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V el cual consiste en una serie de criterios.

Figura 2. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el Trastorno Disfórico Premenstrual

Trastorno Disfórico Premenstrual 625.4 (N94.3)
A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos 5 síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación
B. Uno (o más) de los síntomas han de estar presentes <ol style="list-style-type: none">1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor; de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).2. Irritabilidad intensa, o enfado o aumento de los conflictos interpersonales.3. Estado del ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.4. Ansiedad, tensión, y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B.

1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).
2. Dificultad subjetiva de concentración.
3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
5. Hipersomnia o insomnio.
6. Sensación de estar agobiada o sin control.
7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de “hinchazón” o aumento de peso.

Nota: Los síntomas de los Criterios A-C se han de haber cumplido durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior

D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).

E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).

F. El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos.

(Nota: El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación.)

G. Los síntomas no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5

Es muy importante señalar que la mayoría de las pacientes con esta patología no llega a cumplir todos los criterios. Indican James et al. (2015) “Únicamente del 3 al 7% de las mujeres muestran síntomas que cumplen todos los criterios diagnósticos del Trastorno Disfórico Premenstrual”. (p.841)

Agrupado al ciclo menstrual se atribuye otra patología el cual es el Síndrome Premenstrual que al ser similar sin embargo presenta sus diferencias respecto al Trastorno Disfórico Premenstrual.

Síndrome premenstrual.

Chavarría, (2013) define este síndrome como un conjunto de síntomas, alrededor de 150 que molestan a la mujer generalmente en la segunda mitad del ciclo alrededor de la fase lútea y desaparecen ya sea por completo o de forma parcial en la fase folicular. Habitualmente tienen un lapso libre de síntomas, la intensidad y cantidad dependerá de cada mujer; pero se estima que estas pacientes con síntomas psicológicos graves también cumplan los criterios del Trastorno Disfórico Premenstrual, según lo afirma la Asociación Americana de Psiquiatría. (p.710)

Entre los síntomas puede incluir del estado de ánimo como labilidad e irritabilidad, conductuales que son los cambios originados en la alimentación e insomnio y físicos que van desde sensibilidad mamaria, edema y cefaleas. Este a su vez se diferencia del Trastorno Disfórico Premenstrual por la gravedad, número de síntomas y el nivel de deterioro a nivel funcional. (James et al., 2015, p.841)

Para establecer su diagnóstico, como no cumplen los criterios del Trastorno Disfórico Premenstrual el Colegio Americano de Ginecología y obstetricia [ACOG] han publicado una serie de criterios para esta enfermedad, es importante que además se hayan descartado otras enfermedades que pudieran generar estos síntomas.

Figura 3. Criterios diagnósticos del Síndrome Premenstrual

Síntomas afectivos	Síntomas somáticos
Depresión	Sensibilidad mamaria
Irritabilidad	Distensión Abdominal
Ansiedad	Cefaleas
Confusión	Edema de las extremidades
Retraimiento Social	

Nota: James et al. (2015) adaptada del ACOG

El paciente debe padecer como mínimo uno de los síntomas somáticos o afectivos durante cinco días antes de la menstruación en cada uno de los tres ciclos menstruales anteriores. Por lo tanto, es de gran relevancia saber cuáles son, hacer un abordaje integral para determinar en qué parte del ciclo menstrual se dan los síntomas. (James et al.2015, p.841)

Con el paso de los años, el organismo sufre cambios asociados a la reproducción, en la mujer ocurre la menopausia que a su vez se siguen originando cambios hormonales y que pueden influir en el estado de ánimo.

Menopausia

Se le puede llamar también como el cese de la ovulación, se da entre los 47 y 53 años de edad. La disminución de los niveles de los estrógenos conlleva a varios cambios de los cuales mujer aqueja como lo es el mayor acceso al calor, trastornos del sueño, atrofia y sequedad vaginal, alteraciones cognitivas y del afecto. En este periodo esta propensa a sufrir de osteoporosis, problemas cardiovasculares y demencia; también se le ha atribuido depresión y lo vinculan al síndrome del nido vacío sin embargo para muchas mujeres es un periodo de bienestar y de disfrutar oportunidades que talvez se postergaron por el cuidado de hijos. (James et al., 2015, p.839)

Por su parte Duval et al. (2015) indica que la menopausia ya establecida es cuando hay ausencia de menstruación por un periodo de un año y un número elevado de FSH, también establece que el término perimenopausia se refiere a un lapso de transición con ciclos menstruales irregulares como resultado de insuficiencia de hormonas. (p.300) Es por eso que es de gran importancia saber estas dos definiciones, ya que muchas mujeres confunden el tener ciclos irregulares con menopausia, que ya para referirnos a esta definición tiene que transcurrir un año con ausencia de ciclo menstrual.

Otra etapa en la vida de una mujer, es ser madre, el nacimiento de un hijo marca la vida de la madre en muchos aspectos de la vida. Tanto el embarazo como el periodo después del nacimiento del niño, la mujer se encuentra sumergida en muchos cambios hormonales que a su vez se pueden mostrar en su estado anímico, por lo cual es de gran relevancia conocer estas posibles patologías que se pueden dar ya que no solo afectaría la vida de la madre si no también la del niño.

Postparto o Puerperio

Sievers, (2016) define el puerperio como el tiempo que se da desde el final del parto hasta que el organismo materno regresa al estado normal antes del embarazo, o hasta el inicio de la siguiente menstruación, como es un periodo de cambios bioquímicos y psicológicos la mujer se encuentra vulnerable. Asimismo, los trastornos del estado de ánimo suelen aparecer los primeros días posteriores al postparto. (p.20)

En cuanto a la duración del postparto este dura aproximadamente de seis a ocho semanas el cual se caracteriza por un crecimiento en las tensiones fisiológicas y psicológicas que experimenta la madre con la llegada del niño. Y que todos estos cambios van a repercutir no solo en la mamá sino en el hijo y familia. (Mora, 2016, p.511)

Trastornos psiquiátricos en el postparto.

Como se mencionó anteriormente el puerperio es un periodo de tiempo donde la mujer se encuentra susceptible y son muy frecuentes los trastornos del estado de ánimo ya que la mayoría de ocasiones pasan inadvertidos por los cambios hormonales. Se conocen tres trastornos asociados al puerperio: Maternity blues, psicosis postparto y la epresión postparto, las tres entidades tienen un manejo distinto por lo cual es importante conocerlos y saber diferenciarlos para darle un abordaje oportuno.

Maternity Blues, Baby Blues, Depresión del tercer día.

Este es el trastorno del estado de ánimo más frecuente que se da en el puerperio, con una prevalencia que oscila del 30% al 75%. Este inicia alrededor del tercer al cuarto día del postparto que va a durar de horas a días y que generalmente no sobrepasa las dos semanas. Los síntomas son leves entre ellos sobresale la labilidad emocional, facilidad para el llanto, irritabilidad, problemas relacionados con el sueño y de la alimentación, este padecimiento es benigno ya que es autolimitado y no requiere tratamiento; sin embargo, es importante realizar el diagnóstico debido a que se aumenta el riesgo de padecer depresión postparto, se dice que alrededor del 20% la desarrollan al año del puerperio. (Mora, 2016, p.512)

Conjuntamente James et al. (2015) refiere que este padecimiento se relaciona a los rápidos cambios en las cantidades hormonales y que pueden verse afectados por diversos factores como el

aumento en la responsabilidad al tener al niño, disminución de las relaciones sexuales con la pareja. (p.840)

Psicosis Postparto.

Este es el trastorno más severo de las patologías psiquiátricas que se da en el puerperio se caracteriza por ser aguda y grave, con un comienzo que se da entre las 48 horas a las 72 horas del postparto y que muy infrecuente se da posterior a las cuatro semanas. Entre los síntomas más tempranos esta la irritabilidad, insomnio y ansiedad que progresan muy rápido hasta llegar a la desorientación, despersonalización y conducta desorganizada. Las ideas delirantes son basadas en el niño, las mujeres primigestas son más propensas a padecer la psicosis postparto. (Navas, 2013, p.642)

La incidencia es de 1 o 2 por cada 1000 partos, alrededor del 50% al 60% de las madres afectadas son primigestas, para realizar el diagnostico este se codifica como un subtipo del trastorno bipolar en el manual del DSM-5, la mujer puede ser un peligro para ella misma o su hijo según sean sus ideas delirantes. Se dice que los embarazos siguientes tienen el 50% de presentar un nuevo episodio (James et al., 2015, p.840)

Mora, (2016) agrega que estas madres requieren tratamiento médico y hospitalización, aunque el pronóstico es favorable tienen mayor riesgo de padecer episodios bipolares no puerperales. Entonces estas pacientes con antecedentes de psicosis puerperal hay que vigilarlas independientemente si deciden tener otro embarazo ya que en ambas situaciones presentan riesgos elevados. (p.512)

Depresión postparto.

Esta investigación se centra en esta patología, en específico al perfil de tratamiento farmacológico para abordar esta enfermedad. Ya que no en todos los casos se utiliza fármacos como medida terapéutica, si ya se decide utilizarlo, se debe tener en cuenta que la mayoría de estas mujeres están en periodo de lactancia por lo cual el paso a leche materna tendría que darse en menor cantidad para evitar efectos adversos al lactante.

Este tema revisa la epidemiología, la patogenia, las características clínicas, la evaluación y el diagnóstico de la depresión mayor unipolar posparto. El tratamiento de la depresión mayor unipolar posparto se discute por separado, al igual que la seguridad de la exposición infantil a los psicotrópicos a través de la lactancia materna y el diagnóstico y tratamiento de la depresión mayor unipolar anteparto.

Aunque el nacimiento de un niño suele ser un acontecimiento feliz, muchas mujeres después del parto desarrollan síntomas y trastornos depresivos . Los pacientes pueden manifestar una depresión posparto que consiste en síntomas depresivos leves que generalmente son síndromes autolimitados o más severos de depresión menor o mayor. La depresión posparto no tratada puede tener consecuencias adversas para la madre y el recién nacido (Howard, 2014.p. 1)

Las definiciones del puerperio incluyen las siguientes:

Según el Manual estadístico y de diagnóstico de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, quinta edición (DSM-5), el inicio de la depresión mayor después del parto puede ocurrir antes o después del parto . El especificador DSM-5 "con inicio periparto" se utiliza cuando el inicio de una depresión mayor ocurre durante el embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto (DSM-5, 2013)

Para los "episodios depresivos asociados con el puerperio", la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud - Décima revisión requiere el inicio del episodio dentro de las seis semanas posteriores al parto (CIE-10, 2016)

Otras definiciones del rango del puerperio desde los primeros 3 a 12 meses después de un nacimiento vivo.

Gravedad de la enfermedad

Dentro de los factores que intervienen en la elección de un tratamiento para la depresión mayor unipolar posparto incluyen la gravedad de la enfermedad:

I. Leve a moderada

Los episodios leves a moderados de depresión mayor generalmente se caracterizan por cinco o seis síntomas depresivos según los criterios del DSM- 5 , según lo indicado por una puntuación <20 puntos en el cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) .

Alternativamente, un estudio de pacientes con depresión unipolar posparto (n> 4000) definió empíricamente episodios relativamente leves como un puntaje promedio de 11 en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, y episodios moderados como un puntaje promedio de PACT, 2015.p.59)

Los pacientes con enfermedad leve a moderada generalmente no manifiestan una conducta suicida o un deterioro evidente del funcionamiento, y tienen menos probabilidades de desarrollar complicaciones, como características psicóticas y características catatónicas. Por lo general, la depresión leve a moderada se puede manejar en un entorno ambulatorio o en un hospital de día parcial (PACT, 2015.p.59)

II. Grave

La depresión mayor grave se caracteriza por siete a nueve síntomas depresivos que ocurren casi todos los días, como lo indica una puntuación de ≥ 20 puntos en el autoinforme PHQ-9 . Alternativamente, un estudio de pacientes con depresión unipolar posparto (n> 4000) definió empíricamente episodios relativamente graves como un puntaje promedio de 20 en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (PACT,2015.p. 59)

Los pacientes gravemente enfermos a menudo informan de ideas y comportamientos suicidas, generalmente muestran un deterioro evidente del funcionamiento y, a menudo, manifiestan un juicio deficiente que pone al paciente y a otras personas (incluidos los niños) en riesgo de daño inminente. Además, los pacientes tienen más probabilidades de desarrollar complicaciones, como características psicóticas y características catatónicas, y tienen antecedentes de episodios graves o recurrentes. Los pacientes con depresión grave grave deben ser remitidos a un psiquiatra para su tratamiento y con frecuencia requieren hospitalización El tratamiento de la depresión mayor con características psicóticas o catatonía se discute por separado (Asociación Americana de Psiquiatría,2010)

Pueden surgir dificultades para determinar la cantidad de síntomas depresivos que se presentan durante el puerperio debido a que los cambios en el apetito, la energía y el sueño pueden deberse a la depresión, o pueden representar cambios normales relacionados con el parto (Viguera, 2018,p.1)

La presencia de estos síntomas somáticos debe evaluarse en el contexto de las expectativas normales para el período posparto. Como ejemplo, los pacientes posparto con frecuencia carecen de energía debido a la falta de sueño y al cuidado de un bebé. Sin embargo, la falta de energía hasta el punto de que los pacientes deban hacer un esfuerzo significativo para iniciar o mantener las actividades diarias habituales puede ser un síntoma depresivo de leve a moderado, y la anergia hasta el punto de que los pacientes no pueden salir de la cama durante horas es probablemente un síntoma de depresión severa (Viguera, 2018,p.1)

Epidemiología

Mora, (2016) “Esta es la complicación más frecuente del puerperio afectando aproximadamente del 10% al 15% de las mujeres, se dice que su prevalencia es mayor en madres adolescentes con un 26%.” (p.512).

Son porcentajes relativamente altos y pesar de que es una enfermedad obstétrica que pasa desapercibida por los cambios hormonales.

Jadresic (2010), afirma que a nivel mundial este trastorno se convertirá para el año 2020 en la segunda causa de discapacidad, sin embargo, en Chile para ese momento ocupa el primer motivo de discapacidad en las mujeres adultas. Además, que en la mujer la depresión se presenta usualmente en la edad fértil (p.269). Por consiguiente a lo largo de la vida se encuentran más vulnerable.

La prevalencia estimada de la depresión mayor unipolar posparto es incierta, las estimaciones varían ampliamente entre los diferentes estudios, dependiendo de qué país se estudió (la tasa parece ser mayor en los países de ingresos bajos y medios), la cantidad de tiempo después del parto para el cual se determina la prevalencia, si la depresión se identificó mediante medidas de autoinforme o entrevistas clínicas, si las estimaciones incluyeron pacientes con depresión menor y si la depresión posparto se evaluó en la comunidad o en entornos clínicos (Asrenee, 2015.p.34)

Una encuesta representativa a nivel nacional en los Estados Unidos utilizó entrevistas personales y encontró que entre las mujeres después del parto (n = 994), la prevalencia de 12 meses de depresión mayor unipolar fue de aproximadamente el nueve por ciento, que fue similar a la tasa en pacientes no postparto mujeres (n> 13,000; 8 por ciento) (Blanco C, 2008.p.7)

Estudios de Europa también estiman que la prevalencia de la depresión posparto es de aproximadamente el 9 por ciento; un estudio informó una prevalencia del 10 por ciento y otro estudio informó una tasa del 9 por ciento . Sin embargo, ambos estudios incluyeron mujeres con depresión menor y depresión mayor. Además, un estudio estimó la prevalencia durante un año después del parto, mientras que el otro estudio examinó la prevalencia durante seis semanas después del parto.

Los estudios en entornos clínicos estiman que la prevalencia de depresión entre las mujeres después del parto es aproximadamente del 10 al 16 por ciento:

En un estudio prospectivo de mujeres después del parto (n> 1000) realizado por un programa de depresión perinatal, la prevalencia de depresión mayor y menor fue del 10 por ciento (Banti S, 2011, p. 343).

Entre las mujeres con antecedentes de depresión mayor unipolar que fueron seguidas y tratadas prospectivamente en programas de psiquiatría perinatal y que dieron a luz al menos un bebé (n = 541 mujeres / 1132 embarazos completos), se produjeron episodios de depresión mayor posparto en el 16 por ciento de los pacientes mujeres (Baldessarini, 2011. p.11)

Los estudios retrospectivos de conjuntos de datos clínicos administrativos (n> 200,000 mujeres perinatales) y una base de datos de reclamos administrativos (n> 4000 mujeres después del parto) encontraron que la prevalencia de la depresión postnatal fue de aproximadamente el 10 por ciento (Bachman, 2007.p.10)

Entre los pacientes con depresión posparto, el inicio se produce antes o durante el embarazo en aproximadamente el 50% . Clark (2016) como ejemplo, en un estudio prospectivo de 546 mujeres que fueron reclutadas de una población obstétrica y diagnosticadas con depresión postnatal, el inicio fue el siguiente :

- Preparto - 20 por ciento
- Anteparto - 38 por ciento
- Postparto - 42 por ciento

En las mujeres con depresión posparto que comienza después del parto, el inicio parece ocurrir con mayor frecuencia en los primeros meses de parto. Altemus (2012) un estudio retrospectivo de mujeres con inicio de depresión mayor después del parto (n = 116) encontró que el inicio se produjo de la siguiente manera :

- Mes posparto 1 - 54 por ciento
- Mes posparto 2 a 4 - 40 por ciento
- Mes posparto 5 a 12 - 6 por ciento

Recurrencia

Respecto a la probabilidad de volver a sufrir este trastorno, Medina (2013) afirma que aproximadamente fluctúa del 10 % al 35% de presentar esta patología en los siguientes embarazos. Es por eso que se podría decir que la multiparidad posterior a un episodio de depresión postparto aumenta el riesgo significativamente, es ahí donde el personal de salud juega un papel importante, ya que al saber que una paciente sufrió depresión postparto en un embarazo previo, es una paciente que hay que monitorizar por el riesgo elevado que presenta. (p.188)

Factores de riesgo

Se han identificado un gran número de posibles factores de riesgo para la depresión mayor unipolar posparto, muchos de los cuales no son específicos de la depresión posparto.

La mayoría de los estudios que examinan los factores de riesgo para la depresión posparto han utilizado la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo para identificar los casos, lo cual es problemático porque la escala es un instrumento de detección y, por lo tanto, no pretende hacer un diagnóstico.

Hegarty B (2015) Un estudio encontró que algunos factores de riesgo (depresión previa, depresión prenatal y altos niveles de estrés postnatal) se asociaron con la depresión posparto cuando los casos se identificaron con una entrevista utilizando criterios diagnósticos estandarizados, y que factores adicionales se asociaron con la depresión posparto cuando los casos fueron identificado con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (p.239)d

Entre los muchos posibles factores de riesgo para los síndromes depresivos postnatales que se han identificado, el factor que tiene el mayor efecto y se asocia de manera más consistente con la depresión posparto es un historial de depresión perinatal o no perinatal.

En un estudio prospectivo de mujeres embarazadas ($n > 1000$), el riesgo de depresión mayor o menor perinatal (prenatal o postnatal) fue más del doble en mujeres con antecedentes de depresión, en comparación con mujeres sin antecedentes de depresión (Banti, 2011.p.52)

Otro estudio prospectivo de mujeres después del parto ($n > 200$) encontró que la depresión mayor postnatal era cinco veces más probable en las mujeres que estaban deprimidas durante el embarazo, en comparación con las mujeres que no estaban deprimidas durante el embarazo (Gaillard A, 2014.p.215)

Dietz PM (2007) :Un estudio retrospectivo de mujeres con depresión posparto ($n = 459$) encontró que más del 50 por ciento estaba deprimido durante el embarazo o en las 39 semanas previas al embarazo (p.164)

Los factores adicionales que se asocian frecuentemente con la depresión posparto incluyen:

- Eventos estresantes de la vida (por ejemplo, conflicto marital o emigración) durante el embarazo o después del parto.
- Pobre apoyo social y financiero en el puerperio.
- Otros posibles factores de riesgo para la depresión mayor posnatal incluyen:
 - Edad joven (por ejemplo, edad < 25 años)
 - Estado civil único
 - Multiparidad
 - Antecedentes familiares de depresión posparto o enfermedad psiquiátrica
 - Violencia de pareja y antecedentes de por vida de abuso físico y / o sexual
 - Embarazo no deseado / no deseado.
 - Actitudes negativas hacia el embarazo.
 - Miedo al parto.
 - Mala salud física perinatal (p. Ej., Obesidad en el momento de la concepción, diabetes gestacional o gestacional, hipertensión prenatal o postnatal o infección después del parto)
 - Insatisfacción con la imagen corporal (preconcepción, antenatal y / o posparto)
 - Rasgos de personalidad, como el neuroticismo (que está marcado por una tendencia perdurable a preocuparse y sentirse ansioso, enojado, triste y culpable)
 - Antecedentes de síndrome premenstrual o trastorno disfórico premenstrual

- Síntomas y trastornos de la ansiedad perinatal
- Alteración del sueño perinatal
- Temporada de parto (por ejemplo, la depresión posparto puede aumentar durante la época del año cuando disminuye la luz del día)
- Embarazo adverso y resultados neonatales (por ejemplo, muerte fetal, parto prematuro, muy bajo peso al nacer y muerte neonatal)
- Azules posparto (síntomas depresivos subsindrómicos)
- Dificultad para amamantar / duración más corta / cesación
- Estrés en la atención infantil, como el llanto infantil inconsolable, el temperamento infantil difícil o la alteración del sueño infantil.

Patogenia

Se desconoce la patogenia de la depresión posparto. Tampoco se sabe hasta qué punto los fundamentos de la depresión posparto difieren de los de la depresión no perinatal, y si la depresión posparto representa un subtipo distinto (reproductivo) de depresión. Los factores involucrados en la depresión posparto pueden incluir susceptibilidad genética, fenómenos epigenéticos (p. Ej., Metilación del ADN) y cambios hormonales, así como problemas psicológicos y sociales y eventos estresantes de la vida.

Susceptibilidad genética

La vulnerabilidad a la depresión posparto puede involucrar factores genéticos

Un estudio de registro nacional de hermanas (n> 580,000) encontró que la contribución relativa de los factores genéticos (heredabilidad) a la depresión posnatal fue del 40 por ciento, y la contribución restante fue atribuible a factores ambientales no compartidos (únicos). Otros análisis en el estudio sugirieron que la superposición genética de la depresión perinatal (tanto la depresión prenatal como la postnatal) y la depresión no perinatal fue solo parcial.) (Meltzer-Brody, 2011.p. 13)

Un estudio (n = 328) encontró que si un hermano tenía un episodio de depresión mayor posparto, el riesgo de un episodio en el otro hermano aumentaba cuatro veces (Murphy-Eberenz,2006.p.49).

Continuando con este autor se menciona que otro estudio (n = 90) encontró que en mujeres con antecedentes familiares de depresión mayor posparto estrechamente definida (inicio dentro de las cuatro semanas del parto), el 42 por ciento sufrió depresión después del primer parto. Por el contrario, entre las mujeres sin antecedentes, solo el 15 por ciento sufrió depresión mayor dentro de las cuatro semanas posteriores al primer parto.

Cambios hormonales

Los cambios en las concentraciones séricas de varias hormonas están asociados con la depresión posparto, incluidas las disminuciones de estrógeno y progesterona; otros cambios implican cortisol, melatonina, oxitocina y hormona tiroidea. Aunque los niveles hormonales normalmente fluctúan durante el embarazo y después del parto, el aumento de la sensibilidad a estos cambios normales puede predisponer a las mujeres a la depresión. Como ejemplo, las diferencias en la actividad de ciertos genes en el hipocampo pueden aumentar la vulnerabilidad a la depresión posparto al hacer que las mujeres sean más sensibles a la disminución del estrógeno que se produce después del nacimiento (Ross LE et al , 2011.p. 961)

La evidencia que apoya la hipótesis de que los factores endocrinos están involucrados en la patogénesis de la depresión posparto incluye un estudio diseñado para imitar los cambios hormonales que ocurren en el parto; el estudio comparó ocho mujeres con antecedentes de depresión posparto con ocho mujeres sin antecedentes de depresión mayor (Bloch M, 2000p. 924).

Todos los sujetos fueron tratados con dosis suprafisiológicas de estrógeno y progesterona, que luego se retiraron durante cuatro semanas. Los síntomas depresivos aumentados durante la fase de abstinencia ocurrieron en cinco de las ocho mujeres con antecedentes de depresión posparto, pero ninguna de las mujeres sin antecedentes de depresión, lo que sugiere que las mujeres con antecedentes de depresión posparto pueden ser inusualmente sensibles a las disminuciones bruscas de gonadales esteroides (Bloch M, 2000p. 924).

La placenta es un órgano endocrino de origen fetal, y la desregulación de la hormona liberadora de corticotropina placentaria puede jugar un papel en el desarrollo de la depresión posparto. Un estudio (n = 100 mujeres embarazadas) mostró que los niveles elevados de hormona liberadora de corticotropina placentaria a las 25 semanas de edad gestacional fueron un fuerte predictor de depresión posparto en un promedio de nueve semanas después del parto (Chicz-DeMet A, 2009.p. 162)

Un estudio posterior (n = 170 mujeres embarazadas) encontró que el aumento de la hormona liberadora de corticotropina placentaria a mediados de la sesión se asoció con síntomas depresivos a los tres (pero no seis) meses después del parto (Glynn LM et al, 2014.p. 355)

Los niveles anormales de neurotransmisores o actividad también pueden estar involucrados en la patogenia de la depresión posparto. Un estudio en mujeres posparto encontró que la densidad de la enzima monoamina oxidasa-A en la corteza cingulada anterior y frontal era elevada en mujeres con depresión posparto, en comparación con los controles (Fan I et al , 2015.p. 35)

La enzima metaboliza los neurotransmisores como la dopamina, la norepinefrina y la serotonina, y el agotamiento más rápido de estos neurotransmisores puede conducir a la depresión. Otros estudios sugieren que la actividad serotoninérgica disminuye durante la depresión posparto (Maurer-Spurej E, Misri S, Pittendreigh C, 2007.p.23)

Otros aspectos de la función cerebral pueden alterarse en la depresión posparto. Como ejemplo, un estudio prospectivo midió el factor neurotrófico derivado del cerebro en mujeres después del parto (n = 340) uno o dos días después del parto, y encontró que las concentraciones séricas eran más bajas en las mujeres (n = 37) que posteriormente obtuvieron un resultado positivo para la depresión tres meses después del parto (Cai Y, 2005.p. 25)

Síntomas

El cuadro inicia entre las primeras cuatro semanas y los primeros seis meses al parto; puede durar de semanas a meses. Puede presentar síntomas que van desde llanto, labilidad emocional, sentimientos de culpabilidad, pérdida de apetito, trastornos relacionados con el sueño, problemas en la concentración y memoria, fatiga e irritabilidad. (Mora, 2016, p.512)

Los síntomas de la depresión mayor unipolar posparto y de los episodios depresivos mayores que ocurren fuera del período posparto parecen ser similares. Como ejemplo, una encuesta representativa a nivel nacional en los Estados Unidos incluyó a mujeres con depresión mayor posparto (n = 81) así como a mujeres con depresión mayor no posparto (n> 1300) . Dentro de cada grupo, la encuesta examinó la prevalencia de cada uno de los nueve síntomas depresivos que se utilizan para diagnosticar la depresión mayor unipolar y encontró poca diferencia entre los dos grupos (Blanco C, 2015.p.40)

Figura 4. 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

Fuente: Medina ,2013.

Diagnóstico

Mora (2016), indica que para establecer su diagnóstico se deben cumplir los criterios del DSM-5 para depresión mayor, que también haya una persistencia de los síntomas con una duración mayor a dos semanas y además interfiera en las actividades funcionales de la madre. Se dice que los síntomas son similares a un cuadro de depresión solo que con la diferencia que tienen mayor agitación y culpabilidad, todo esto repercute en el niño y su desarrollo. (p.512)

Figura 5. Criterios diagnósticos DSM-5

- | |
|--|
| <p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. (2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación) (3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días. (5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días. (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. (7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo). (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). (9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. |
| <p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> |
| <p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p> |
| <p>D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</p> |
| <p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaniaco.</p> |

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5

También existen escalas para la depresión postparto, de alguna forma estas sirven para hacer un tamizaje a las pacientes, la que más se asocia al postparto es la Escala Postnatal de Edimburgo.

Escala Postnatal de Edimburgo.

Ha sido desarrollada para ayudar al personal de salud, en el primer nivel de atención para la detección de madres que sufren depresión postparto. Se desarrolló en los centros de salud de Livingston y Edimburgo y se han realizado diversas validaciones en muchos países. (Navas, 2013, p.644) Este es el método de tamizaje más utilizado, incluso en el embarazo, pero es más específico en el puerperio, generalmente siete días posteriores al parto se realiza esta aplica esta escala.

Mora(2016) fue diseñada para la sintomatología en el postparto, consiste en diez preguntas cada una se le otorga un puntaje de cero a tres. Es muy factible de aplicar además presenta una buena especificad y sensibilidad; es una escala fácil de usar, resulta barata para el sistema de salud y útil de realizar. Una puntuación mayor o igual a diez indica alta sospecha de depresión postparto. (p.513)

Figura 6. Escala postnatal de Edimburgo

Escala de Edimburgo. Versión validada por Jadresic E, Araya R, Jara C. (*J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16: 187-91)

ESCALA DE EDIMBURGO

Como usted hace poco 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 7 días.

En los últimos 7 días:

- | | |
|---|--|
| <p>1) <i>He sido capaz de reirme y ver el lado divertido de las cosas:</i>
tanto como siempre
no tanto ahora
mucho menos ahora
no, nada</p> <p>2) <i>He disfrutado mirar hacia delante:</i>
tanto como siempre
menos que antes
mucho menos que antes
casi nada</p> <p>3) <i>Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente.</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca</p> <p>4) <i>He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:</i>
no, nunca
casi nunca
sí, a veces
sí, con mucha frecuencia</p> <p>5) <i>He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:</i>
sí, bastante
sí, a veces
no, no mucho
no, nunca</p> | <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>10) <i>Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:</i>
sí, bastante a menudo
a veces
casi nunca
nunca</p> |
|---|--|

Fuente (Castañón y Pinto, 2008)

Esta escala es la más utilizada en el postparto, sin embargo, existen otras escalas que se utilizan para la depresión. Entre ellas la escala de Zung ,Hamilton y Beck.

Escala de zung

Lezama (2011) refiere que esta escala es de autoreporte fue creada por Zung en el año 1965, para la sintomatología de la depresión, estos comprenden la mayoría de los criterios diagnósticos abarcando los aspectos fisiológicos, afectivos y psicológicos. Consta de unos ítems negativos evaluados de 1 a 4, y los positivos de 4 a 1; son 20 preguntas con un puntaje máximo de 80 puntos lo que refleja que hay depresión en más del 50% (p.93)

Es muy importante señalar que esta escala ha sido validada por diferentes autores, y muchas culturas entre ellas la japonesa, peruana, griega pues ha demostrado eficacia tanto para el tamizaje como para el diagnóstico, ha demostrado su utilidad en la atención primaria y estudios epidemiológicos. Además no solo para depresión ha sido validada, se ha utilizado en pacientes con cáncer, con retardo cerebral y adultos mayores.(Lezama,2010,pp.92-93)

Figura 7. Escala de Zung

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 ítems en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Fuente (Zung, 1965)

Escala de Hamilton.

Se creó a principios de 1960, para controlar la gravedad de la depresión mayor y se centra en los síntomas somáticos. La versión de los 17 ítems es la más utilizada. Los ítems no incluye algunos de los síntomas para el diagnóstico del DSM-III., aunque muchos estudios utilizan la de 24.

Fue diseñada para evaluadores médicos, pero también la utilizan los psicólogos. Se basa en la entrevista que se le realiza al paciente y en la observación, se puede emplear en un rango de 15 a 20 minutos. respecto a la fiabilidad esta se encuentra de buena a excelente y la validez es buena si la correlacionamos con otros instrumentos.

Se ha utilizado mucho para evaluar las intervenciones farmacológicas y tiene la ventaja que se puede comparar en diversos estudios. Es más problemática en ancianos o personas que se encuentren hospitalizadas ya que la presencia de sintomatología somática no es significativa de depresión mayor. (James et al., 2015, p.227)

Figura 8. Escala de Hamilton

<i>Ítems</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones</p> <p>2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación</p> <p>3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad</p> <p>4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad</p>
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	<p>0. Palabra y pensamiento normales</p> <p>1. Ligero retraso en el diálogo</p> <p>2. Evidente retraso en el diálogo</p> <p>3. Diálogo difícil</p> <p>4. Torpeza absoluta</p>
9. Agitación	<p>0. Ninguna</p> <p>1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc.</p> <p>2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.</p>
10. Ansiedad psíquica	<p>0. No hay dificultad</p> <p>1. Tensión subjetiva e irritabilidad</p> <p>2. Preocupación por pequeñas cosas</p> <p>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla</p> <p>4. Terrores expresados sin preguntarle</p>

11. Ansiedad somática	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p> <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p>
14. Síntomas genitales	<p>0. Ausente</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Grave</p> <p>3. Incapacitante</p> <p>Síntomas como</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	<p>0. No la hay</p> <p>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)</p> <p>2. Preocupado por su salud</p> <p>3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.</p> <p>4. Ideas delirantes hipocondríacas</p>

16. Pérdida de peso (completar A o B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <p>0. No hay pérdida de peso</p> <p>1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual</p> <p>2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)</p> <p>B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana</p> <p>1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana</p> <p>2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</p>
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo</p> <p>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</p> <p>2. Niega que esté enfermo</p>

Nota: Hamilton, 1960

Escala de Beck

Se creó en 1960 para evaluar la gravedad de depresión centrándose en las dimensiones conductual y cognitiva. La versión actual ha aumentado la cobertura de los síntomas somáticos e incluye las 2 últimas semanas.

Las versiones anteriores se centraban en la semana pasada o periodos más cortos lo que se dificultaba controlar una respuesta terapéutica. Esta escala puede completarse de 5 a 10 minutos, sin embargo, la fiabilidad no suele ser alta. Mide principalmente resultados en ensayos clínicos el tratamiento de depresión mayor.

Al ser una escala que completa el propio paciente se usa para detección sistémica de la depresión mayor. (James et al., 2015, pp.227-228)

Es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad. La versión original de 1961 consta de 21 ítems¹⁷², publicándose posteriormente dos revisiones, la BDI-IA en 1979¹¹⁶ y la BDI-II en 1996¹. Esta escala fue adaptada y validada en castellano en 1975.

La versión original se basa en las descripciones del paciente sobre diferentes ítems: ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, irritabilidad, ideas suicidas, llanto, aislamiento social, indecisión, cambios en el aspecto físico, dificultad en el trabajo, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido. En la versión II se reemplazan la valoración del aspecto físico, la pérdida de peso, la preocupación somática y la dificultad para trabajar por agitación, dificultad de concentración, pérdida de energía y sentimientos de inutilidad. En la mayoría de ensayos clínicos incluidos en la guía de NICE se emplea la primera versión

Esta escala cuenta con un encabezado donde se le solicita al paciente los datos personales y se explican las instrucciones.

Figura 9. Inventario de Depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo

Cada ítem se valora de 0 a 3, siendo la puntuación total de 63 puntos. No existe un consenso sobre los puntos de corte, por lo que se emplean distintos puntos de corte e intervalos para definir los niveles de gravedad. Los puntos de corte recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana son :

	Ausente o mínima	Leve	Moderada	Grave
APA 2000	0-9	10-16	17-29	30-36
Versión de 13 ítems	0-4	5-7	8-15	> 15

Fuente: (Guías de practica clínica del SNS)

Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9)

La escala PHQ-9 es un instrumento que no sólo permite realizar la pesquisa de pacientes con trastorno depresivo mediante una encuesta de autoevaluación sino que permite, además, definir la severidad de dicho cuadro y el seguimiento del tratamiento en los trastornos depresivos (Baader y et al, 2012.p. 1)

Esto lo diferencia del instrumento actualmente en uso, que corresponde a algunos de los criterios del CIE-10, los que deben ser posteriormente evaluados en una entrevista clínica. El instrumento PHQ-9 permite separar más finamente a los pacientes que cursan con episodios depresivos, mejorando, por tanto, la efectividad de la evaluación clínica psicopatológica del médico encargado del programa, quien actualmente debe evaluar muchos casos de falsos positivos (Baader y et al, 2012.p. 1)

Figura 10. Cuestionario de Depresión PHQ-9

Cuestionario de depresión PHQ-9

Nombre:	Fecha:			
En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	De ningún modo	Varios días	Más de la mitad de los días.	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer las cosas.	0	1	2	3
Sentirse deprimido, deprimido o desesperanzado.	0	1	2	3
Dificultad para quedarse dormido o dormir demasiado	0	1	2	3
Sentirse cansado o tener poca energía.	0	1	2	3
Pobre apetito o comer en exceso	0	1	2	3
Sentirse mal con usted mismo, o que es un fracaso, o que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
Problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar la televisión	0	1	2	3
¿Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haberse dado cuenta? O lo opuesto, estar tan inquieto o inquieto que te has movido mucho más de lo habitual.	0	1	2	3
Pensamientos de que estaría mejor muerto, o de hacerse daño de alguna manera.	0	1	2	3
Total ___ =	___	+ ___	+ ___	+ ___

Puntuación PHQ-9 ≥ 10: probable depresión mayor				
Rangos de puntaje de depresión:				
5 a 9: leve				
10 a 14: moderado				
15 a 19: moderadamente severo				
≥ 20 : severo				
Si marcó algún problema, ¿qué tan difíciles han sido estos problemas para que usted haga su trabajo, se encargue de las cosas en el hogar o se lleve bien con otras personas?	Nada difícil	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
	---	---	---	---

Fuente: (Viguera, 2018)

Tratamiento

El abordaje de esta patología asociado al postparto, se puede hacer mediante terapia farmacológica y no farmacológica, eso dependerá de cada paciente, los síntomas que esta presente, duración y gravedad de los mismos.

No farmacológico.

Según Navas (2013): El tratamiento que ha generado más beneficios son los que van dirigidos de forma multifactorial. Incluyen educación, psicoterapia, apoyo de grupo y asesoramiento conjunto si la relación con la pareja es problemática o es la que está afectando de alguna forma a la paciente. Conjuntamente la terapia interpersonal y la cognitivo conductual son seguras y eficaces en el tratamiento de la depresión postparto. (p.642)

Generalmente si los cuadros son leves se manejan de esta forma sin llegar al uso de fármacos puesto que la mayoría de pacientes están en periodo de lactancia.

Tratamiento inicial

Para la depresión mayor unipolar posparto de leve a moderada, se sugiere la psicoterapia como tratamiento inicial. Este enfoque es coherente con las guías de práctica múltiple y es especialmente útil para pacientes lactantes que no desean exponer a sus bebés a los antidepresivos (Lanza di Scalea T, Wisner KL, 2009.p. 52)

Cuando utilizamos la psicoterapia para tratar la depresión mayor posparto, generalmente elegimos la terapia cognitivo-conductual o la psicoterapia interpersonal, en función de su eficacia demostrada en múltiples ensayos aleatorios en la población general de pacientes con depresión mayor, así como pacientes con depresión posparto. Sin embargo, las alternativas razonables incluyen la activación del comportamiento, el asesoramiento no directivo y la psicoterapia psicodinámica. Se han realizado pocos ensayos de psicoterapia directa en pacientes con depresión posparto (Lanza di Scalea T, Wisner KL, 2009.p. 52)

La terapia cognitivo-conductual (TCC) combina la terapia cognitiva con la terapia conductual. La terapia cognitiva está destinada a modificar los pensamientos disfuncionales y las creencias de la enfermedad; la terapia conductual está destinada a cambiar las conductas problemáticas que ocurren en respuesta a pensamientos disfuncionales, síntomas depresivos y estímulos ambientales (Viguera, 2018,p.2)

Los metanálisis de ensayos aleatorios en la población general de pacientes con depresión mayor han encontrado que la TCC es beneficiosa. Como ejemplo:

Un metanálisis de 61 ensayos aleatorios (número de pacientes no informados) comparó la TCC con una condición de control de lista de espera y encontró un efecto clínicamente significativo a favor de la TCC . Otros análisis que compararon la TCC con la atención habitual o el placebo con píldoras encontraron que la TCC proporcionó un beneficio clínicamente moderado (Barth J y et al, 2013.p.10)

Otro metanálisis de ocho ensayos aleatorios (número de pacientes no informados) comparó la TCC con una condición de control (p. Ej., Lista de espera, atención habitual u otro tratamiento activo) y encontró que la remisión ocurrió en el doble de pacientes que recibieron TCC que la condición de control (42 versus 21 por ciento) (Cuijpers Py et al, 2014.p.159)

La psicoterapia interpersonal se enfoca en mejorar las relaciones interpersonales problemáticas o las circunstancias que están directamente relacionadas con el episodio depresivo actual; estos problemas interpersonales incluyen disputas de roles (por ejemplo, conflictos conyugales) y transiciones de roles (por ejemplo, convertirse en madre) (Viguera, 2018,p.2)

Los ensayos aleatorios han demostrado que la psicoterapia interpersonal es eficaz para tratar a la población general de pacientes con depresión mayor unipolar.

Un ensayo de ocho semanas (n = 50 pacientes) comparó la psicoterapia interpersonal (sesiones grupales semanales más dos sesiones individuales) con el tratamiento habitual (por ejemplo, antidepresivos, psicoterapia y / o grupos de apoyo) . La recuperación se produjo en más pacientes que recibieron psicoterapia interpersonal que la atención habitual (70 en comparación con el 33 por ciento), y el funcionamiento conyugal mejoró más con el tratamiento activo. Además, el beneficio de la psicoterapia interpersonal persistió en los tres meses de seguimiento (Mulcahy R y et al, 2010,p. 125)

La activación del comportamiento es un componente de la TCC que a menudo se administra por sí solo. La intervención tiene como objetivo contrarrestar la inercia y la evitación al promover actividades y comportamientos que son gratificantes, disminuir las conductas de evitación y la rumia, y al ayudar a los pacientes a mejorar sus habilidades para resolver problemas (Viguera, 2018,p.2)

El asesoramiento no directivo (también llamado visitas de escucha) tiene como objetivo ayudar a los pacientes a comprender y aceptar sus sentimientos, valores y comportamiento. El ritmo, la dirección y el contenido están determinados por los pacientes; el terapeuta actúa como facilitador al alentar a los pacientes a hablar, en lugar de proporcionar explicaciones o interpretaciones. Las enfermeras a menudo administran asesoramiento no directivo en el hogar del paciente, mientras que otros psicoterapeutas suelen ser proporcionados por terapeutas de nivel doctoral en una clínica (Viguera, 2018,p.2)

La psicoterapia psicodinámica está destinada a mejorar la comprensión de los conflictos repetitivos mediante la identificación de patrones de relaciones, sentimientos y comportamientos; el paciente trabaja para desarrollar estilos de afrontamiento más productivos (Viguera, 2018,p.2)

Algunas psicoterapias (p. Ej., TCC, psicoterapia interpersonal y activación conductual), que se desarrollaron originalmente para la población general de pacientes con depresión mayor, se han modificado para su uso en pacientes posparto y se administran de acuerdo con los manuales de tratamiento estandarizados (O'Hara MW, McCabe JE, 2013.p.379)

Aunque la psicoterapia suele administrarse individualmente, algunas psicoterapias (p. Ej., La TCC y la psicoterapia interpersonal) para la depresión posparto se han adaptado con éxito a un formato de grupo. La terapia de grupo incluye varios elementos útiles, como desarrollar habilidades de comunicación, normalizar los problemas de uno al recibir apoyo (por ejemplo, consejo, empatía y validación) de otros pacientes que están experimentando problemas similares, reducir el aislamiento social y los sentimientos de soledad, aumentando el sentido de pertenencia y compañerismo, y aprendizaje a través del modelado de otros (Mulcahy R y et al , 2010.p.13)

Algunas psicoterapias (p. Ej., TCC o activación conductual) también pueden administrarse por computadora (Internet) para mejorar la accesibilidad, la flexibilidad de programación y la privacidad. Múltiples ensayos aleatorios han demostrado la eficacia de las intervenciones basadas en la web para los síntomas depresivos postnatales y los síndromes (Ashford MT,2016.p. 134). Sin embargo, la tasa de desgaste en algunos estudios fue alta.

Un ensayo aleatorio encontró que la TCC administrada por teléfono también era eficaz para los pacientes con depresión postnatal leve a moderada (Chau PH, 2015.p. 294)

La psicoterapia para la depresión mayor unipolar suele ser limitada en el tiempo (por ejemplo, de 6 a 12 sesiones). Por lo tanto, los pacientes tratados con TCC o psicoterapia interpersonal generalmente reciben un tratamiento completo, independientemente de si la falta de respuesta persiste durante las fases intermedias del tratamiento. Sin embargo, no se conoce la duración óptima del tratamiento, y las intervenciones relativamente cortas pueden ser preferibles para las nuevas madres que sienten que carecen del tiempo y la energía para participar en tratamientos más prolongados (O'Hara MW, McCabe JE, 2013 p. 379)

Evidencia de eficacia

Muchos de los estudios que han evaluado la psicoterapia para tratar la depresión mayor posparto tienen limitaciones; estos incluyen la identificación de casos de depresión mayor con cuestionarios de autoinforme en lugar de entrevistas clínicas, y el hecho de no cegar adecuadamente las evaluaciones de los resultados (Stuart S, Koleva H, 2013.p. 61)

Además, los ensayos generalmente carecen de comparadores activos para controlar los aspectos no específicos (por ejemplo, la atención) de la psicoterapia, y en su lugar utilizan comparadores menos rigurosos, como la atención habitual o las listas de espera.

Un metanálisis de seis ensayos aleatorios comparó la psicoterapia (TCC o psicoterapia interpersonal) con el tratamiento habitual en pacientes con depresión perinatal (n> 1300; principalmente depresión posparto) (NICE, 2016). La remisión fue mayor en los pacientes que recibieron psicoterapia que en los tratados como de costumbre (riesgo relativo 2.1, IC del 95% 1.7-2.6). El análisis agrupado mostró que la remisión con psicoterapia o la atención habitual se produjo en aproximadamente el 70 y el 35 por ciento de los pacientes.

Otro metanálisis de 17 ensayos (n> 1200 pacientes después del parto) comparó la psicoterapia con las condiciones de control (por ejemplo, atención habitual o lista de espera) . La mejoría fue mayor con la psicoterapia y el beneficio clínico fue de moderado a grande; sin embargo, la heterogeneidad entre los estudios fue moderada a grande (Brännmark JG y et al, 2008.p.18)

El beneficio de la psicoterapia para los pacientes con depresión posparto parece persistir más allá del final del tratamiento. Un metanálisis de seis ensayos aleatorios (n = 516 pacientes de atención primaria) comparó la psicoterapia con la atención habitual en las evaluaciones de seguimiento que tuvieron lugar una mediana de seis meses después de la finalización del estudio (Ford E, 2016.p. 14) . La mejoría fue superior entre los pacientes tratados con psicoterapia, pero la ventaja fue clínicamente pequeña.

El uso de la psicoterapia en madres con depresión posparto también puede beneficiar al recién nacido. Los ensayos aleatorios han encontrado un efecto positivo de pequeño a moderado sobre el temperamento y el desarrollo en los bebés de madres tratadas con psicoterapia (por ejemplo, TCC o psicoterapia interpersonal), en comparación con los bebés de madres asignadas a condiciones de control habitual (Cuijpers P y et al, 2015.p.24)

Los pacientes con depresión mayor posparto de gravedad leve a moderada pueden no responder a cursos secuenciales de TCC y psicoterapia interpersonal. Para estos pacientes refractarios al tratamiento, se sugirieren antidepresivos (Viguera,2018.p.3)

Además, se sugieren al menos uno de los siguientes tratamientos complementarios. La elección específica depende de las preferencias y disponibilidad del paciente.

- Ejercicio
- Apoyo social / pares
- Educación para padres
- Terapia de pareja / familia

Agregar ejercicio para el tratamiento de la depresión posparto de leve a moderada puede ser útil; el ejercicio puede representar un elemento de activación del comportamiento para los pacientes que disfrutan de la actividad. La evidencia que apoya el uso del ejercicio incluye ensayos aleatorios:

Un ensayo aleatorio subsiguiente de seis meses comparó la atención habitual (por ejemplo, antidepresivos o psicoterapia) más ejercicio de intensidad moderada (30 minutos en tres a cinco días por semana) con la atención habitual sola; la muestra consistió en pacientes con depresión mayor unipolar posparto (n = 94), incluidos pacientes con ideación suicida (34 por ciento) . La recuperación se produjo en más pacientes que recibieron atención habitual más ejercicio que la atención habitual sola (47 versus 24 por ciento) (Blamey RV,2015.p.25)

El apoyo social / entre pares (madre a madre), ya sea en un entorno grupal o individual, es una intervención psicosocial que puede ayudar a mejorar los síntomas depresivos posparto.El apoyo social puede ser más efectivo si lo proporciona un compañero que está o estaba deprimido, en lugar de alguien que nunca ha estado deprimido (Dennys CL,2013.p. 28)

Enseñar habilidades de crianza de los hijos a las madres, una intervención que se centra tanto en la madre como en el bebé en lugar de solo en la madre, puede ayudar a reducir los síntomas depresivos.

Un ensayo aleatorio de seis semanas (n = 54 madres con síntomas depresivos) comparó la educación parental con la atención habitual. La intervención activa se centró en cambiar las conductas infantiles e incluyó cuatro sesiones que enseñaron técnicas de cuidado para afectar positivamente el sueño, las molestias y el llanto de los bebés. La atención habitual incluía referencias para la atención de salud mental y dos sesiones sobre los síntomas de la depresión posparto. La mejoría sintomática fue mayor en los pacientes que recibieron la intervención activa que la atención habitual (Desai P, 2016.p. 19)

Farmacológico.

Para los pacientes con depresión grave unipolar posparto que están amamantando los tratamientos primarios son medicamentos antidepresivos . Además, la psicoterapia casi siempre está indicada como un adyuvante a la farmacoterapia, a menos que los síntomas hagan que el paciente sea incapaz de participar (McCabe JE, O'Hara MW, 2013.p. 379)

Para las pacientes con depresión mayor unipolar posparto que están amamantando, se sugieren medicamentos antidepresivos, según su eficacia en ensayos aleatorizados. Los antidepresivos están más disponibles que la psicoterapia, y el uso de los antidepresivos es compatible con múltiples pautas de práctica .

Existe un consenso general de que los beneficios de los antidepresivos superan los riesgos potenciales para el bebé; los riesgos son típicamente considerados bajos;La elección del antidepresivo depende principalmente del historial de tratamiento anterior.

La evidencia indirecta que respalda el uso de antidepresivos para la depresión grave después del parto incluye muchos ensayos aleatorios que excluyeron a los pacientes que estaban amamantando; estos ensayos han demostrado que numerosos antidepresivos (por ejemplo, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina, bupropión y mirtazapina) pueden tratar eficazmente a la población general de pacientes con depresión mayor (Viguera, 2018.p.4)

Los pacientes que reciben farmacoterapia para la depresión mayor unipolar posparto suelen recibir psicoterapia como adyuvante, siempre que los pacientes no estén demasiado enfermos para participar en la terapia. La mayoría de los pacientes prefieren la terapia de combinación; un estudio de mujeres con depresión mayor unipolar perinatal (n = 100, incluidos 73 pacientes posparto) encontró que la farmacoterapia más la psicoterapia era preferida en un 55 por ciento, mientras que la medicación con medicamentos era preferida en solo el 8 por ciento (Patel SR, Wisner KL, 2011.p. 95)

Viguera (2018) “Las pacientes posparto con depresión grave que están amamantando deben sopesar diversos riesgos cuando deciden utilizar un antidepresivo” (p.5)

En relación a esto este autor menciona los siguientes riesgos:

- Riesgos para la madre y el bebé secundarios a la depresión no tratada, como la falta de adherencia con el cuidado postnatal, el cuidado personal deficiente, la negligencia del bebé (y otros niños), el vínculo materno-infantil interrumpido, la disfunción familiar, el abuso infantil y la conducta suicida, además pueden surgir complicaciones, como características psicóticas, catatonía y trastornos por el uso de sustancias concomitantes.
- Desarrollo anormal del niño.
- Deterioro cognitivo y psicopatología en los niños.
- Riesgos para los lactantes por uso materno de antidepresivos.
- Riesgos de efectos secundarios maternos causados por los antidepresivos. Como ejemplo, la sedación inducida por antidepresivos puede interferir con la capacidad de la madre para cuidar a su bebé.

La elección del antidepresivo para la depresión grave unipolar posparto en pacientes que están amamantando depende principalmente del historial de tratamiento anterior y de los efectos adversos potenciales para la madre y el lactante. No hay evidencia convincente de que, entre los antidepresivos de uso común, los medicamentos específicos difieran en su seguridad.

Los pacientes tratados antes de sus embarazos con un tratamiento farmacológico eficaz y bien tolerado generalmente deben reanudar el mismo régimen, siempre que sea compatible con la lactancia. Esto incluye regímenes de medicamentos que consistían en un tratamiento antidepresivo más complementario con medicamentos como los antipsicóticos de segunda generación, el litio o la triyodotironina (Dennis CL y et al, 2014.p.88)

Continuando con este autor para los pacientes tratados con antidepresivos durante el embarazo, es preferible usar el mismo medicamento durante la lactancia, incluso si existen mejores datos de seguridad de la lactancia para otros medicamentos, ya que el cambio aumenta el riesgo de recaída y el número de exposiciones al medicamento (p.88) .

La evidencia sobre el uso de antidepresivos durante la lactancia no demuestra claramente que un medicamento sea más seguro que otro. Además, la exposición a los antidepresivos que ya ha ocurrido en el útero es sustancialmente mayor que la exposición a través de la leche materna (Dennis CL y et al, 2014.p.88)

Para los pacientes con depresión mayor grave que están amamantando y que no han sido tratados con antidepresivos en el pasado, sugerimos ISRS debido a su eficacia y tolerabilidad para la depresión posparto . Los ISRS se han utilizado y se han estudiado más ampliamente en pacientes que amamantan que otras clases de antidepresivos; como ejemplo, un estudio retrospectivo de mujeres (n = 459) que recibieron tratamiento para la depresión posparto con antidepresivos descubrió que los ISRS se utilizaron en el 90 por ciento (Bachman DJ, 2007,p. 20) .

Las alternativas razonables a los ISRS incluyen inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina, antidepresivos atípicos (p. Ej., Bupropión o mirtazapina) y tricíclicos (p. Ej., Nortriptilina).

Entre los ISRS, generalmente elegimos paroxetina o sertralina para el tratamiento inicial porque los efectos adversos en los bebés parecen ser bajos, y los estudios sugieren que la paroxetina y la sertralina generalmente no son detectables en los sueros de los bebés expuestos a la leche materna. Sin embargo, el citalopram es una alternativa razonable (Frey BN y et al, 2016.p.9)

El escitalopram, la fluoxetina y la fluvoxamina se usan con menos frecuencia para el tratamiento inicial de la depresión posparto en los pacientes que están amamantando. El escitalopram y la fluvoxamina se han estudiado en menos lactantes que otros ISRS, y la fluoxetina y su metabolito tienen una larga vida media que los predispone a acumularse en el neonato (Meltzer-Brody S, 2015.p. 18)

Al escoger un antidepresivo se analiza la indicación ya que no todos los trastornos responden de igual manera al fármaco, también se considera el costo, disponibilidad, efectos adversos, potenciales interacciones farmacológicas y la respuesta del paciente o la no respuesta. Otros entre los cuales se encuentran factores como la edad, el género y el estado médico del sujeto pueden también ser la pauta para prescribir un antidepresivo (Katsung, 2012, pp.533-534).

Se ha encontrado que las mujeres responden y toleran de forma más eficaz los serotoninérgicos en comparación a los noradrenérgicos o los antidepresivos tricíclicos, pero sin estudios de peso. Sin embargo, son muy usados por la facilidad de uso, tolerabilidad y seguridad en presencia de sobredosis (Katsung, 2012, p.534).

La dosis más adecuada de un antidepresivo depende de la indicación médica y del paciente. Éstos individuos al tener ninguno o algún beneficio después de al menos cuatro semanas de tratamiento pueden beneficiarse de una dosis más alta, aunque ha sido difícil mostrar una clara ventaja, pues en comúnmente se titula hasta la máxima recomendada o la más alta tolerada cuando el paciente no responde a dosis menores (Katsung, 2012, p.534).

Antes de hablar de fármacos como tal, es necesario saber cómo estos actúan, como es el proceso por el cual ejercen el efecto terapéutico, es decir, el mecanismo de acción de estos medicamentos. Y cuál es el papel que juegan los neurotransmisores en esta patología

Figura.11 Sitios de acción de los fármacos antidepresivos

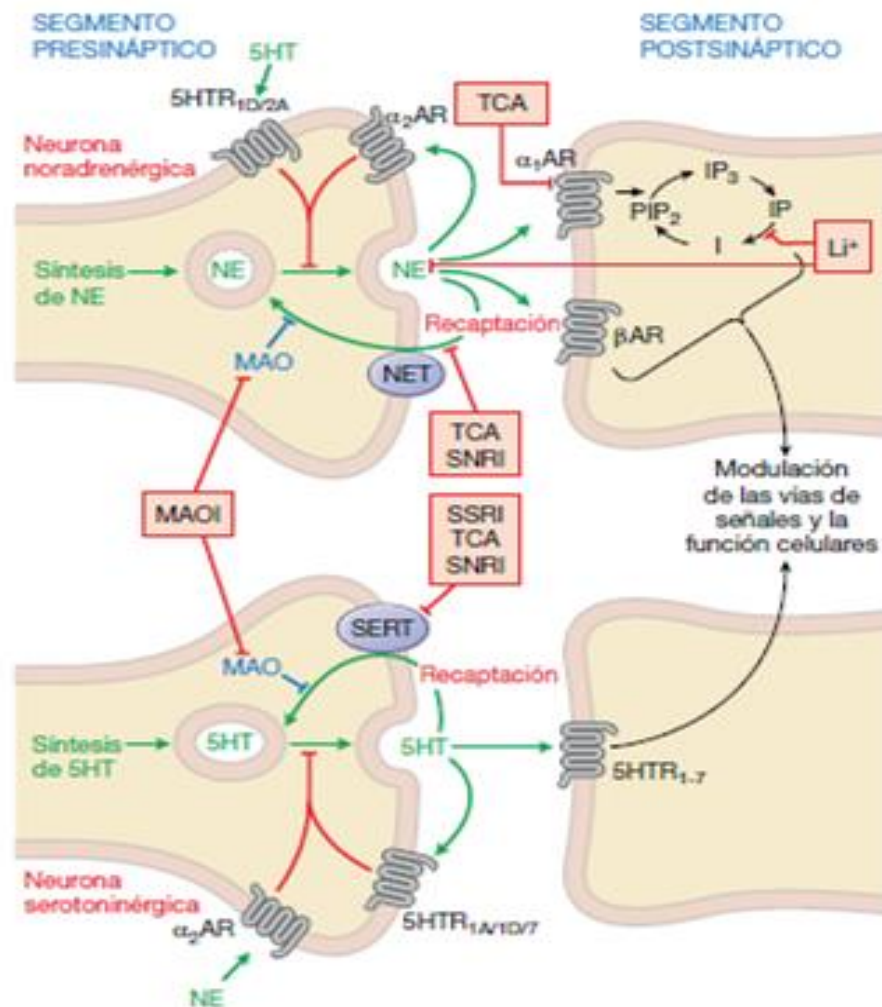


Figura 15-1 Sitios de acción de los antidepresivos en las terminaciones nerviosas noradrenérgicas (esquema superior) y serotoninérgicas (esquema inferior). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), los inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI) y antidepresivos tricíclicos (TCA) incrementan la neurotransmisión noradrenérgica o serotoninérgica al bloquear los transportadores de norepinefrina (NE) o serotonina (5HT) en las terminaciones presinápticas (transportador de norepinefrina neuronal [NET], transportador de serotonina [SERT]). Los inhibidores de la monoaminooxidasa (MAOI) inhiben la catabolia de NE y 5HT. Trazodona y fármacos similares actúan de modo directo en los receptores 5HT, que contribuyen a sus efectos clínicos. El tratamiento a largo plazo con diversos antidepresivos desensibiliza los autorreceptores y los heteroreceptores presinápticos y genera cambios duraderos en la neurotransmisión monoaminérgica. En la mediación de los efectos a largo plazo de los antidepresivos, intervienen los efectos postreceptores de la administración de antidepresivos que incluyen la modulación de las señales de GPCR de activación de las proteínas G y los conductos iónicos. Obsérvese que NE y 5HT también afectan sus neuronas mutuamente.

Nota: Goodman and Gilman, 2014

Efectos adversos.

Se encuentran efectos adversos potenciales que son comunes a todos los antidepresivos, pero la mayor parte es específica de una subclase de fármacos y de sus efectos farmacodinámicas. Según la FDA que se aplica a todos los antidepresivos señala el riesgo de mayor tendencia al suicidio en personas menores de 25 años, éstos se relacionan con ideas y conducta suicida, pero no con suicidios consumados (Katsung, 2012, p.534).

Hay datos que reportan hasta en 4% de los individuos menores de 25 años con prescripción de antidepresivos en estudios clínicos, tasa que representa el doble de la observada cuando se administra un placebo. Personas mayores de 25 años no se documenta riesgo aumentado de suicidio, pero experimentan ideas suicidas cuando reciben antidepresivos. Se ha observado que la falta de tratamiento ante una crisis produce suicidios consumados en todos los grupos de edad (Katsung, 2012, p.534).

Los grupos de fármacos utilizados para esta enfermedad son los antidepresivos, de los cuales los dos grupos más utilizados son los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y los antidepresivos tricíclicos.

Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS).

Su mecanismo de acción es inhibir la recaptura de serotonina a nivel presináptico, por lo tanto, hay un aumento de la neurotransmisión de serotonina y esta va hacer prolongada; a su vez estimula muchos subtipos de receptores serotoninérgicos todo esto a nivel del sistema nervioso central. El efecto antidepresivo y ansiolítico tiene lugar de forma más tardía por efectos adaptativos del Sistema Nervioso Central. (Pérez, Speranza, Tamosiunas y Ormoechea, 2016, p.26)

Cuando el transportador de serotonina inicia el proceso de la captación, éste termina la neurotransmisión que utiliza el receptor de serotonina (5HT) por la neurona, siendo la manifestación primaria. Los ISRS bloquean la recaptación y produce que se extienda la

neurotransmisión serotoninérgica. Ellos muestran selectividad relativa para inhibir los transportadores de serotonina en relación con los transportadores de norepinefrina (Goodman and Gilman, 2016, p.252).

La administración de estos fármacos estimula los autorreceptores 5HT_{1A} y 5HT₇ en el pericarión de neuronas del núcleo del rafé y autorreceptores 5HT_{1D} en terminaciones serotoninérgicas, que produce una reducción de la síntesis y la liberación de serotonina. De forma que cuando se vuelve a usar se acorta de manera paulatina el número de autorreceptores y hace desensibilización de los mismos (Goodman and Gilman, 2016, p.252).

Al disminuir los números de receptores 5HT_{2A} posinápticos aumenta la eficacia antidepressiva o por influencia de neuronas noradrenérgicas y de otras diferentes por medio de heterorreceptores serotoninérgicos. Es probable encontrar que otros receptores 5HT posinápticos guarden su reactividad a mayores concentraciones sinápticas de 5HT y ayuden a los efectos terapéuticos de los ISRS (Goodman and Gilman, 2016, p.252).

Los ISRS tienen eficacia contra la depresión mayor, funcionan también como ansiolíticos y han demostrado utilidad para el tratamiento de ansiedad generalizada, pánico, ansiedad de índole social y trastornos obsesivo-compulsivos (Goodman and Gilman, 2016, p.252).

Farmacocinética

La absorción, distribución, metabolismo y eliminación de los ISRS están bien descritas. Los ISRS se absorben bien en el tracto gastrointestinal y alcanzan niveles plasmáticos máximos dentro de una a ocho horas. La comida en general no afecta la absorción. Después de la absorción, los ISRS se unen a las proteínas y se distribuyen ampliamente en todo el cuerpo, incluido el cerebro, porque son lipofílicos (Figura 10) (Rosenbaum y et al, 2009.p. 289)

El metabolismo y la eliminación se producen principalmente en el hígado. El metabolismo de cada ISRS, excepto la fluvoxamina, produce metabolitos farmacológicamente activos. Sin

embargo, solo la fluoxetina produce un metabolito (norfluoxetina) que inhibe potentemente la recaptación de serotonina y tiene actividad antidepresiva (Rosenbaum y et al, 2009.p. 289)

Continuando con este autor se menciona que la semivida de eliminación de los ISRS es de aproximadamente un día (con un intervalo de aproximadamente 20 a 30 horas), excepto para fluoxetina y fluvoxamina . La vida media de la fluoxetina varía de 1 a 3 días, y de su metabolito norfluoxetina, de 4 a 16 días. La fluvoxamina tiene una vida media de aproximadamente 15 horas (p.289)

Interacciones farmacológicas

Algunos ISRS son inhibidores moderados a potentes del citocromo P450 hepático y pueden causar interacciones farmacológicas al alterar los niveles en la sangre de otros medicamentos que dependen de estas enzimas para su eliminación o activación. Citalopram y escitalopram inhiben las enzimas hepáticas menos que otros ISRS y, por lo tanto, son los ISRS elegidos para situaciones en las que las interacciones entre medicamentos son una preocupación , la sertralina es una alternativa razonable (Rosenbaum y et al, 2009.p. 289).

Las enzimas citocromáticas específicas que cada fármaco y sus metabolitos inhiben potente o moderadamente son las siguientes:

- Citalopram - ninguno
- Escitalopram - ninguno
- Fluoxetina - CYP2D6 (potente) y 2C19 (moderado)
- Fluvoxamina - CYP1A2 (potente) y 2C19 (moderada)
- Paroxetina - CYP2D6 (potente)
- Sertralina - ninguna

Todos los ISRS inhiben débilmente una o más enzimas del citocromo P450. Sin embargo, la inhibición débil del metabolismo del CYP450 rara vez altera los niveles o la actividad de otros medicamentos en un grado que sea clínicamente significativo.

Entre las numerosas interacciones farmacológicas potenciales que pueden ocurrir con los ISRS está la interacción entre el tamoxifeno y la fluoxetina o la paroxetina . El tamoxifeno se usa para tratar o prevenir la recurrencia del cáncer de mama y es un profármaco que es metabolizado por el citocromo P450 2D6 al metabolito activo (Rosenbaum y et al, 2009.p. 290)

Figura.12 Efectos adversos de los ISRS

Órgano o sistema afectado	Efecto adverso
Gastrointestinal	diarrea, náuseas, vómitos, dispepsia, disfagia, alteración del sentido del gusto, sequedad de boca, úlceras gastrointestinales, disminución y aumento de peso, alteraciones hepáticas
Neuro-psiquiátrica	cefalea, alteraciones en el sueño (sueños anormales, insomnio), mareos, anorexia, fatiga (somnia, sopor), euforia, movimientos anormales transitorios (espasmos musculares, ataxia, temblor, mioclonía), convulsiones e inquietud psicomotora/acatisia, alucinaciones, reacciones maníacas, confusión, agitación, ansiedad y síntomas asociados (nerviosismo), alteración de la memoria, dificultad para la concentración y el proceso del pensamiento (despersonalización), ataques de pánico, síndrome serotoninérgico, comportamiento y pensamientos suicidas
Urológico	retención urinaria, polaquiuria
Genital	disfunción sexual (retraso o ausencia de la eyaculación, anorgasmia), priapismo, galactorrea
Musculoesquelético	artralgia, mialgia, fracturas óseas
Hematológica	hemorragias ginecológicas, hemorragias gastrointestinales y otras, equimosis, agranulocitosis
Hidroelectrolítico	hiponatremia
Ocular	visión anormal (vista borrosa, midriasis), glaucoma ángulo estrecho
Cardiovascular	palpitaciones (bradicardia, taquicardia), vasodilatación, hipotensión postural, hipertensión, prolongación del intervalo Q-T, vasoconstricción coronaria
Respiratorio	faringitis, disnea, alteraciones pulmonares (incluyendo procesos inflamatorios y/o fibrosis)
Reacciones de hipersensibilidad	prurito, erupción cutánea, urticaria, reacción anafilactoide, vasculitis, reacción del tipo enfermedad del suero, angioedema, escalofríos, síndrome serotoninérgico, fotosensibilidad, necrólisis epidérmica tóxica
Síntomas de retirada	mareos, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesia), trastornos del sueño (incluyendo insomnio y sueños intensos), astenia, agitación o ansiedad, náuseas y/o vómitos, temblores y dolor de cabeza.
Otros	alopecia, bostezo, bruxismo, sudores, hiperprolactinemia, hipoglicemia

Nota: Pérez, Speranza, Tamosiunas y Ormaechea, 2016.

Fluoxetina.

Este fue el primer fármaco de este grupo en ser publicado en la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos en el año 1987, disponible en dosis de 10 y 20 mg, comprimidos ranurados de 10mg y capsulas de recubrimiento entérico de 90mg, la semivida es prolongada y su metabolito hacen que no se estabilicen las concentraciones hasta pasadas cuatro semanas. A dosis de 20mg se utiliza para la depresión debe tomarse en la mañana por el riesgo de insomnio. (James et al., 2015, p.1021)

Se sugiere una dosis inicial de 20 mg por la mañana. Los pacientes mayores y aquellos sensibles a los efectos secundarios pueden iniciarse con una dosis de 10 mg. El intervalo de dosis estándar es de 20 a 40 mg una vez al día. La dosis se puede aumentar en incrementos de 10 o 20 mg por día, cada cuatro semanas. Se han usado dosis de hasta 80 mg por día. (Birnbaum, 2018.p.1)

Existen otras formulaciones de fluoxetina disponibles, incluido un concentrado líquido. Además, hay una cápsula de liberación retardada de 90 mg que se toma una vez por semana. Los pacientes deben estabilizarse con 20 mg de fluoxetina diariamente antes de cambiar a una dosis semanal. Se recomienda esperar siete días después de la última dosis diaria de 20 mg de fluoxetina antes de comenzar el régimen una vez por semana con la formulación de liberación retardada de 90 mg (Birnbaum, 2018.p.1)

Continuando con este autor los efectos adversos de la fluoxetina los podemos agrupar según el porcentaje de incidencia

a) Mayor al 10%:

- Sistema nervioso central: insomnio (10% a 33%), dolor de cabeza (21%), somnolencia (5% a 17%), ansiedad (6% a 15%), nerviosismo (8% a 14%), bostezo (≤ 11) %).
- Endocrino y metabólico: disminución de la libido (4% a 11%).
- Gastrointestinal: náuseas (12% a 29%), diarrea (8% a 18%), anorexia (4% a 17%), xerostomía (9% a 12%).
- Neuromuscular y esquelético: debilidad (9% a 21%), temblor (3% a 13%).
- Respiratorio: faringitis (10% a 11%).

Entre 1% y 10%:

- Cardiovascular: vasodilatación (1% a 5%), palpitaciones ($\geq 1\%$), intervalo QT prolongado en el ECG ($\geq 1\%$; QTcF ≥ 450 msec 3), dolor de pecho, hipertensión.
- Sistema nervioso central: mareos (9%), sueños anormales (5%), agitación (niños y adolescentes: $\geq 2\%$), trastorno de personalidad (niños y adolescentes: $\geq 2\%$), anomalías en el pensamiento (2%), escalofríos ($\geq 1\%$), labilidad emocional ($\geq 1\%$), amnesia, confusión, trastorno del sueño.
- Dermatológico: Diaforesis (7% a 8%), erupción cutánea (4% a 6%), prurito (3%).
- Endocrina y metabólica: hipermenorrea (niños y adolescentes: $\geq 2\%$), aumento de la sed (niños y adolescentes: $\geq 2\%$), pérdida de peso (2%), aumento de peso.
- Gastrointestinal: dispepsia (6% a 10%), estreñimiento (5%), flatulencia (3%), vómitos (3%), disgeusia ($\geq 1\%$), aumento del apetito.
- Genitourinario: trastorno eyaculatorio ($\leq 7\%$), impotencia ($\leq 7\%$), frecuencia urinaria (niños y adolescentes: $\geq 2\%$), trastorno de la micción ($\geq 1\%$).
- Neuromuscular y esquelético: Hiperkinesia (niños y adolescentes: $\geq 2\%$).
- Oftalmología: alteración visual (2%).
- Ótica: Otagia, tinnitus.
- Respiratorio: síntomas de tipo gripal (8% a 10%), sinusitis (5% a 6%), epistaxis (niños y adolescentes: $\geq 2\%$).

Contraindicaciones

Hipersensibilidad a la fluoxetina o cualquier componente de la formulación; uso de inhibidores de la MAO destinados a tratar trastornos psiquiátricos (simultáneamente, dentro de las 5 semanas de discontinuar la fluoxetina, o dentro de las 2 semanas de discontinuar el inhibidor de la MAO); inicio de fluoxetina en un paciente que recibe linezolid o azul de metileno intravenoso; uso con pimozida o tioridazina (Birnbaum, 2018.p.1)

Sertralina.

James et al., (2015) refiriéndose a las presentaciones de este fármaco indican que van de 25,50 y 100 mg, puede tomarse por la mañana o por la noche y después de las comidas para reducir los efectos gastrointestinales adversos. Respecto a interacciones farmacológicas puede desplazar a la warfarina en el lugar de unión a proteínas plasmáticas, por ende es importante prestar atención a los medicamentos que la paciente este tomando y manejarlo con mucha cautela. (pp.1021-1022)

Paroxetina.

Es el único medicamento de este grupo que puede causar síndrome de abstinencia, debido a que sus concentraciones plasmáticas se reducen cuando se deja de tomar este fármaco de manera regular, entonces para evitar esta situación no se retira el fármaco de forma brusca. Conjuntamente se hace de manera gradual la dosis cada 2 a 3 semanas. (James et al, 2015. p.1022)

Se sugiere una dosis inicial de 20 mg por la mañana. Los pacientes mayores y aquellos sensibles a los efectos secundarios pueden iniciarse con una dosis de 10 mg. El intervalo de dosis estándar es de 20 a 40 mg una vez al día. La dosis se puede aumentar en incrementos de 10 o 20 mg por día, cada una o cuatro semanas. Se han utilizado dosis de hasta 50 mg por día. (Birnbaum, 2018.p.1)

Hay otras formulaciones de paroxetina disponibles, incluido un concentrado líquido. Además, hay una formulación de liberación controlada con recubrimiento entérico. Puede causar menos náuseas que la formulación de liberación inmediata para los pacientes que experimentan este efecto adverso; de lo contrario, no hay una razón convincente para cambiar de una formulación a otra. La formulación de liberación controlada es menos biodisponible, por lo tanto, una dosis de 12.5 mg de la formulación de liberación controlada es equivalente a 10 mg de paroxetina de liberación regular. La dosis inicial recomendada de la formulación de liberación controlada es de 25 mg / día; la dosis máxima es de 75 mg / día (Birnbaum, 2018.p.1)

Reacciones adversas:

Birnbaum (2018): Las principales reacciones adversas de la paroxetina se presentan a nivel del sistema nervioso central y gastrointestinal, con una incidencia > al 10% (p.1)

- Sistema nervioso central: insomnio (20%), mareos (12%), fatiga (12%), somnolencia (11%).
- Gastrointestinal: náuseas (26%), diarrea (20%), xerostomía (14%).

Del 1% a 10%:

- Cardiovascular: palpitaciones (4%), edema (<2%), hipertensión (<2%), síncope (<2%), taquicardia (<2%), vasodilatación (<2%).
- Sistema nervioso central: agitación (8%), malestar general ($\geq 5\%$), ansiedad (niños y adolescentes: $\geq 2\%$), marcha anormal (<2%), ataxia (<2%), coma (<2%), confusión (<2%), euforia (<2%), alucinación (<2%), hipertonía (<2%), hipoestesia (<2%), conciencia deteriorada (<2%), irritabilidad (<2%), letargo (<2%), agitación psicomotora (<2%), convulsiones (<2%), bostezos (<2%).
- Dermatológico: hiperhidrosis (7%), alopecia (<2%), dermatitis bullosa (<2%), dermatitis (<2%), diaforesis (<2%), erupción eritematosa (<2%), erupción folicular (<2%), erupción maculopapular (<2%), prurito (<2%), urticaria (<2%).
- Endocrino y metabólico: disminución de la libido (4% a 7%), pérdida de peso (> 7% del peso corporal; niños: 7%; adolescentes: 2%), diabetes mellitus (<2%), galactorrea (<2%), hipercolesterolemia (<2%), hipoglucemia (<2%), hipotiroidismo (<2%).
- Gastrointestinal: dispepsia (8%), disminución del apetito (7%), estreñimiento (6%), dolor abdominal ($\geq 5\%$), vómitos (4%), bruxismo (<2%), hematochezia (<2%), aumento apetito (<2%), melena (<2%).
- Genitourinario: fracaso de la eyaculación (8%), disfunción eréctil (4%), trastorno eyaculatorio (3%), incontinencia urinaria ($\geq 2\%$), trastorno sexual (hombres: 2%), hematuria (<2%), priapismo (<2%), hemorragia vaginal (<2%).
- Hematológico y oncológico: hemorragia (<2%), hemorragia rectal (<2%).

- Hepático: aumento de las enzimas hepáticas (<2%).
- Hipersensibilidad: Anafilaxia (<2%).
- Neuromuscular y esquelético: temblor (9%), hipercinesia (niños y adolescentes: $\geq 2\%$), espasmos musculares (<2%).
- Oftalmología: trastornos visuales (4%), visión borrosa (<2%), midriasis (<2%).
- Ótica: tinnitus (<2%).
- Respiratorio: broncoespasmo (<2%).

Contraindicaciones

Uso de IMAO incluyendo linezolid o azul de metileno (simultáneamente o dentro de los 14 días posteriores a la interrupción de un IMAO o sertralina); uso concurrente con pimozida; hipersensibilidad (p. ej., anafilaxis, angioedema) a la sertralina o cualquier componente de la formulación; uso concurrente con disulfiram (solo solución oral).

La documentación de la reactividad cruzada alérgica para los ISRS es limitada. Sin embargo, debido a las similitudes en la estructura química y / o las acciones farmacológicas, no se puede descartar con certeza la posibilidad de sensibilidad cruzada.

Fluvoxamina.

Este fármaco es el único del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina que no está aprobado por la FDA como antidepresivo, se encuentra indicado en patologías como ansiedad social y obsesivo compulsivo. Se encuentra disponible en comprimidos no ranurados de 25mg y ranurados de 50 y 100 mg se administra en la noche y tiene una semivida corta por lo que se podría comportar como un síndrome de abstinencia entre cada toma. (James et al., 2015, p.1022)

Citalopram , Escitalopram y Vilazodona.

Por su parte el citalopram se encuentra disponible de 20 a 40 mg y este fármaco se puede tomar en la mañana o la noche. El escitalopram es otro fármaco de este grupo que está en

presentaciones de 10 y 20 mg, sin embargo la administración de los 20 mg según los ensayos realizados no llevo a beneficios terapéuticos adicionales.

Además la vilazodona se comercializa en comprimidos de 10, 20 y 40mg y este debe ingerirse con alimentos para que no aparezcan concentraciones inadecuadas y se reduzca la eficacia, es decir su máximo potencial terapéutico. (James et al., 2015, p.1022)

Figura 13. Farmacocinética de los ISRS

Clase, fármaco	Biodisponibilidad (%)	t _{1/2} plasmática (h)	t _{1/2} del metabolito activo (h)	Volumen de distribución (L/kg)	Unión a proteínas (%)
SSRI					
Citalopram	80	33-38	ND	15	80
Escitalopram	80	27-32	ND	12-15	80
Fluoxetina	70	48-72	180	12-97	95
Fluvoxamina	90	14-18	14-16	25	80
Paroxetina	50	20-23	ND	28-31	94
Sertralina	45	22-27	62-104	20	98

Nota: Katsung, 2012

A manera de resumen se muestra el rango de dosis terapéutica de los fármacos de este grupo.

Figura 14. Dosis de los ISRS

Fármaco	Dosis terapéutica habitual (mg/día)
SSRI	
Citalopram	20-60
Escitalopram	10-30
Fluoxetina	20-60
Fluvoxamina	100-300
Paroxetina	20-60
Sertralina	50-200

Nota: Katsung, 2012

Papel en la depresión postparto.

Las tasas de recidiva de la depresión mayor durante el embarazo entre las mujeres que modifican, interrumpen o intentan abandonar el tratamiento con el fármaco antidepresivo es relativamente muy altas de un 68% a un 100% por lo que la mayoría de estas madres necesitan seguir con el tratamiento en el embarazo y el puerperio. Se desconoce con exactitud en cuanto la depresión va afectar el desarrollo fetal, sin embargo, en muchos estudios se ha comprobado que el riesgo de sufrir las principales malformaciones congénitas no aumenta si la mujer toma medicamentos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. (James et al.2015, p.1016)

Otro grupo de fármacos utilizados en la depresión postparto son los antidepresivos tricíclicos, en el año 1957 se observó que la imipramina tenía efectos antidepresivos, por eso surge esta otra clase de medicamentos para la patología. Conjuntamente gracias a ellos se empezó a estudiar el papel de las catecolaminas en la depresión. (James et al., 2015, p.1040)

Antidepresivos Tricíclicos.

Se introdujeron en los decenios de 1980 y 1990, las principales diferencias clínicas dependen de su metabolito y composición química. Estos medicamentos en su mayoría, se prescriben sobre todo en la depresión que no responde a los antidepresivos de uso más frecuente. Su pérdida de aceptación es su mayoría por baja tolerabilidad en comparación con los nuevos compuestos, su dificultad de uso y la mortalidad por sobredosis (Katsung, 2012, p.526).

Su mecanismo de acción es bloquear el transportador de noradrenalina y serotonina, por lo que aumentan las concentraciones de estos neurotransmisores. Su concentración plasmática máxima se da 2 a 8 horas y respecto a sus semividas estas van a variar entre 10 y 70 horas. Además, se metabolizan en hígado, al igual que los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina

comparten las mismas indicaciones terapéuticas, sin embargo, estos antidepresivos son una alternativa adecuada para los pacientes que no toleran los ISRS (James et al., 2015, pp.1040-1041).

Los antidepresivos tricíclicos en raras ocasiones se usan como una opción de primera línea en depresión, ya que estos pueden ocasionar graves efectos secundarios, ya que en muchos años se han utilizado los amínicos terciarios, fármacos como la doxepina y la amitriptilina estos en dosis relativamente pequeñas para tratar el insomnio. La acción farmacológica es el antagonismo de los transportadores de serotonina y norepinefrina e inhibe muy selectivamente a los NET o los SERT (Goodman and Gilman, 2014, p.254).

Otros fármacos tienen efectos secundarios extrapiramidales, como discinesia tardía, estos a su vez presentan semividas plasmáticas de 8 a 80 horas por lo cual hace posible la administración de una dosis diaria. Por consiguiente esta es una ventaja para los pacientes ya que solo se tendrían que tomar una pastilla por día. Las concentraciones en equilibrio dinámico se producen en tiempo de días o semanas de haber comenzado el tratamiento. Los CYP hepáticos eliminan en gran parte dichos fármacos (Goodman and Gilman, 2014, p.255).

Figura 15. Eliminación de los antidepresivos tricíclicos

FÁRMACO	SEMIVIDA DE ELIMINACIÓN (h) DEL FÁRMACO ORIGINAL (del metabolito activo)	C _p TÍPICO (ng/ml)	CYP PREDOMINANTE QUE INTERVIENE EN EL METABOLISMO
Antidepresivos tricíclicos			
Amitriptilina	16 (30)	100-250	2D6, 2C19, 3A3/4 1A2
Amoxapina	8 (30)	200-500	
Clomipramina	32 (70)	150-500	
Desipramina	30	125-300	
Doxepina	18 (30)	150-250	
Imipramina	12 (30)	175-300	
Maprotilina	48	200-400	
Nortriptilina	31	60-150	
Protriptilina	80	100-250	
Trimipramina	16 (30)	100-300	

Nota: Goodman and Gilman 2014

Los ajustes de dosis de estos fármacos se realizan cuando se valora la respuesta clínica del enfermo y no con respecto a sus concentraciones plasmáticas, es decir si hay respuesta terapéutica a los síntomas que presenta el paciente. Pero la cuantificación seriada de la exposición plasmática mantiene una relación importante con la respuesta al tratamiento, ya que el techo terapéutico es relativamente estrecho. Un 7% de los pacientes metaboliza lento, es decir va a durar más tiempo en el organismo (Goodman and Gilman, 2014, p.255).

Los antidepresivos tricíclicos tienen una isoenzima CYP2D6 que origina una diferencia de treinta veces en las concentraciones plasmáticas en diferentes personas que reciben la misma dosis, para no producir efectos tóxicos en los metabolizadores lentos se tiene que hacer una medición seriada de las concentraciones plasmáticas y con esto disminuir la dosis (Goodman and Gilman, 2014, p.256).

Es de suma importancia ver cada paciente y acoplar su tratamiento de una forma individual para así ajustar las dosis que estos requieran. Ya que no todos los organismos son iguales y se debe tener en consideración aspectos de absorción, metabolización y eliminación de cada fármaco y las patologías de fondo de cada paciente.

Katsung (2012) citan que estos medicamentos producen un antagonismo de los receptores histamínicos tipo H1 originando sueño, igualmente bloquea receptores de acetilcolina de tipo muscarínicos que se va a manifestar por síntomas de tipo cansancio cognitivo y otros como los mediados por el sistema nervioso parasimpático que incluye diplopía, xerostomía, taquicardia, estreñimiento y dificultad para la micción. Por su parte el antagonismo de los receptores adrenérgicos alfa 1 tiende a producir hipotensión ortostática y sedación además de un aumento de peso (p.535).

A continuación se muestra el rango de dosis terapéuticas de los principales antidepresivos tricíclicos.

Figura 16. Límites de dosis antidepresivos

Tricíclicos	
Amitriptilina	150-300
Clomipramina	100-250
Desipramina	150-300
Doxepina	150-300
Imipramina	150-300
Nortriptilina	50-150
Protriptilina	15-60
Maleato de trimipramina	150-300

Nota: Katsung, 2012

Morón y Levy (2002) mencionan que la farmacocinética es introducido en 1953, este estudia los procesos de absorción, distribución, metabolismo y excreción de un fármaco, es decir lo que le sucede al medicamento al pasar por el organismo. Determina en que cantidad, forma, dosis y por cuanto debe tiempo debe darse un determinado fármaco ya comparando estos grupos de medicamento antidepresivos por familia incluyendo su biodisponibilidad es decir, la proporción de este que pasa a la circulación sistémica y es distribuido hacia los sitios de acción, tiempo de vida media, unión a proteínas.(pp34-36)

Figura.17 Perfiles farmacocinéticas de los antidepresivos

Clase, fármaco	Biodisponibilidad (%)	$t_{1/2}$ plasmática (h)	$t_{1/2}$ del metabolito activo (h)	Volumen de distribución (L/kg)	Unión a proteínas (%)
SSRI					
Citalopram	80	33-38	ND	15	80
Escitalopram	80	27-32	ND	12-15	80
Fluoxetina	70	48-72	180	12-97	95
Fluvoxamina	90	14-18	14-16	25	80
Paroxetina	50	20-23	ND	28-31	94
Sertralina	45	22-27	62-104	20	98
SNRI					
Duloxetina	50	12-15	ND	10-14	90
Milnaciprán	85-90	6-8	ND	5-6	13
Venlafaxina ¹	45	8-11	9-13	4-10	27
Tricíclicos					
Amitriptilina	45	31-46	20-92	5-10	90
Clomipramina	50	19-37	54-77	7-20	97
Imipramina	40	9-24	14-62	15-30	84

Nota: Katsung, 2012

A manera de resumen se comparan los dos grupos farmacológicos de antidepresivos que más se utilizan en la depresión postparto abarcando mecanismo de acción, efectos terapéuticos, principales patologías donde se prescriben y algunos aspectos relevantes de su farmacocinética.

Figura 18. Resumen de Antidepresivos

Subclase	Mecanismo de acción	Efectos	Aplicaciones clínicas	Farmacocinética, toxicidad, interacciones
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)				
<ul style="list-style-type: none"> Fluoxetina Citalopram Escitalopram Paroxetina Sertralina 	Bloqueo muy selectivo del transportador de serotonina (SERT) - poco efecto sobre el transportador de noradrenalina (NET)	Aumento agudo de la actividad sináptica serotoninérgica - cambios menores en varias vías de señal y en la actividad neurotrófica	Depresión mayor, trastornos de ansiedad - trastorno de pánico - trastorno obsesivo compulsivo - trastorno de estrés postraumático - síntomas vasomotores de la perimenopausa - trastorno de alimentación (bulimia)	Semividas de 15 a 75 h - actividad oral - Toxicidad: bien toleradas pero causan disfunción sexual - riesgo de síndrome serotoninérgico con MAOI - interacciones: alguna inhibición de CYP (fluoxetina, 2D6, 3A4; fluvoxamina, 1A2; paroxetina, 2D6)
<ul style="list-style-type: none"> Fluvoxamina: similar a las anteriores pero aprobada solo para la conducta obsesiva compulsiva 				
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS (TCA)				
<ul style="list-style-type: none"> Imipramina Muchas otras 	Bloqueo mixto y variable de NET y SERT	Como SNRI, más bloqueo significativo del sistema nervioso autónomo y los receptores de histamina	Depresión mayor que no responde a otros fármacos - trastornos de dolor crónico - Incontinencia - trastorno obsesivo compulsivo (clomipramina)	Semividas prolongadas - sustratos de CYP - metabolitos activos - Toxicidad: anticolinérgica, efectos de bloqueo α , sedación, aumento de peso, arritmias y convulsiones ante sobredosis - interacciones: inductores e inhibidores de CYP

Nota: Katsung, 2012

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

El siguiente marco describe el procedimiento metodológico para hacer el análisis, se describe primero las categorías de inclusión y exclusión que se utilizaron para hacer la selección de artículos, posterior las fuentes de información que describe el autor y un pequeño resumen de los artículos.

Finalmente, las categorías de análisis, que estas derivan de los objetivos específicos, con el fin de darle respuesta a la pregunta de investigación.

Método

Para el presente estudio se seleccionaron un total de 23 artículos de los cuales 5 corresponden al idioma español, 17 del idioma inglés y 1 artículo en francés. Del periodo comprendido del 2012 al 2018. Los temas de dichos artículos abarcan el tratamiento farmacológico para la depresión postparto, entre ellos el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y antidepresivos tricíclicos. Conjuntamente sobre su eficacia y prejuicios tanto para la madre como para el lactante, así como las terapias coadyudantes para la depresión en el puerperio. Se excluyeron artículos que no abarquen con el tema de investigación.

Fuentes de Información

Autor	Resumen
1-Dois, E. (2012)	Es una revisión del 2001-2011 para detectar factores de riesgo, estrategias de detección y alternativas terapéuticas. Se relaciona entre las asociaciones hormonales la disfunción tiroidea. En cuanto al manejo farmacológico los ISRS son los de elección, mientras que los antidepresivos tricíclicos se mantienen en segunda opción ya que causan sedación y efectos adversos anticolinérgicos.
2- Sie,S.,Wennink,J.,Driel,J.,Winkel,A.,Boer,K.,Casteelen. (2012)	Los ISRS son los medicamentos que se utilizan con más frecuencia en el embarazo y lactancia Se encuentran datos limitados sobre los resultados del neurodesarrollo a largo plazo después de la exposición a ISRS durante el embarazo y la lactancia, pero actualmente, el desarrollo cognitivo parece normal, mientras que las anomalías conductuales pueden aumentar.
3-Troutman.B,Momany.M. (2012)	Se estudiaron 5 casos con que fueron expuestos intra útero y el postparto a fluoxetina, donde no presentaron efectos adversos asociados. También les evaluaron el vínculo-madre e hijo donde no se vio afectado.
4-Medina , E.(2013)	Es una revisión de literatura e investigaciones acerca de este padecimiento para detectarlo y darle un manejo adecuado. Respecto al manejo farmacológico son los antidepresivos tricíclicos y ISRS los más utilizados para tratar los síntomas depresivos, conjuntamente para combatir el insomnio y ansiedad sugieren el uso benzodicepinas.
5-Geneviève.A, Chang .C, Lee.E.(2013)	Es una revisión acerca de la depresión postparto donde en primera línea sugieren la psicoterapia , en segunda los

	fármacos y en tercera terapia hormonal con estradiol transdermico.
6-Furuta.M,Numakawa.T, Chiba.S, Ninomiya.M, Kajiyama.Y, Adachi.N, Akema.T,Hiroshi Kunug.H.(2013)	Es un estudio realizado en ratas para demostrar la efectividad de los estrogénicos, donde se lo administraron vía subcutáneo donde el receptor alfa tuvo efecto antidepresivo y ansiolítico.
7-Mah .B, Van.M, Smith.R, Bakerman s.M.(2013)	Un estudio con 25 mujeres deprimidas con niños de 1 año, les administraron 24 UI de oxitocina alternando con placebo. Concluyen que no cura como tal la depresión, si no mejora la relación madre e hijo.
8- Kim.D,Epperson.N,Weiss.A, Wisner.K.(2014)	Es una revisión y actualización de la depresión postparto en cuanto al abordaje, abarca antidepresivos, suplementos hormonales y omega 3. Colocan a los ISRS de primera línea descartando un trastorno bipolar.
9-Hantsoo, L., Ward, D., Czarkowski, K., Gueorguieva, R., Price, L., Epperson, C. (2014)	Es un estudio donde se comparó el ISRS (Sertralina) con placebo para la DPP. Se dio en 6 semanas con 38 mujeres con inicio de la depresión a los 3 meses del postparto. La Sertralina obtuvo una respuesta significativa del 59% respecto al placebo con un 26%.
10-Méndez, A.(2014)	Recopila aspectos importantes acerca de la DPP, en cuanto al manejo se hace tanto con psicoterapia así como con medicamentos como los antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina, nortriptilina e imipramina, han sido los usados con mayor frecuencia. Los ISRS como la fluoxetina, sertralina, flavosamina y paroxetina, se han usado como primera línea.

<p>11- Crescenzo,F.,Perelli,F.,Armando,M.,Vicari,S. (2014)</p>	<p>Comparan la eficacia de los ISRS con placebo u otros medicamentos, al realizar una revisión sistémica cualitativa con 595 mujeres. Manifiestan mayor respuesta y remisión con los inhibidores selectivos recaptura de serotonina, estos son eficaces para la depresión postparto sin embargo no demuestran superioridad respecto a los otros fármacos.</p>
<p>12-Zelkowitz.P, Gold.I,Feeley.N,Hayton.B,Carter.C,Tulandi.T,Abenhaim.H , Levin.P.(2014)</p>	<p>Estudiaron el estrés, oxitocina y la depresión, con una muestras de 287 mujeres donde las evaluaron a las 12 -14, 32 -34 semanas de embarazo y a las 7 -9 semanas del postparto.</p> <p>Concluyen que las mujeres que tenían mayor estrés y aumento de oxitocina presentaron menos síntomas depresivos.</p>
<p>13- Osborne,L.,Birndfor,C.,Szko dny,L.,Wisner,K. (2014)</p>	<p>Los ISRS son los fármacos de elección en el embarazo y postparto, sin embargo este estudio es acerca de un caso que se usó nortriptilina tanto para el embarazo como postparto, este tuvo altos niveles séricos en el postparto.</p>
<p>14-Mendoza ,C., Saldivia,S.(2015)</p>	<p>Se realizó una revisión simple y vigente de la DPP respecto a factores causales, diagnóstico y tratamiento. Con un total de 53 referencias, respecto al abordaje indican que la psicoterapia tiene menos afectos adversos para el recién nacido.</p> <p>En relación a la hormonoterapia, la administración de estrógenos favoreció a mujeres con DPP, sin embargo no fue concluyente ya que fue una muestra muy pequeña.</p> <p>El uso de antidepresivos se usa en DPP moderada a severa, los ISRS (Sertralina y Paroxetina) ya que pasan en muy poca cantidad a leche materna en comparación con la Fluoxetina y Citalopram.</p>

15-Gentile,S. (2015)	Hasta el 2005 se creía que los ISRS tenían pocos efectos teratogénicos pero se ha asociado retraso neuromotor, por lo tanto están surgiendo inquietudes en madres que lo utilizan en la lactancia. También de los antidepresivos tricíclicos, especialmente con clomipramina. Al prescribir estos fármacos se deben equilibrar con los efectos de la depresión materna prenatal y en el puerperio considerar los efectos a través del paso a leche materna y/o valorar el suspender la lactancia por los efectos, pero a sabiendas de las complicaciones que puede generar.
16- Rojas,G.,Santelices,M.,Martinez,P.,Tomicic,A.,Reinel,M., Olhaberry,M.,Krause,M. (2015)	Es un estudio que ve las barreras de acceso al tratamiento en la atención primaria, se realizó con 20 mujeres con depresión y 18 mujeres del personal de salud, en cuanto a la adherencia del tratamiento indican miedo al efecto del fármaco en el niño y percepción de ineficacia.
17-Uguz,F. y Arpaci,N.(2016)	Es un estudio acerca de la seguridad a corto plazo con sertralina y paroxetina en niños amamantados, con una muestra de 72 pacientes estudiados en 5 años. Donde el 88,9 % tuvo insomnio, 22,2 % llanto constante, 55,6 % inquietud.
18-Weisskopf,E., Fumeaux ,C.,Bickle,G.,Harari,M., Epiney,M.,Tolsa,C., Rouiller S., Tolsa J.,Eap,C.,Vial,Y.,Csajka,C., Panchaud, A. (2016)	Los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina, son los más utilizados tanto en síntomas en el embarazo como el postparto , entonces se tiene que valorar riesgo beneficio
19- Cardaillac.C,Rua.C,Simon.E, Hage.W.(2016)	Realizaron una revisión sobre la oxitocina intravenosa ,si al administrarla en el parto podía tener alguna relación sobre los síntomas depresivos en el postparto.

	Lo cual concluyen que si relaciona con depresion postparto.
20-Moura.D,Canavarro.M, Figuciredo.M.(2016)	Es una revisión acerca de la oxitocina y la depresión , donde concluyen que mujeres con aumento de oxitocina presentaron menos síntomas de depresión postparto
21- Rasmussen,L.,Strom,M.,Wohl- fahrt,J.,Videbech,P.,Melby e,M.(2017)	Es un estudio donde se ve el riesgo, recurrencia y duración del tratamiento en la depresión postparto en mujeres con historia psiquiátrica previa. Donde tienen más riesgo mujeres con su primer episodio después de su primer parto respecto a las mujeres que ya habían presentado un episodio y se encontraban en tratamiento luego de su primer parto.
22-Caparros .R,Romero.B,Strivens.H,Gon- zales .R,Martinez.O,Peralta.M(201 7)	Analizaron variables tanto obstétricas como demográfica y medir el cortisol en el I y III trimestre , con una muestra de 44 mujeres. Concluyen que estar propensas a un alto estrés junto con niveles de cortisol aumentado pueden predecir síntomas de depresión postparto .
23-Gobinath,A., Richardson R., Chow ,C., Workman ,J.,Lieblich,S.,Barr,A., Galea , L. (2018)	Los antidepresivos como la fluoxetina pueden ser controversiales debido a la eficacia en el postparto y los recién nacidos. En este estudio combinan el uso de fluoxetina sumado el ejercicio y que la combinación de ambos revierten diferentes endofenotipos en la depresión.

Categoría de Análisis

Las categorías de análisis que se presentan a continuación, estas provienen de los objetivos específicos. Estos buscan resolver la pregunta de investigación planteada al inicio del estudio, todo esto con la finalidad de organizar de una manera más clara la información de los datos recopilados de los artículos.

Categoría de análisis 1: Eficacia de los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS], (s.f) define eficacia como la capacidad de un medicamento para producir los efectos esperados (párr.21) Entonces, son los antidepresivos más usados, es decir de primera elección para tratar madres con depresión postparto que dan lactancia ya que su paso a través de la leche materna es muy poco por lo tanto los efectos en el niño son muy pocos. (Jadresic, 2016, p.878)

Categoría de análisis 2: Eficacia Antidepresivos Tricíclicos

Morón y Levy (2002), indican que implica la capacidad de cualquier de cualquier intervención ya sea médica o farmacológica de producir un resultado beneficioso (p.15). Estos fármacos en su mayoría, se prescriben sobre todo en la depresión que no responde a los antidepresivos de uso más frecuente es decir a los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. (Katsung, 2012, p.526).

Categoría de análisis 3: Efectos perjudiciales de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina

Morón y Levy, (2002) Se entiende como cualquier respuesta, nociva, indeseable que se presenta con la dosis normal de un fármaco ya sea como profilaxis, tratamiento o en un diagnóstico de una enfermedad (p.124) Dentro del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, donde la madre utiliza la fluoxetina, por su parte esta presenta casos donde el lactante presenta síntomas de llanto, irritabilidad, alteración en el patrón del sueño y alimentación, posiblemente atribuidos al fármaco (Mora, 2016, p.514)

Categoría de análisis 4: Efectos perjudiciales de los antidepresivos tricíclicos

Morón y Levy, (2002) Se entiende como cualquier respuesta, nociva, indeseable que se presenta con la dosis normal de un fármaco ya sea como profilaxis, tratamiento o en un diagnóstico de una enfermedad (p.124) Estos medicamentos producen un antagonismo de los receptores histamínicos tipo H1 originando sueño, igualmente bloquea receptores de acetilcolina de tipo se va a manifestar por síntomas de tipo cansancio cognitivo y otros como los mediados por el sistema nervioso parasimpático que incluye diplopía, xerostomía, taquicardia, estreñimiento y dificultad para la micción.(Katsung,2012,p.535)

Categoría de análisis 5: Efectividad de las principales terapias hormonales coadyuvantes

Se define como cualquier sustancia o fármaco que se añade para ayudar a la acción del tratamiento, según Mora (2016) la terapia con estrógenos ha sido de gran utilidad en la Depresión Postparto en especial en pacientes que son resistentes a los antidepresivos sin embargo añade que carecen de estudios. (p.514)

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS

La depresión postparto es un importante problema de salud pública, el abordaje de esta patología se vuelve controversial ya que la mayoría de estas mujeres se encuentran en periodo de lactancia, por lo tanto, a la hora de prescribir un medicamento hay que tener en cuenta el porcentaje o la cantidad de paso a leche materna y así evitar posibles complicaciones tanto para la madre como el niño.

Mendoza y Saldivia (2015) “La eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas en el manejo de depresión postparto (DPP) ha sido demostrada fuertemente por datos empíricos recomendándose como tratamiento de primera línea por el menor riesgo de efectos secundarios en el recién nacido” (p.890).

Es importante recalcar que esto se recomienda en casos de depresión con síntomas leves o donde la madre no desee recibir manejo farmacológico por miedo a algún efecto adverso con su hijo.

Así mismo Geneviève, Chang y Lee (2013) concuerdan en que, si bien las acciones con psicoterapia traen menos efectos adversos no descarta que al combinarla con fármacos antidepresivos sean de gran utilidad y por lo tanto haya una mejoría en los síntomas depresivos.

Respecto al manejo farmacológico se deben tomar varias consideraciones a la hora de elegir un medicamento antidepresivo, desde biodisponibilidad, excreción a leche materna; sobre todo riesgos y beneficios de la terapia farmacológica.

Cabe mencionar que son pocos los estudios respecto al abordaje farmacológico, ya que los inhibidores selectivos de serotonina son los fármacos más utilizados a lo largo de los años y no hay muchos estudios recientes sobre ellos, ni que demuestren la superioridad sobre otros fármacos, también los antidepresivos tricíclicos se manejan en segunda línea porque no hay tanta información sobre sus efectos adversos, generalmente al tener más excreción a leche materna se usan con cautela.

Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina son los fármacos que con mayor frecuencia han sido utilizados tanto en el embarazo como el puerperio. Los autores Dois (2012) así como Mendoza y Saldivia (2015) concuerdan en que la sertralina y paroxetina son las elecciones más factibles para las mujeres que deseen seguir dando lactancia; ya que estos medicamentos estimulan receptores 5HT₂.

En cuanto a su porcentaje de excreción a leche materna son casi indetectables a nivel sanguíneo en el niño. Es por esto que son los fármacos seguros y los convierte en los utilizados en primera línea del tratamiento de depresión postparto en mujeres que estén en periodo de lactancia.

Por otro lado, en un estudio donde se comparó los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina en específico sertralina con placebo; con una muestra de 38 mujeres diagnosticadas con depresión postparto desde los tres meses y 37 de ellas cumplían con criterios del DSM -IV. Se les administro dosis de sertralina de 50-200 mg por día, donde evidencio que un 59% tuvo una respuesta favorable y un 53% a una mayor tasa de remisión. (Hantsoo , Ward, , Czarkowski, Gueorguieva ,Price y Epperson,2014)

Sie, Wennink, Driel, Winkel, Boer y Casteelen. (2012) agregan que tanto la sertralina y paroxetina no interfieren en la lactancia donde también concuerdan con Hantsoo y colaboradores que además revisaron 11 estudios y ninguno mostró problemas en el neurodesarrollo.

Entre los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina, la fluoxetina y citalopram son los que reportan vida media larga por lo cual se han reportado niveles séricos elevados en los niños de las madres que recibían tratamiento con estos fármacos.

Un estudio con 15 mujeres con depresión postparto que recibieron citalopram, donde un 93 % respondieron al tratamiento y más del 50% disminuyeron el puntaje en la escala de valoración;

para las 8 semanas hubo una remisión completa de los síntomas. (Kim,Epperson,Weiss y Wisner , 2014,p)

Esto evidencia que a pesar que el citalopram tenga mayor tiempo de vida media y pueda el niño tener niveles elevados, sigue siendo una buena opción terapéutica .

Troutman y Momany (2012) por su parte describieron cinco casos donde se expusieron pacientes tanto en el embarazo como en la lactancia con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, en específico la fluoxetina, donde los evaluaron en entrevistas, además valoraron el vínculo con la madre y los niños expuestos no presentaron ningún efecto adverso.

Respecto a la fluoxetina, hay mucho tabú en si es seguro o no en el postparto, un estudio donde combinaron fluoxetina asociado a ejercicio con ratas, evidenció que ya sea acompañado o no de ejercicio disminuyeron los síntomas depresivos. Pero al acompañarlo con ejercicio los resultados fueron mejor ya que revirtieron los endofenotipos en la depresión.

Geneviève et al (2013) indica que los fármacos utilizados en primera línea son los inhibidores selectivos de serotonina en específico sertralina, paroxetina y fluoxetina, mientras que los antidepresivos tricíclicos son de segunda línea en concreto nortriptilina y amitriptilina esto se debe la seguridad y por el temor a una sobredosis con estos últimos.

Dios y colaboradores refiriéndose a efectos perjudiciales en estos grupos de fármacos, describen que los antidepresivos tricíclicos presentan sedación excesiva y efectos adversos colinérgicos, lo cual los colocan en segunda línea de tratamiento. (Dois, 2012, p.581)

Como se mencionó tanto la fluoxetina como el citalopram presentan un tiempo de vida media más largo, lo cual hace que aumenten en el lactante y así pueden presentar cólicos, diarrea e irritabilidad; por su parte la sertralina y paroxetina pueden causar en la madre: disminución del libido, disfunción sexual, ansiedad e insomnio, náuseas, anorexia, diarrea, molestias abdominales y disminución del peso. (Dois, 2012, p.581)

Respecto a la sertralina y paroxetina, Uguz y Arpacı (2016) realizaron un estudio acerca de la seguridad a corto plazo en niños que fueron expuestos a estos fármacos con 72 pacientes, manifestaron efectos adversos con sertralina 12,5 y paroxetina 11,9%. De los efectos se registraron; insomnio 88,9%, inquietud 55,6%, llanto constante 22,2 % y mala alimentación 11%. Sin embargo, los efectos adversos son leves. Además, tuvieron limitaciones en el estudio entre los cuales no midieron las concentraciones plasmáticas en los niños.

Medina (2013) agrega que tanto la sertralina, así como la paroxetina combaten síntomas de depresión, e indica combinarlas con benzodiazepinas cuando las pacientes presenten síntomas de ansiedad y depresión. Así mismo si una mujer tiene historia de depresión postparto, se aconseja iniciar tratamiento farmacológico después del parto para evitar una recaída. (p.189)

Gentile (2015) contradice los autores antes mencionados, ya que menciona que el escitalopram, citalopram y sertralina son indetectables a nivel sanguíneo en el niño, además indica que exponer estos fármacos intra útero se han relacionado con defectos cardiacos y musculo esquelético. También menciona que del grupo de los antidepresivos tricíclicos la nortriptilina es segura en el embarazo por menos efectos adversos sin embargo se relaciona con aumento de preclampsia y síndrome de adaptación neonatal, este último con clomipramina.

Se dice que los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina pasan aproximadamente un 30% al feto, pero esto se manifiesta con síntomas leves no obstante se deben vigilar por lo menos 48 horas para identificar los síntomas(Sie et al.2013,p.F474)

Cabe mencionar que esto es de gran importancia, ya que como hay madres con el primer episodio de depresión postparto, también hay madres que tienen un trastorno depresivo de fondo, por lo cual es necesario conocer los medicamentos a los que ha estado expuesta para brindarle seguridad durante el embarazo.

Un caso reportado con nortriptilina durante el embarazo y postparto, en una madre con antecedentes heredofamiliares de depresión, antecedentes personales de pánico y depresión donde no tolero inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. Presentó como efectos adversos mareos y sequedad de boca, lo toleró bien en el embarazo y la dosis se le fue disminuyendo en el postparto. A pesar que no mostro cardiotoxicidad, y que se le disminuyo la dosis paulatinamente la paciente presentaba niveles muy elevados del fármaco en sangre, entonces se le decidió discontinuar con amitriptilina. (Osborne, Birndorf, Szkodny y Wisner, 2014, p.240-245)

Esto pone en manifiesto la falta de estudios acerca de los antidepresivos tricíclicos tanto en el embarazo como el postparto, ya que al utilizarlos de segunda línea el personal de salud lo hace con prudencia por los efectos adversos que puedan ocasionar. En especial efectos relacionados con sobredosis y la seguridad de estos fármacos.

Respecto a las hormonas se ha dicho mucho sobre el papel que desempeñan en la patogenia de esta enfermedad, por lo tanto, muchos investigadores sugieren que podrían ser de utilidad tanto como un marcador para predecir si están en mayor riesgo de padecer esta patología, sin embargo, en el postparto hay un descenso de la mayoría de estas hormonas. Por consiguiente, es muy difícil que sean productoras de depresión postparto.

Al plantearse este como unos de los objetivos, se tenía la idea que a la hora de revisar la literatura se encontrarían diversos estudios acerca de hormonoterapia. Al contrario de esto, fueron muy pocos los estudios que han investigado acerca de este tema en la depresión postparto siendo los más importantes acerca de la oxitocina, estrógenos y cortisol.

Antes de entrar con las hormonas, cabe mencionar que el neurotransmisor que está implicado con la depresión es la serotonina, esto es de importancia ya que algunas hormonas también podrían modificar este neurotransmisor y así indirectamente participar en la patogenia de la enfermedad. De esta forma contribuir como una terapia alternativa en el abordaje.

La serotonina es un neurotransmisor que ha sido implicado en la depresión postparto, el triptófano es su precursor, el cual se ha visto disminuido al final del embarazo y en el puerperio lo cual se ha comparado con mujeres que no tienen depresión, que por el contrario, se encuentran niveles aumentados. (Dois, 2012, p.579)

Este autor también agrega que la lactancia materna es un factor protector en mujeres primíparas ya que reduce la actividad inflamatoria y aumenta el cortisol, la hormona adrenocorticotropa, la epinefrina, y la norepinefrina.

Por su parte Méndez (2014) concuerda en que la hormona liberadora de corticotropina es un biomarcador ya que inhibe el eje del hipotálamo y dicha hormona modifica la actividad de neurotransmisores como serotonina, norepinefrina y tiroxina hidroxilasa e inhibe la respuesta inflamatoria (p.212)

Esto es de gran relevancia ya que medir niveles de triptófano ya sea al final del embarazo y en el puerperio en un futuro podría ayudar a captar a mujeres en riesgo de desarrollar depresión postparto. Conjuntamente el mantener la lactancia materna exclusiva ha evidenciado múltiples beneficios tanto para la madre como para el niño, por lo tanto, en dicha patología no será la excepción.

En cuanto a la oxitocina esta juega un papel importante en la gestación, el postparto y la lactancia. Cardaillac, Rua, Simon y Hage (2016) mencionan: “La oxitocina está implicada en interacciones sociales, vinculo padres e hijos y desarrollo del comportamiento” (p,3).

Por lo tanto, sería un buen marcador tanto de diagnóstico como tratamiento, sin embargo, no hay estudios que lo respalden.

Además, todos los autores coinciden en que mujeres con aumento de estrés en el embarazo y aumento de oxitocina endógena a las 8 semanas del posparto tienen menor sintomatología depresiva.

Cardaillac et al. (2016) indican que la oxitocina se utiliza de dos formas: intravenosa la cual es más utilizada en obstetricia donde actúa a nivel periférico ayudando también en la hemorragia postparto, mientras que la intranasal actúa en el sistema nervioso central y su uso está más atribuido a la psiquiatría en trastornos como fobia, esquizofrenia e incluso autismo.

Por lo tanto, el administrarla en vía intravenosa va a tener más efectos adversos en comparación con la intranasal.

Mah,Ijzendoorn , Smith y Bakermans (2013) es un estudio con 25 mujeres con depresión postparto y sus hijos menores de un año, les administraron 24 UI de oxitocina alternando con placebo cada semana , de lo cual concluyeron que no mejoró la depresión postparto como tal pero si mejoro la percepción ; es decir fortaleció el vínculo madre e hijo.

Moura, Canavarró y Figuciredo (2016) por su parte indican que administrar oxitocina en el postparto no tiene ningún efecto positivo, pero tan poco empeoraron los síntomas depresivos no obstante hacen énfasis en que sí mejora notablemente la relación madre e hijo.

Cardaillac et al. (2016) difiere de los demás autores ya que muestra que la oxitocina intravenosa en el parto es ineficaz en la depresión postparto, por el contrario, podría aumentar el riesgo en la aparición de síntomas, ya que al administrar oxitocina exógena modifica citoquinas y esto hace que disminuye la basal. También que la exógena en la lactancia interrumpe la succión por parte del lactante.

La oxitocina endógena puede actuar como amortiguador ante situaciones de estrés, protegiendo a las mujeres de desarrollar depresión postparto y promoviendo un comportamiento afectivo de esa manera mejorando el vínculo con el infante. Ésta hipótesis explicaría el por qué en madres con aumento de estrés y aumento de oxitocina presentaban menor sintomatología depresiva. (Zelkowitz, Gold,Feeley,Hayton,Carter,Tulandi,Abenhaim y Levin , 2014, p.358)

Por lo cual los autores concuerdan en que, si bien la oxitocina no ayuda directamente con la depresión postparto, si mejora el comportamiento afectivo de las madres hacia los hijos; por lo cual no sería descabellado utilizarla, además siempre optar por lactancia materna ya que de esta forma se aumentaría la oxitoxina endógena y protegería de síntomas depresivos o si estos se manifestaran seria de manera leve.

El cortisol es otra hormona que ha sido vinculada con la depresión postparto; Caparros , Romero, Strivens, González , Martínez y Peralta (2017) realizaron un estudio con 44 mujeres embarazadas donde les midieron el nivel de cortisol en el primer y tercer trimestre , según los hallazgos que encontraron sugieren que a mayor estrés materno en el embarazo se relaciona con síntomas depresivos. Ellos analizaron el cortisol en una muestra del cabello e indica que estuvieron sometidas a estrés tres meses previos al día en que se les tomo la prueba.

Así mismo se ha hablado de los estrógenos y su relación con la depresión postparto, sin embargo, al revisar la literatura son muy pocos estudios que han estudiado el papel de estos. “En mujeres, hay tres estrógenos: estrona (E1), E2 y estriol (E3). E2, el más potente de los bioestrógenos, promueve un crecimiento neuronal y de supervivencia, es un pro serotonérgico y disminuye el estrés oxidativo”.(Kim et al., 2014,p.7)

Mendoza et al (2015) revisaron un metaanálisis en el cual se administraron estrógenos en mujeres que sufrían depresión postparto severa las cuales se valoraron a los tres meses, pero los resultados no fueron concluyentes ya que fue una muestra pequeña. (p.890)

Un estudio realizado en ratas en los que querían ver los beneficios de los receptores alfa y beta, mostró que los estrógenos estaban implicados en la patogenia de la depresión postparto con más énfasis en los receptores alfa en la amígdala; ya que en la inmunohistoquímica había disminución del receptor alfa pero no de los beta lo que explicaría los cambios en el comportamiento.

Les administraron vía subcutáneas agonistas de receptores alfa (propil pyrazoletriol) y receptores beta por seis días donde evidencio propiedades ansiolíticos y antidepresivas en especial de propil pyrazoletriol. (Furuta, Numakawa, Chiba, Ninomiya, Kajiyama, Adachi, Akema, y Kunug, 2012,pp 3807-3813)

Por su parte Geneviève et al (2013) en una revisión acerca del manejo farmacológico colocaron la terapia hormonal en tercera línea de tratamiento donde sugieren el estradiol transdermico ya que en el postparto hay caída de los niveles de estrógeno , no obstante tiene ciertas limitaciones en cuanto al éxito.

Como desventaja, se vio que dosis mayores a 100 mcg al día podría disminuir la producción de leche materna, en un estudio pequeño observaron que al retirarles los estrógenos a las ratas presentaron anhedonia, pero al comparar estos niveles con mujeres que no estaban embarazadas no presentaron sintomatología y por el contrario en mujeres que mostraron niveles bajos de estrógenos en el embarazo presentaron sintomatología. Así mismo se considera de alto riesgo para depresión postparto .(Kim et al.,2014, p.7)

Lo cual apoya la teoría del estudio en ratas con los receptores de estrógenos, por consiguiente, se necesitarán más investigaciones que respalden estos resultados, para en un futuro no muy lejano poder utilizarlo en mujeres con depresión postparto.

Por todo lo anterior el perfil de tratamiento farmacológico se compone de la siguiente forma: como primera línea en mujeres que no deseen recibir tratamiento farmacológico se recomienda la psicoterapia cabe destacar que se aplica en casos leves.

Como segunda línea los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina al ser los más seguros y contar con muchos estudios, siendo la sertralina y paroxetina los más recomendados ya que su excreción a leche materna es mínima; por lo tanto, son indetectables en el niño. Así mismo en mujeres que deseen seguir dando lactancia son los de elección, además con mayor tasa de respuesta y remisión.

También estudios de seguimiento no se relacionaron con problemas en el neurodesarrollo en el infante. Como efectos adversos relacionan en la madre reportaron: ansiedad insomnio, inhibición de la libido, disfunción sexual, anorexia, diarrea y nauseas.

A pesar de los efectos adversos, son más los estudios que los respaldan y los recomiendan.

Por su parte la fluoxetina y citalopram son los que presentan mayor tiempo de vida media donde se acumulan en el niño y pueden causar: cólicos, diarrea e irritabilidad. A pesar de su excreción a leche materna y efectos adversos también son más los estudios que los respaldan y los hacen una buena opción terapéutica si no se cuenta con sertralina o paroxetina. También se podría utilizar benzodiazepinas en caso de insomnio y ansiedad.

Seguido de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina se encuentran los antidepresivos tricíclicos de ellos nortriptilina, amitriptilina y clomipramina. De ellos no hay muchos estudios, porque se excretan más a leche materna y entre sus efectos en los niños incluyen sedación excesiva y síntomas anticolinérgicos.

En un caso con exposición a nortriptilina en el embarazo y postparto, no se mostraron efectos adversos, en la madre se reportaron mareos y sequedad de boca; se discontinuó el tratamiento ya que, a pesar de haber disminuido la dosis, a nivel sanguíneo la concentración plasmática se encontraba elevada. De estos medicamentos hay un miedo por la sobredosis y seguridad, es por eso que la mayoría de ocasiones se prefiere no utilizarlos.

Por último en terapias hormonales coadyuvantes, no hay muchos estudios; se podría utilizar oxitocina, está claro que no mejoraría los síntomas como tal de depresión postparto, pero los estudios sugieren que mejora el vínculo madre e hijo. Además, que en los estudios donde hubo aumento de oxitocina hubo menor sintomatología depresiva esto nos sugiere que vigilar estos niveles podría ser un predictor en la depresión postparto.

El estradiol transdérmico podría ser una terapia ya que ha sido probado con ciertas limitaciones en el éxito, además que es un pro serotonérgico y por la vía evita el metabolismo hepático. En los estudios se vio que tenían propiedades ansiolíticas y antidepresivas; como desventaja cuando sobrepasa a 100 mcg por día disminuye la lactancia.

Sin embargo, hacen falta más estudios respecto a las terapias hormonales, ya que en un futuro podrían ser un buen marcador para predecir síntomas y como tratamiento.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Respecto al objetivo general de esta investigación que tenía como finalidad analizar el perfil farmacológico para depresión postparto se concluye que el tratamiento de primera línea son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina; estos son los que poseen más estudios, en los que se ha demostrado que hay una mayor remisión y respuesta al tratamiento. Así mismo como tratamiento de segunda línea se encuentran los antidepresivos tricíclicos que, aunque no posean tantos estudios en comparación con los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, siguen siendo seguros y presentan menos efectos adversos a pesar de tener mayor excreción a leche materna.

En relación a la psicoterapia, esta se puede utilizar en casos leves y moderados de depresión postparto; esta se asocia con mayor tasa de éxito si se combina con farmacoterapia.

En cuanto al primer objetivo específico del cual presentaba como propósito identificar la eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y antidepresivos tricíclicos; cabe recalcar que los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina son los fármacos que muestran más estudios esto, son los más seguros y presentan menos efectos adversos.

Dentro de sus ventajas la sertralina y paroxetina son los que más se utilizan del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, debido a que su excreción a leche materna es muy poca por lo cual los hace indetectables en el niño y muestran menos efectos adversos.

Además, según muestran los estudios estos dos fármacos se asocian a una mayor respuesta y remisión de los síntomas en la madre. Por otro lado, la fluoxetina si se combina con ejercicio tiene mayor éxito.

Por su parte los antidepresivos tricíclicos presentan muy pocos estudios, lo que los convierte en fármacos usados como segunda línea de tratamiento.

En relación con el segundo objetivo específico con el cual se pretendía determinar los efectos perjudiciales de estos fármacos, la sertralina y paroxetina en la madre produce inhibición del libido, disfunción sexual e insomnio. La fluoxetina y citalopram muestran mayor excreción a leche materna presentando en los niños: irritabilidad, diarrea y cólicos.

Los antidepresivos tricíclicos son utilizados como segunda línea ya que tienen mayor excreción a leche materna presentando como efectos adversos sedación excesiva y síntomas anticolinérgicos en el lactante. Siguiendo en este grupo, la nortriptilina y amitriptilina son los más usados de este grupo, a pesar de su excreción no mostraron efectos adversos asociados.

Finalmente, con respecto al último objetivo específico acerca de la eficacia de las terapias hormonales coadyuvantes, se concluye que hay deficiencia de estudios acerca de esta opción terapéutica, sin embargo, se vinculó que niveles aumentados de triptófano se relacionan con síntomas depresivos.

La oxitocina es una hormona que se encuentra elevada en el postparto; según los estudios las mujeres con altos niveles dicha hormona mostraron menor sintomatología depresiva, sin embargo, la oxitocina propiamente como terapia coadyuvante, no mostró mejoría en la sintomatología depresiva, pero mejoró el vínculo madre e hijo .

También el estradiol juega un papel importante en esta patología, según los estudios el estradiol transdermico posee propiedades antidepresivas y ansiolíticas.; no obstante, carece de estudios que demuestren su eficacia en humanos

Recomendaciones

- Se recomienda utilizar los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina como fármacos de primera línea ya que hay suficientes estudios que respaldan su seguridad y eficacia, específicamente la sertralina y paroxetina por tener menor excreción a leche materna.
- Dado que los antidepresivos tricíclicos poseen una elevada excreción a leche materna se recomienda reservar estos fármacos para casos de depresión postparto severa sin respuesta a inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.
- Se recomienda utilizar la psicoterapia y el ejercicio junto a la terapia farmacológica, para obtener una mejor respuesta al tratamiento.
- Se sugiere utilizar la Escala Posnatal de Edimburgo, en la consulta médica los primeros meses del postparto sobre todo en aquellas mujeres con factores de riesgo, ya que es un método fácil de aplicar y de bajo costo.
- Dado que la Caja Costarricense de Seguro Social no tiene disponible la sertralina se recomienda el uso de la fluoxetina ya que, aunque tenga mayor excreción a leche materna los estudios mostraron que es eficaz en la depresión postparto, por lo tanto, resulta ser segura en esta patología.
- Referente a la oxitocina si bien los autores difieren en cuanto al beneficio propiamente en la sintomatología de la depresión postparto, indican que no mejora ni empeora los síntomas sin embargo si concuerdan en que mejora el vínculo madre e hijo; lo cual sería beneficioso en caso de presentar tanto depresión como psicosis postparto.

- Además, concuerdan en que al mantener niveles de oxitocina endógena elevados, se presentan menor sintomatología depresiva; esto por que dicha hormona en situaciones de estrés funciona como amortiguador protegiendo a las madres de desarrollar depresión postparto.
- En cuanto estradiol transdermico a pesar de que carece de estudios, es una buena alternativa esto porque posee propiedades ansiolíticas y antidepresivas; por lo tanto, sería una alternativa para estas madres.

Recomendaciones para futuras investigaciones

- Debido a que hay deficiencia de información a nivel nacional se recomienda realizar estudios en Costa Rica para conocer la incidencia y el manejo que se le da a las pacientes con depresión postparto.
- Se sugiere investigar más opciones terapéuticas, ya que al ser los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina los más utilizados y seguros en el postparto; se cierran las puertas a nuevos fármacos.
- Se propone investigar más acerca de las terapias hormonales ya que hay muy poca información y en el futuro podrían ser un método de tamizaje, así como también una opción de tratamiento.
- Se recomienda realizar investigaciones en un futuro poder medir los niveles de triptófano ya que este es importante como predictor de depresión.

Referencias

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
- American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, Third Edition, 2010. <http://www.psychiatry.org/practice/clinical-practice-guidelines> (Accessed on October 03, 2014).
- Austin MP, Marcé Society Position Statement Advisory Committee. Marcé International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014; 28:179.
- Baker R, Orton E, Kendrick D, Tata LJ. Maternal depression in the 5 years after childbirth among women with and without perinatal depression: a population-based cohort study. *Lancet* 2015; 386:S22.
- Banti S, Mauri M, Oppo A, et al. From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the perinatal depression-research & screening unit study. *Compr Psychiatry* 2011; 52:343.
- Caja de Seguro Social. (2015). Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo. Recuperado http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/guias-complicaciones-embarazo_diciembre_2015.pdf
- Caparros .R,Romero.B,Strivens.H,Gonzales .R,Martinez.O,Peralta.M.(2017). Hair cortisol levels, psychological stress and psychopathological symptoms as predictors of postpartum depression. *Public Library of Science.Estados Unidos* DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182817>
- Cardailiac.C,Rua.C,Simon.E,Hage.W.(2016). *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction*.1385 DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.05.002>
- Castañón, C.,Pinto,J.(2008). Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Revista Médica de Chile*.135,851-858 DOI <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000700005>

- Cerda, M. (2017). Factores sociodemográficos, primíparidad y su relación con la depresión postparto en puerperas de 20 a 34 años atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - enero 2017.(Tesis Licenciatura).Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
- Committee on Obstetric Practice. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol* 2015; 125:1268.
- Crescenzo,F.,Perelli,F.,Armando,M.,Vicari,S. (2014). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for post-partum depression (PPD): A systematic review of randomized clinical trials. *Journal of Affective Disorders*.152(154). 39-44 DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.09.019>
- Cryan E, Keogh F, Connolly E, et al. Depression among postnatal women in an urban Irish community. *Ir J Psychological Med* 2001; 18:5.
- Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, et al. Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *Am J Psychiatry* 2007; 164:1515.
- Dois, E. (2012).Actualizaciones en depresión postparto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.38(4),576-586.Recuperado http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_4_12/gin16412.htm
- Evans J, Heron J, Francomb H, et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323:257.
- Furuta.M,Numakawa.T, Chiba.S, Ninomiya.M, Kajiyama.Y, Adachi.N, Akema.T,Hiroshi Kunug.H.(2013). Estrogen, Predominantly via Estrogen Receptor alfa Attenuates Postpartum-Induced Anxiety- and Depression-Like Behaviors in Female Rat. *Neuroendocrinology*. 154(10):3807–3816 DOI 10.1210/en.2012-2136
- Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, et al. Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res* 2014; 215:341.
- Geneviève.A, Chang .C, Lee.E.(2013). Postpartum depression: Symptoms, diagnosis, and treatment approaches. *Journal of the American Academy of PAs*. 26(2):50-54. Recuperado https://journals.lww.com/jaapa/Fulltext/2013/02000/Postpartum_depression__Symptoms,_diagnosis,_and.9.aspx
- Gentile,S. (2015). Managing antidepressant treatment in pregnancy and puerperium. Careful with that axe, Eugene. *Mental Health Center Cava de' Tirreni*.1-4. DOI 10.1517/14740338.2015.1037273

- Gobinath, A., Richardson R., Chow ,C., Workman ,J.,Lieblich ,S.,Barr ,A., Galea , L. (2018). Voluntary running influences the efficacy of fluoxetine in a model of postpartum depression. *Neuropharmacology*.128,106-118 DOI 10.1016/j.neuropharm.2017.09.017
- Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, et al. The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2013; 74:e321.
- Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, et al. The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2013; 74:e321.
- Hantsoo , L.,Ward, D., Czarkowski,K., Gueorguieva,R.,Price,L.,Epperson,C. (2014). A randomized, placebo-controlled, double-blind trial of sertraline for postpartum depression. *Psychopharmacology*.231,939-948 DOI 10.1007/s00213-013-3316-1
- Hilal-Dandan R., Brunton L. (2014). *Manual de farmacología y terapéutica*. México, McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.
- Hirsch M, MDRobert J Birnbaum, 2018, *Selective serotonin reuptake inhibitors: Pharmacology, administration, and side effects*, rescatado el 28/02/2019
- Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, et al. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet* 2014; 384:1775.
- Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, et al. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet* 2014; 384:1775.
- Howard LM, Piot P, Stein A. No health without perinatal mental health. *Lancet* 2014; 384:1723.
- Howard LM, Piot P, Stein A. No health without perinatal mental health. *Lancet* 2014; 384:1723.
- Jadresic, E. (2010).Depresión en el embarazo y puerperio. *Revista Chilena de Neuropsiquiatria*.48 (4) ,269-278 Recuperado <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527722003>
- Jadresic, E. (2017).Depresión Postparto en el contexto del hospital General. *Revista Medico Clínica Las Condes*.28 (6), 874-880 DOI <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.10.007>
- James, B., Alcott, V.y Ruiz, P. (2015).*Sinopsis de Psiquiatria*.España: Editorial Wolters Kluwer.
- Katzung B., Masters S., Trevor A. (2012). *Farmacología básica y clínica*. México, McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.

- Kim,D,Epperson.N,Weiss.A,Wisner.K.(2014). Pharmacotherapy of postpartum depression: an update. NIH Public Access. 15(9): 1223–1234. DOI 10.1517/14656566.2014.911842
- Lee D, Yip A, Chiu H, et al. A psychiatric epidemiological study of postpartum Chinese women. *Am J Psychiatry* 2001; 158:220.
- Lorenzo, M. (2014).Factores de riesgo de la Depresión postparto.*Fisioterapia*.36 (2),87-94 DOI <https://doi.org/10.1016/j.ft.2013.07.001>
- Mah .B,Van.M,Smith.R,Bakermans.M.(2013). Oxytocin in postnatally depressed mothers: Its influence on mood and expressed emotion. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*.40, 267-272 . DOI <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2012.10.005>
- Maradiegue, S. (2009). Evolución diagnóstica y manejo terapéutico de la depresión y psicosis posparto de las pacientes egresadas del hospital nacional psiquiátrico, durante el período comprendido entre el 2000-2007. (Tesis posgrado Psiquiatría).Universidad de Costa Rica. Costa Rica
- Martínez, E., Toledo,M., Pineda, M., Monleon, J., Ferrero,J.y Barreto, P.(2001).La Depresión postparto: Un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*.6 (1) ,37-48 Recuperado <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2001-5C0D029F-957C-B50E-CAF2-B79BDDD9EE68/PDF>
- Medina, E. (2013).Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Revista de Perinatología y reproducción humana*.27 (3) ,185-193. Recuperado <http://www.medigraphic.com/inper>
- Méndez ,A.(2014).Depresión y ejercicio. *Revista de Perinatología y reproducción humana*.28 (4) ,211-216. Recuperado <http://www.medigraphic.com/inper>
- Mendoza, C., Saldivia,S.(2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista Médica de Chile*.143, 887-894. DOI <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000700010>
- Mora, M. (2016).Depresión Postparto y tratamiento. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*.LXXIII (620) ,511-514 Recuperado <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/620/art16.pdf>
- Morón ,F.,Levy,M.(2002).Farmacología general. Editorial Ciencias Médicas. Habana, Cuba
- Moura.D,Canavarro.M, Figuciredo.M.(2016). Oxytocin and depression in the perinatal period—a systematic review. *Arch Womens Ment Health* .19,561–570. DOI 10.1007/s00737-016-0643-3

- Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, et al. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA* 2006; 296:2582.
- Navas, W. (2013). Depresión postparto. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. LXX (608) ,639-647 Recuperado <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/608/art14.pdf>
- Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord* 2015; 175:34.
- O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol* 2013; 9:379.
- O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014; 28:3.
- Organización Mundial de la Salud. (2016-2017); ¿Se pregunta por qué no está contenta tras el nacimiento de su hijo? Recuperado <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/postnatal/es/>
- Osborne, L., Birnford, C., Szkodny, L., Wisner, K. (2014). Returning to tricyclic antidepressants for depression during childbearing: clinical and dosing challenges. *Arch Womens Ment Health*. 17, 239-246. DOI 10.1007/s00737-014-0421-z
- Oviedo, G. y Jordán, V. (2006). Trastornos afectivos postparto. *Universitas Medica*. 47 (2) ,131-140 Recuperado <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018675004>,
- Oviedo, R., Gallego, C., Buitron, E., Meneses, Y., Muñoz, N. y Gonzalez, M. (2016). Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 45 (4) ,253-261 DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.03.002>
- Paiz, D. (2012). Depresión Postparto. Estudio descriptivo sobre el riesgo de depresión posparto evaluado mediante la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo en pacientes de 15 a 40 años ingresadas al servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa durante el período comprendido entre el 10 de agosto al 14 de septiembre de 2012. (Tesis Licenciatura). Universidad San Carlos , Guatemala
- Perez , V., Speranza, N., Tamosiunas, G., Ormaechea, G. (2016). Perfil de riesgo de los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) *Revista Uruguaya Medicina interna*. 3, 25-33. Recuperado http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2993-67972016000300003

- Postpartum Depression: Action Towards Causes and Treatment (PACT) Consortium. Heterogeneity of postpartum depression: a latent class analysis. *Lancet Psychiatry* 2015; 2:59.
- Postpartum Depression: Action Towards Causes and Treatment (PACT) Consortium. Heterogeneity of postpartum depression: a latent class analysis. *Lancet Psychiatry* 2015; 2:59.
- Preskorn SH. Clinically relevant pharmacology of selective serotonin reuptake inhibitors. An overview with emphasis on pharmacokinetics and effects on oxidative drug metabolism. *Clin Pharmacokinet* 1997; 32 Suppl 1:1.
- Rasmussen,L.,Strom,M.,Wohlfahrt,J.,Videbech,P.,Melbye,M.(2017). Risk, treatment duration, and recurrence risk of postpartum affective disorder in women with no prior psychiatric history: A populationbased cohort study. *PLoS Med.* 14(9),1-13.DOI <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002392>Recuperado <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rhog/v75n5/art07.pdf>
- Rojas,G.,Santelices,M.,Martinez,P.,Tomicic,A.,Reinel,M.,Olhaberry,M.,Krause,M. (2015). Barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana: un estudio cualitativo. *Revista Médica de Chile.*143(4),424-432.Recuperado<http://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/view/4004>
- Salazar, I., Sainz,J.,Garcia,E.,Marrugal, V.y Garrido,R.(2011). Influencia de la visita puerperal temprana en la detección y evolución de la depresión posparto. *Progresos de Obstetricia y Ginecología.*54 (2) ,65-70 DOI 10.1016/j.pog.2010.09.006
- Sie,S.,Wennink,J.,Driel,J.,Winkel,A.,Boer,K.,Casteelen. (2012). Maternal use of SSRIs, SNRIs and NaSSAs: practical recommendations during pregnancy and lactation .*Arch Dis Child Fetal Neonatal.*97, F472–F476. DOI 10.1136/archdischild-2011-214239
- Stein A, Pearson RM, Goodman SH, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* 2014; 384:1800.
- Stein A, Pearson RM, Goodman SH, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* 2014; 384:1800.
- Troutman.B,Momany.M.(2012). Use of selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and disorganised infant–mother attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology.*30(3) 261-277 DOI <https://doi.org/10.1080/02646838.2012.717263>

- Ugus, F.,Arpaci,N.(2016). Short-Term Safety of Paroxetine and Sertraline in Breastfed Infants: A Retrospective Cohort Study from a University Hospital. *BREASTFEEDING MEDICINE*.11(9),1-3 DOI 10.1089/bfm.2016.0095
- Urdaneta,J.,Rivera,A.,Garcia.,J.,Guerra,M.,Baabel,N.,Contreras,A.(2010). Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*.75 (5) ,312-320
- Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, et al. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65:805.
- Viguera A, 2018, Mild to moderate postpartum unipolar major depression: Treatment. Rescatado el 10/03/18 de https://www.uptodate.com/contents/mild-to-moderate-postpartum-unipolar-major-depression-treatment?search=depresion%20postparto&source=search_result&selectedTitle=2~124&usage_type=default&display_rank=2
- Viguera A, 2018, Postpartum unipolar major depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis, rescatado el 02/03/2018 de https://www.uptodate.com/contents/postpartum-unipolar-major-depression-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis?search=depresion%20postparto&source=search_result&selectedTitle=1~124&usage_type=default&display_rank=1
- Viguera AC, Tondo L, Koukopoulos AE, et al. Episodes of mood disorders in 2,252 pregnancies and postpartum periods. *Am J Psychiatry* 2011; 168:1179.
- Weisskopf,E., Fumeaux ,C.,Bickle,G.,Harari,M., Epiney,M.,Tolsa,C., Rouiller S., Tolsa J.,Eap,C.,Vial,Y.,Csajka,C., Panchaud, A. (2016). [SSRIantidepressant use during pregnancy and the assessment of the risk-benefit ratio]. *Rev Med Suisse*.12 (510) ,561-568.
- Wisner KL, Moses-Kolko EL, Sit DK. Postpartum depression: a disorder in search of a definition. *Arch Womens Ment Health* 2010; 13:37.
- World Health Organization. International Classification of Diseases (ICD). ICD-10 online version: 2016. <http://www.who.int/classifications/icd/en/> (Accessed on February 10, 2016).
- Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, et al. Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1856.

Zahajszky, J, Rosenbaum, et al. Fluoxetine. In: American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology, 4th ed, American Psychiatric Publishing, Inc, Washington, DC 2009. p.289.

Zelkowitz.P, Gold.I,Feeley.N,Hayton.B,Carter.C,Tulandi.T,Abenhaim.H, Levin.P.(2014). Psychosocial stress moderates the relationships between oxytocin, perinatal depression, and maternal behavior. *Hormones and Behavior*.66(2), 351-360. DOI <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2014.06.014>