



EDITORIAL

Rol del pediatra frente a la depresión posparto

The role of the paediatrician in post-partum depression



Luisa Schonhaut Berman^a y Loreto Podestá López^{b,*}

^a Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo, Santiago, Región Metropolitana, Chile

^b Instituto de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Región de los Ríos, Chile

Recibido el 7 de enero de 2016; aceptado el 14 de enero de 2016



Cada año nacen en Chile cerca de 250.000 niños¹, quienes constituyen el bien más preciado y sensible del país. Se estima que entre el 10-20% de las madres de estos niños podrían presentar una depresión posparto (DPP)², trastorno originado por los cambios bioquímicos, psicológicos y sociales a los que está expuesta la mujer durante el embarazo y puerperio. Este es un importante problema de salud pública reconocido en todo el mundo, no solo por su alta prevalencia y costos asociados a la carga de enfermedad, sino también por la potencial gravedad y trascendencia de sus efectos, entre los que se encuentran

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: loretopodesta@gmail.com
(L. Podestá López).

desde el trastorno vincular, la negligencia y el mayor riesgo suicida en las madres afectadas³.

El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* quinta edición (DSM-5)⁴ considera como un continuo la depresión que puede ocurrir en el embarazo y el puerperio, por lo que se refiere al trastorno depresivo del periparto; y, clasifica como DPP a todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que comienza dentro de las 4 semanas después del parto. Este criterio es bastante restrictivo ya que muchas DPP comienzan más tardíamente, por lo general dentro de los 3 primeros meses posparto, por lo que, para la práctica clínica, se amplía dicho criterio a todo el primer año de vida del niño.

Debido a que la DPP es habitualmente subdiagnosticada por los profesionales de la salud⁵, se han diseñado distintas escalas para su detección, una de ellas es la escala de Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*)⁶, validada en Chile por Jadresic el año 1995⁷ y ampliamente utilizada a nivel internacional. Es una escala de autoreporte sencilla, aceptada por los profesionales de salud y por las usuarias⁵, que se contesta en menos de 3 min; se basa fundamentalmente en los síntomas psíquicos de la depresión, excluyendo así algunos síntomas físicos, como trastornos del sueño o cansancio propios del puerperio. Consta de 10 ítems con 4 posibles respuestas, que representan los grados de severidad del síntoma investigado en los últimos 7 días. El puntaje máximo es de 30 puntos, y con 10 puntos se considera sospecha de DPP. En caso de un tamizaje positivo, se recomienda complementar la evaluación con una entrevista diagnóstica realizada por especialistas.

En Chile, el 14% de las madres que se atendieron en atención primaria de salud (APS) durante los años 2014 y 2015, tuvieron un *screening* positivo para DPP¹, tasa menor a la reportada en escenarios de investigación⁸. Se ha descrito que la prevalencia de DPP es superior en mujeres de mayor vulnerabilidad social y económica, cuando hay una historia previa de depresión o de trastornos del ánimo, consumo de alcohol o drogas y en púerperas de edades extremas. También se asocia con una actitud negativa hacia la gestación, o sucesos vitales relevantes en el transcurso del embarazo actual o en gestaciones anteriores, como enfermedades, abortos, problemas de infertilidad, morbilidad y/o mortalidad fetal o neonatal. Los problemas con la pareja y la violencia física o psicológica son considerados factores de riesgo relevantes^{9,10}.

Cada vez existe mayor evidencia respecto a que los hijos de madres que sufrieron depresión durante el embarazo y posparto se encuentran expuestos a un apego inseguro, a una menor duración de lactancia materna, mayor probabilidad de ingresos hospitalarios, o de sufrir maltrato infantil. Las madres deprimidas interactúan menos con sus hijos, lo que afectaría el desarrollo del lenguaje y de destrezas sociales tempranas. En seguimientos a largo plazo se han identificado alteraciones conductuales y menor rendimiento en pruebas de evaluación de desarrollo psicomotor¹¹. Además, se han reportado alteraciones en estudios de neuroimágenes y elevación de los niveles de cortisol en recién nacidos, lactantes y preescolares hijos de mujeres con antecedentes de DPP¹².

Similares alteraciones se han descrito en sus hijos escolares, lo cual refleja la persistencia de los efectos de esta condición en el tiempo^{13,14}.

Verkuijl et al. en una cohorte de más de 1.000 diadas sudafricanas, encontró un *odds ratio* (OR) de 2,26 (IC 95%: 1,23-4,16) para presentar dificultades psicológicas a 10 años de seguimiento¹⁵. En nuestro país existe un estudio realizado en la Ciudad de Valdivia que demostró que los hijos de madres con DPP tenían el doble de riesgo de déficit en el desarrollo psicomotor a la edad de 18 meses. En este mismo trabajo se encontró una asociación entre la presencia de DPP y un mayor puntaje en el *score* de riesgo de muerte por neumonía (*score* de IRA) utilizado en APS¹⁶.

El impacto de la DPP sobre la salud de los niños es proporcional a la severidad y duración del episodio depresivo, y se agrava en escenarios de adversidad personal y/o social, independiente de las características de los niños¹⁶. El tratamiento oportuno de esta enfermedad conduce a la mejoría de síntomas y calidad de vida de las madres, y también de los problemas psicoemocionales y conductuales desarrollados por sus hijos^{11,17}.

Estudios recientes han reportado DPP en los padres, con una prevalencia estimada del 10% y correlación positiva sobre la depresión de las madres¹⁸. Ramchandani et al. en 2005 demostraron que la depresión de los padres en el período posnatal también se relaciona con problemas emocionales y conductuales en sus hijos de 3 a 5 años de edad (OR: 2,09; IC 95%: 1,42-3,08), después de controlar la depresión materna¹⁹. A la vez, el que el padre no presente depresión es un factor de protección y resiliencia para el niño ante la DPP materna²⁰.

Considerando que durante el primer año de vida existe un frecuente contacto de la familia con el equipo de salud infantil, y dado el impacto directo que tiene la DPP sobre el bienestar y desarrollo de los niños, los controles de supervisión de salud han sido identificados como un escenario ideal para la pesquisa y derivación de esta condición²¹. Por este motivo, en el marco de las políticas públicas, se incorporó en APS la Escala de Edimburgo en los controles de 2 y 6 meses²², siendo aplicada habitualmente por enfermero/a o matron/a, y derivado a médico o psicólogo en caso de un *screening* positivo²³. A pesar que hay una alta cobertura y aceptación del tamizaje de la DPP por las usuarias, esto no se vería reflejado en el ingreso a tratamiento⁵, debido a una serie de barreras de acceso, como los largos tiempos de espera y falta de coordinación entre clínicos y administrativos²³.

En el sistema privado, en el que generalmente la supervisión de salud es realizada por pediatras, la pesquisa de la DPP depende de iniciativas personales, sin que haya un marco regulatorio al respecto; en una amplia muestra de niños menores de 6 meses atendidos en control sano en el sistema privado de atención de salud, la Escala de Edimburgo fue registrada solo en el 1,7% de las atenciones²⁴. En EE.UU., una encuesta realizada a 508 de pediatras de APS, destacó que, aún cuando el 57% de los encuestados reconocía su responsabilidad en la pesquisa de la DPP, la mayoría objetaba limitación en el tiempo de atención e insuficiente entrenamiento en el trabajo con adultos, para tener un rol más activo frente a esta condición²⁵.

En conclusión, la depresión del embarazo y posparto tiene gran impacto en la salud de las madres y sus hijos,

¹ Registros estadísticos mensuales, DEIS-MINSAL 2014 y 2015.

dado que afecta especialmente el desarrollo cerebral temprano, y atenta contra la adquisición de vínculos sanos y el desempeño socioemocional, limitando las expectativas de salud y felicidad futuras. Existe, por otro lado, evidencia respecto a que los tratamientos apropiados permiten mejoras en el pronóstico de la madre y el niño. Considerando que los pediatras se encuentran en una situación de privilegio para la pesquisa y diagnóstico de la DPP y que la vigilancia de los factores de riesgo y factores protectores es una parte integral de los controles de rutina²⁰, es necesaria una actitud activa para la oportuna pesquisa, derivación y seguimiento de la DPP y de sus posibles efectos en los niños, a la vez que la abogacía frente a la sociedad y autoridades para implementar intervenciones efectivas y oportunas.

Referencias

- Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) [consultado 30 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.deis.cl/>
- Jadresic E, Jara C, Miranda M, Arrau B, Araya R. Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 1992;30:99-106.
- Luskin SH, Pundiak T, Habib S. Perinatal depression: Hiding in plain sight. *Can J Psychiatry.* 2007;52:479-88.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA; Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
- Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Rev Méd Chile.* 2008;136:851-8.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Br J Psychiatry.* 1987;150:782-6.
- Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1995;16:187-91.
- Dois A, Uribe C, Villarroel L, Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos posparto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Rev Med Chile.* 2012;140:719-25.
- Nelson DB, Freeman MP, Johnson NL, McIntire DD, Leveno KJ. A prospective study of postpartum depression in 17 648 parturients. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2013;26:1155-61.
- Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, et al. Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2000;38:84-93.
- Murray L, Cooper P. Effects of postnatal depression on infant development. *Arch Dis Child.* 1997;77:99-101.
- Brennan P, Pargas R, Walker E, Green P, Newport J, Stowe Z. Maternal depression and infant cortisol: Influences of timing, comorbidity and treatment. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008;49:1099-107.
- O'Connor TG, Ben-Shlomo Y, Heron J, Golding J, Adams D, Glover V. Prenatal anxiety predicts individual differences in cortisol in pre-adolescent children. *Biol Psychiatry.* 2005;58:211-7.
- Sandman CA, Buss C, Head K, Davis EP. Fetal exposure to maternal depressive symptoms is associated with cortical thickness in late childhood. *Biol Psychiatry.* 2015;77:324-34.
- Verkuijl NE, Richter L, Norris SA, Stein A, Avan B, Ramchandani PG. Postnatal depressive symptoms and child psychological development at 10 years: A prospective study of longitudinal data from the South African Birth to Twenty cohort. *Lancet Psychiatry.* 2014;1:454-60.
- Podestá L, Alarcón AM, Muñoz S, Legüe M, Bustos L, Barría M. Alteración del desarrollo psicomotor en hijos de mujeres con depresión posparto de la ciudad de Valdivia-Chile. *Rev Med Chile.* 2013;141:464-70.
- Rojas G, Fritsch R, Solís J, Jadresic E, Castillo C, González M, et al. Treatment of postnatal depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: A randomised controlled trial. *Lancet.* 2007;370:1629-37.
- Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *JAMA.* 2010;303:1961-9.
- Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor TG. Paternal depression in the postnatal period and child development: A prospective population study. *Lancet.* 2005;365:2201-5.
- Earls MF. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics.* 2010;126:1032-9.
- Coleman WL, Dobbins MI, Garner AS, Siegel BS, Wood DL, Earls MF, et al., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health. Policy statement-The future of pediatrics: Mental health competencies for pediatric primary care. *Pediatrics.* 2009;124:410-21.
- Subsecretaría de Salud Pública. Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y las niñas de 0 a 6 años. Disponible en: http://www.ssvq.cl/noticias/2008/intranet/unidad_de_programas/infante/Manual_Inf_mayo.pdf
- Graciela Rojas G, María Pía Santelices MP, Pablo Martínez P, Alemka Tomicic A, Reinel M, Olhaberry M. María Pía Santelices; Pablo Martínez; Alemka Tomicic; Mahaira Reinel; Marcia Olhaberry; Mariane Krause Barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana: un estudio cualitativo. *Rev Med Chile.* 2015;143:424-32.
- Figueroa-Leigh F, Rojas P, Castañón C. Screening for postpartum depression in a private health care network in Chile. *Fam Pract.* 2015;32:431-5.
- Olson AL, Kemper KJ, Kelleher KJ, Hammond CS, Zuckerman BS, Dietrich AJ. Primary care pediatricians' roles and perceived responsibilities in the identification and management of maternal depression. *Pediatrics.* 2002;110:1169-76.