



www.iss.it

Depresión perinatal

Definición, epidemiología y factores de riesgo.



www.iss.it/centro-di-riferimento-per-le-scienze-comportamentali-e-la-salute-mentale



CENTRO DI RIFERIMENTO
SCIENZE COMPORTAMENTALI
E SALUTE MENTALE

Epidemiología de la depresión



DATOS DE LA OMS

Se estima que aproximadamente 300 millones de personas en todo el mundo padecen depresión, el 3,8% de la población mundial.

La depresión es un trastorno más frecuente entre las mujeres que entre los hombres.

La depresión puede llevar al suicidio. La OMS también estima que, de aproximadamente un millón de suicidios registrados anualmente en todo el mundo, aproximadamente el 60% tiene su origen en un trastorno depresivo. El suicidio es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años.

La depresión y los trastornos mentales asociados a ella pueden tener un efecto profundo en todos los aspectos de la vida, incluido el rendimiento académico, la productividad en el trabajo, las relaciones con familiares y amigos y la capacidad de participar en la comunidad. Las investigaciones también muestran fuertes relaciones entre la depresión y la salud física, incluidas las enfermedades infecciosas y cardiovasculares. La depresión afecta a todo tipo de personas (jóvenes y mayores, ricos y pobres) en todos los países. Las mujeres tienen más probabilidades de sufrir depresión que los hombres.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>



Diagnóstico del trastorno depresivo Mayor

Los criterios de diagnóstico del DSM-V para la depresión mayor indican que la persona debe experimentar **cinco o más de los siguientes síntomas simultáneamente** durante un período de 2 semanas.

- Estado de ánimo deprimido (por ejemplo, sentirse triste, vacío, sin esperanza).
- Pérdida de interés y placer al hacer cualquier cosa.
- Pérdida o aumento de peso significativo.
- Agitación psicomotora o enlentecimiento psicomotorio.
- Cansancio crónico y pérdida de las energías.
- Sentimientos de indignidad o de culpa excesiva o inapropiada.
- Mayor dificultad para pensar y mantenerse concentrado, o indecisión patológica.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideaciones suicidas recurrentes o intentos de suicidio.

Al menos **uno** de los síntomas enumerados anteriormente debe ser un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés en hacer algo.

La depresión es una de las **complicaciones más graves y más frecuentes** del embarazo y posparto

Es una patología aún infradiagnosticada:

más del 50% de las mujeres con depresión durante el embarazo y el 69,9% posparto **no** recibe un diagnóstico adecuado

y sin tratar:

sólo el 8,5% recibe tratamiento adecuado (tratamiento > 6 meses) durante el embarazo y el 6,3% después del parto

La mayoría de las mujeres tienen dificultades para pedir ayuda



Cox EQ et al, J Clin Psych, 2016

Depresión en el período perinatal. (desde la concepción hasta el primer año de vida del niño)

La depresión en el período perinatal puede surgir:

- durante el embarazo (antenatal depression, AND)
- después del parto (postnatal depression, PND)
- ocurren en ambos periodos



Epidemiología de la depresión perinatal

- Entre el 10% y el 20% de las mujeres reportan síntomas depresivos durante el embarazo y en el periodo postpartum, con proporciones más altas en los países de ingresos bajos y medios.
- Alrededor del 25% de las mujeres reportan síntomas de ansiedad durante el embarazo.
- Ansiedad y depresión se presentan a menudo en comorbilidad

Las estimaciones dependen de la población examinada, del período considerado y de las herramientas de screening utilizadas.

Fonte: WHO, 2020; Howard ML, World Psychiatry, 2020; Gelaye 2016, Field 2017



Que dicen el DSM-5 y la ICD-11



- Para satisfacer los criterios de diagnóstico de depresión perinatal, es necesario hallar por lo menos cinco de los síntomas descritos para el trastorno depresivo mayor y estos deben surgir **durante el embarazo** o en las primeras **cuatro semanas después del parto** para el **DSM-5** o en las **primeras seis semanas** para el **ICD-11**.
- La depresión posparto se caracteriza por los mismos síntomas que la depresión en otras etapas de la vida e incluye los mismos cambios afectivos, conductuales, fisiológicos y cognitivos.

No confundir con la «maternity blues» o «baby blues»

- Este es un fenómeno temporal y leve.
- Se manifiesta en los primeros días después del parto.
- Tiene una prevalencia que oscila entre el 40% y el 60%.
- Se manifiesta con mal humor, irritabilidad, tristeza, ansiedad, cambios de humor, cansancio y llanto.
- Dura de 10 a 15 días desde el nacimiento del bebé y alcanza su pico máximo entre el tercer y cuarto día.
- Una parte importante de las mujeres que experimentan el baby blues tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno depresivo real en el futuro.



No confundir con psicosis puerperal

La **psicosis posparto** o **puerperal** es muy rara, afecta a menos de 2 mujeres de cada 1000 posparto y se caracteriza por síntomas graves como alucinaciones, cambios repentinos de humor, trastornos del sueño y preocupaciones obsesivas por el bebé. Ocurre en las primeras semanas después del parto y puede durar algunos meses. Es más común en mujeres con antecedentes personales o familiares de trastorno bipolar o esquizofrenia. Se asocia con un mayor riesgo de suicidio e infanticidio. En la fase aguda del trastorno muchas veces es necesario recurrir a la hospitalización en un centro psiquiátrico y a la administración de fármacos antipsicóticos y antidepresivos.

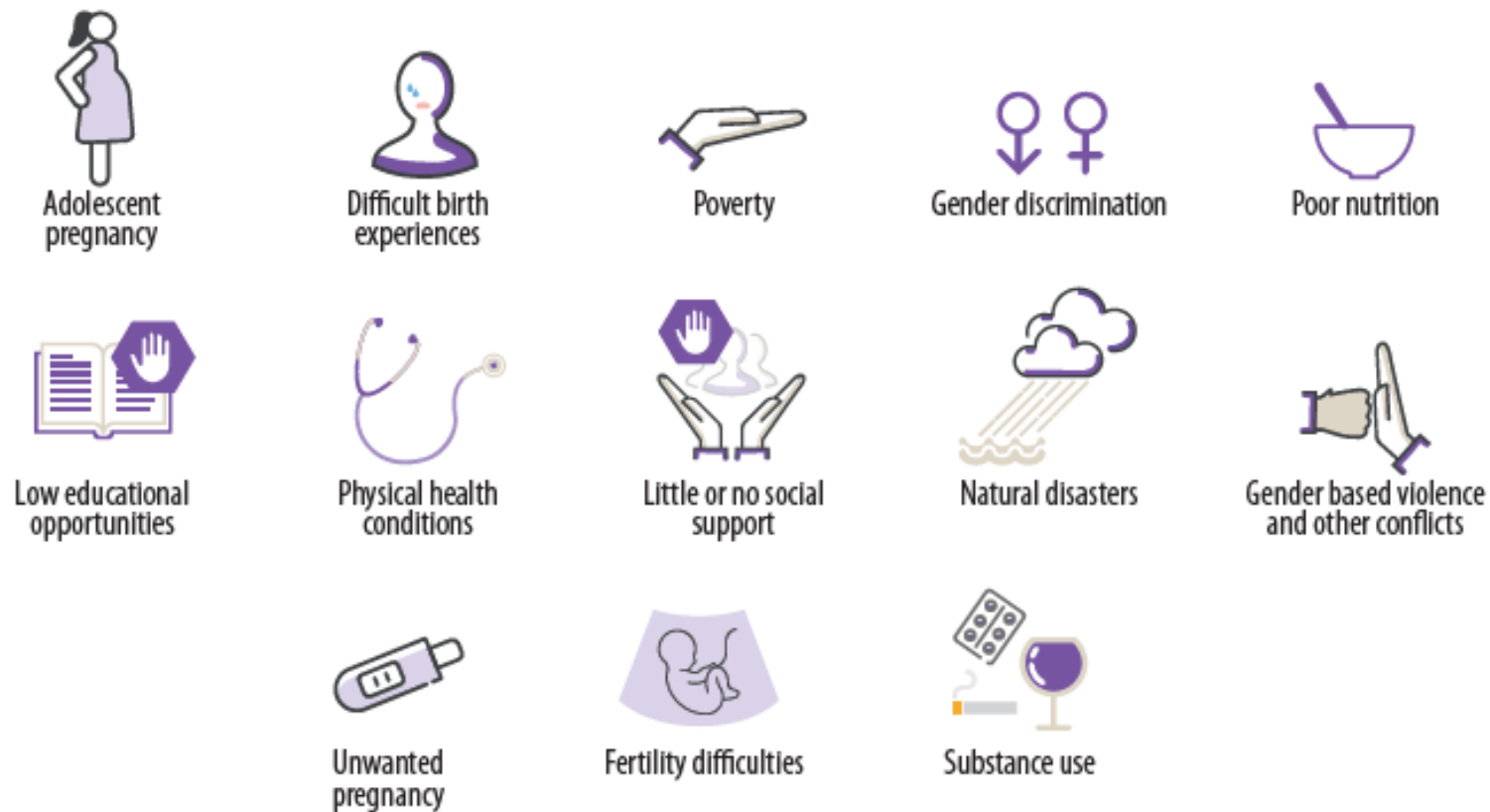




El **trastorno de ansiedad** se caracteriza por miedo generalizado o específico, evitación, inquietud, tensión muscular, dificultad para concentrarse e irritabilidad. Los síntomas de ansiedad durante el embarazo pueden llevar a dificultades en la vida diaria, en una mayor probabilidad de desarrollar ansiedad después del parto, a un parto prematuro y, en general, impactar negativamente en la relación madre-hijo. Prevalencia aproximadamente 8%.

¿Cuáles son los principales factores de riesgo? Informe de la OMS 2022

Fig. 2. Examples of risk factors for poor perinatal mental health



**Guide for integration of
perinatal mental health in
maternal and child health services**



Factores de riesgo confirmados

- Episodios previos de depresión mayor en la vida
- Relación insatisfactoria/conflictiva con la pareja
- Escaso apoyo familiar y social.
- Eventos estresantes durante la vida y antes/durante el embarazo (duelo, dificultades económicas, desastres naturales, guerras, etc.)



Factores de riesgo probables

- Edad de la madre
- Familiaridad con la depresión y otras patologías psiquiátricas.
- Complicaciones obstétricas (eclampsia o prematuridad)
- Parto de múltiples gemelos
- Enfermedad del recién nacido
- Vulnerabilidad a los cambios hormonales posparto

Factores de riesgo adicionales en el período pandémico

La cuarentena, la pérdida de la rutina y del apoyo social pueden impactar negativamente a las madres que acaban de dar a luz y a sus bebés (Brooks SK, 2020).

La cuarentena se asocia con altos niveles de estrés, depresión, irritabilidad, insomnio y mayor riesgo de suicidio (Gunnel D, 2020).

Con las medidas de distanciamiento social, en muchos casos la red de padres y amigos que constituye un factor protector de la salud mental ha desaparecido (Brown S, 2020; Topalidou A, 2020).

Desde el inicio de la pandemia, revisiones sistemáticas centradas en el período perinatal han informado:

- aumento de ansiedad y depresión en las madres
- aumento de violencia doméstica
- aumento de problemas laborales de las mujeres
- aumento del consumo de alcohol
- disminución de visitas prenatales
- dificultad para adaptar los servicios dedicados

¿Cuáles son las posibles consecuencias de la depresión perinatal?

Para la madre

Tiene un efecto negativo sobre la capacidad de cuidar.
Mayor consumo de alcohol y otras sustancias de abuso.
Aumento de peso debido a una dieta inadecuada.
Mayor riesgo de suicidio



Para la pareja

Compromete la relación de pareja
y las relaciones familiares

Para el padre



Se asocia con un mayor riesgo de
depresión.
Problemas de relación con el niño.

Para el niño

Aumento de la frecuencia cardíaca fetal
Reducción de la longitud fetal
Bajo peso al nacer
Retraso del crecimiento intrauterino
Trastornos del sueño
Síntomas psicósomáticos (asma, eccema)
Déficit de desarrollo cognitivo y emocional
Déficit en el desarrollo del lenguaje.
Trastornos del apego



Fonte: Craig M, Howard ML, BMJ Clinical Evidence 2009, Cox EQ, 2016, Howard ML, 2020



Research paper

Lifetime costs of perinatal anxiety and depression

A. Bauer^{a,*}, Martin Knapp^a, Michael Parsonage^b^a Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, Houghton Street, London WC2A 2AE, UK
^b for Mental Health, London, UK

Cost if we don't act

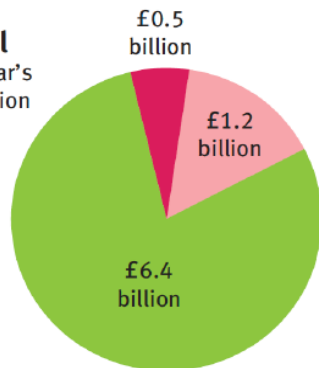
£8.1 bn

- £337m

Cost of taking action

Known costs of perinatal mental health problems per year's births in the UK, total: £8.1 billion

health and social care
other public sector
wider society



Of these costs

28%
relate to the mother

72%
relate to the child

Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Lemmi, V. & Adelaja, B. (2014).
Costs of perinatal mental health problems.

Estudio referente al periodo 2012-2013...

El coste de la depresión perinatal se estima en 78.478 esterlinas por mujer, alrededor de 3/4 **de esta cantidad se debe al impacto a largo plazo en el bebé.**

El coste de la ansiedad perinatal se estima en 34.811 esterlinas por mujer



¿Puede la depresión perinatal tener un impacto negativo en la salud psicofísica del feto?

Neuroscience and Biobehavioral Reviews 117 (2020) 26–64



Contents lists available at ScienceDirect

Neuroscience and Biobehavioral Reviews

journal homepage: www.elsevier.com/locate/neubiorev



Review article

Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy

Bea R.H. Van den Bergh^{a,b,*}, Marion I. van den Heuvel^c, Marius Lahti^d, Marijke Braeken^e, Susanne R. de Rooij^f, Sonja Entringer^{g,h}, Dirk Hoyerⁱ, Tessa Roseboom^{f,j}, Katri Räikkönen^d, Suzanne King^k, Matthias Schwab^l

^a Research Group on Health Psychology, Faculty of Psychology and Educational sciences, KU Leuven, Leuven, Belgium

^b Department for Welfare, Public Health and Family, Flemish Government, Brussels, Belgium

^c Merrill Palmer Skillman Institute for Child and Family Development, Wayne State University, Detroit, MI, USA

^d Department of Psychology and Logopedics, Faculty of Medicine, University of Helsinki, Helsinki, Finland

^e Rehabilitation Research Center, Biomedical Research Institute, Faculty of Medicine and Life Sciences, Hasselt University, Hasselt, Belgium

^f Department of Clinical Epidemiology, Biostatistics and Bioinformatics, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

^g Institute of Medical Psychology, Charité University Medicine Berlin, Berlin, Germany

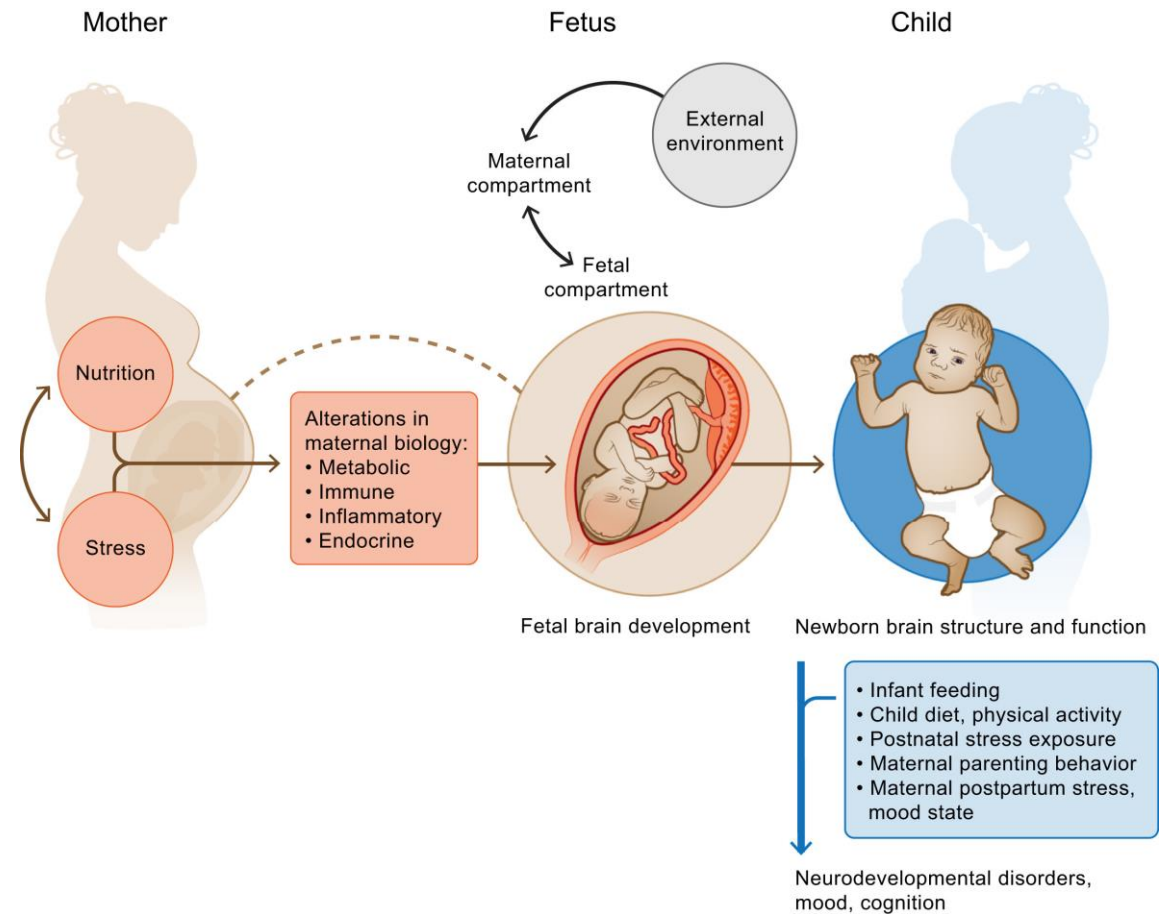
^h Development, Health and Disease Research Program, University of California, Irvine, Irvine, USA

ⁱ Biomagnetic Center, Hans Berger Department of Neurology, Jena University Hospital, Jena, Germany

^j Department of Obstetrics and Gynaecology, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, The Netherlands

^k Douglas Hospital Research Centre, and Dept. of Psychiatry, McGill University, Montreal, Quebec, Canada

^l Hans Berger Department of Neurology, Jena University Hospital, Jena, Germany



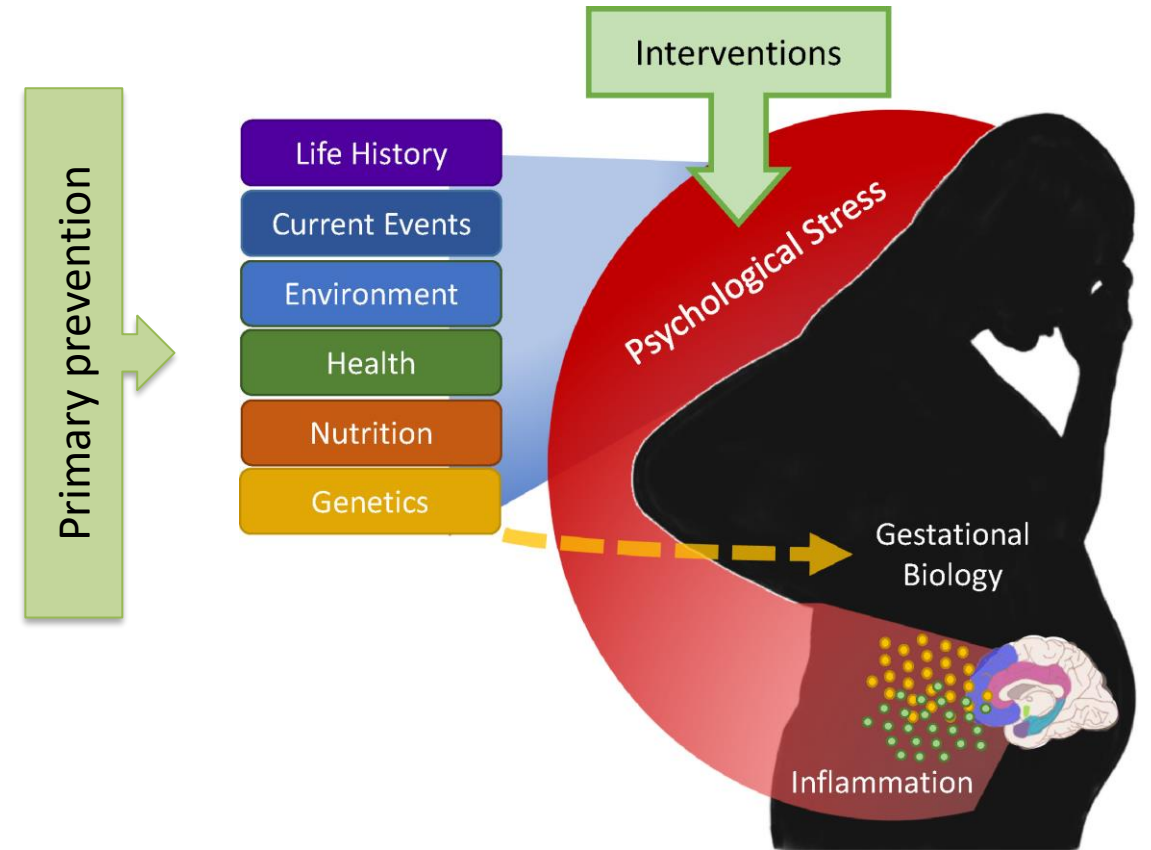
Evidencia de efectos a largo plazo en estudios epidemiológicos y clínicos.

- La depresión perinatal materna ha sido asociada en muchos estudios con alteraciones significativas en el desarrollo neuropsicológico del niño, como retraso en el desarrollo, prematuridad y funcionamiento cognitivo y socioemocional reducido del niño.
- Algunos de estos efectos se extienden hasta la adolescencia y afectan principalmente a la regulación emocional de los niños (retramiento social o impulsividad) y a la atención enfocada.
- No está claro si estos efectos pueden atribuirse a alteraciones fisiológicas asociadas a la depresión materna durante el embarazo, o si el sufrimiento vinculado a la depresión dificulta la aceptación del recién nacido por parte de la madre y el desarrollo de la relación madre-hijo, con consecuencias negativas a largo plazo.

Sin embargo, existen también estudios verificados que no destacan los efectos significativos del estrés materno (incluida la depresión) durante el embarazo en la salud mental de los hijos:

- las inconsistencias en la abundante literatura científica sobre el tema se ven afectadas
- de la dificultad objetiva de los estudios en humanos para identificar con certeza el período del embarazo en el que se produjo el estrés,
- La duración y extensión del mismo,
- La consideración de varios otros factores de riesgo,
- El efecto modulador del contexto familiar y social.
- Vulnerabilidades genéticas específicas.

Actuar sobre los factores de riesgo psicosocial e implementar intervenciones de apoyo psicológico parece ser una estrategia eficaz para reducir los efectos del sufrimiento psicológico en la mujer y su feto



La unidad madre/bebé para las mujeres con trastornos mentales graves en el periparto

- Las unidades madre-bebé (MBU) son un servicio de salud mental para pacientes hospitalizados donde las mujeres que sufren graves dificultades psiquiátricas posparto pueden ser admitidas con sus bebés.

Características de las MBU: función

- Admiten las madres junto con sus hijos, involucrando a otros familiares
- Proporcionar atención psiquiátrica a mujeres con problemas de salud mental perinatales graves que no pueden recibir tratamiento seguro o adecuado en casa.
- Proporcionar atención médica, de enfermería, psicológica y social a las madres y a sus bebés, satisfaciendo las necesidades emocionales y físicas de ambos.
- Promueven el tratamiento efectivo y la recuperación de la condición materna al mismo tiempo de que promueven el desarrollo de la relación madre-hijo.

Garantizar el desarrollo de la relación madre-recién nacido en una estructura protegida

Las MBU deberían estar separadas de la unidad psiquiátrica de adultos.

- Disponer de un espacio con las características adecuadas para fomentar las actividades de juego y la interacción entre madre e hijo (por ejemplo una alfombra con una selección de objetos y juegos adecuados a su edad) no sólo como una actividad espontánea y cotidiana, sino como un momento puntual de observación y intervención con la participación de personal especializado para promover la relación madre-hijo (ver modelo de infant-observation).
- Disponer de expertos para evaluar el neurodesarrollo del niño, sus habilidades adaptativas, la presencia de signos de riesgo y la relación madre-hijo. Dicha evaluación, que se realizará con herramientas específicas para grupos de edad, podría integrarse en el niño luego del año con una observación del juego.

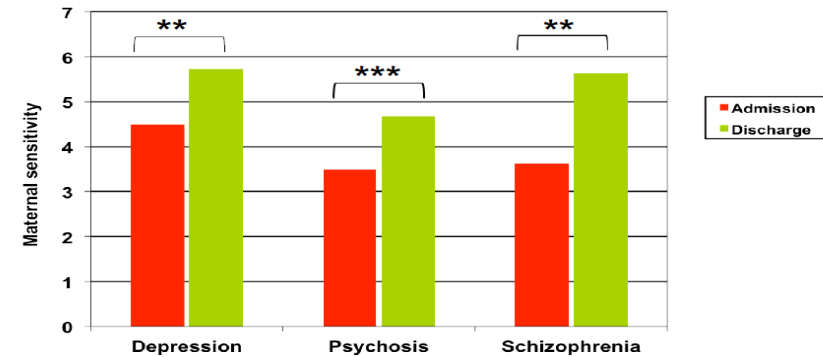


Mother-baby Unit en el mundo

- Gran Bretaña 19 desde 1948
- Francia 17 desde 1979
- Australia 9 desde 1983
- Bélgica 3 desde 1990
- Escocia 2
- Holanda 2 desde 1973
- Hungría 1 desde 2007 (Unidad Niño-Madre-Padre)
- India 1 desde 2009
- Sri Lanka 1 desde 2007

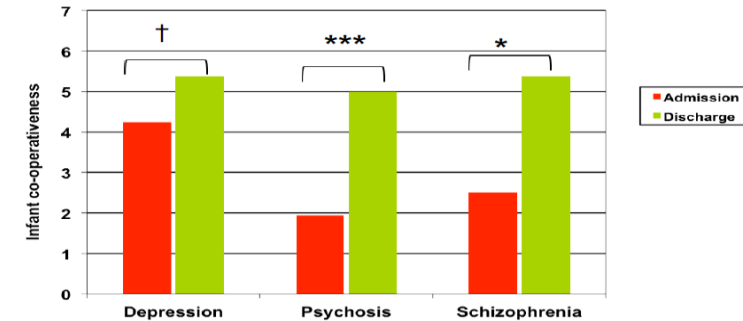


Maternal sensitivity



** $p < .01$, *** $p < .001$

Infant cooperativeness



† $p < .10$, * $p < .05$, *** $p < .001$

