



ALCANZANDO TUS METAS SE CUMPLIRÁN TUS SUEÑOS...

MANUAL

DEPRESIÓN POSTPARTO



ICEPH



ALCANZANDO TUS METAS SE CUMPLIRÁN TUS SUEÑOS...

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
POSTPARTO	4
DEPRESIÓN POSPARTO	6
DEPRESIÓN POSPARTO EN HOMBRES	7
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO	8
FACTORES DE RIESGOS DE DEPRESIÓN DURANTE EL POSPARTO	9
CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO	11
DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN POSPARTO	14
MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO	15
RIESGOS DE NO TRATAR LA DEPRESIÓN POSTPARTO	16



ALCANZANDO TUS METAS SE CUMPLIRAN TUS SUEÑOS...

INTRODUCCIÓN

La Depresión Post Parto (DPP) es un trastorno depresivo del ánimo que se caracteriza por la falta de interés y rechazo de las madres con sus hijos. Este estado se presenta durante el primer mes del puerperio (postparto) o poco después, y por lo general, los síntomas alcanzan su intensidad máxima entre las 8 y las 12 semanas después del parto.

La depresión postparto se caracteriza principalmente en las madres en un ánimo depresivo, en un desinterés en el cuidado del nuevo hijo, en culpabilidad, ansiedad, y una percepción desesperanzadora y angustiosa de la vida, de sí misma y de su entorno. Es un tipo de depresión que no afecta únicamente el funcionamiento emocional de una madre, sino prácticamente todos los aspectos de su vida.



POSTPARTO

El embarazo y el postparto son periodos de profundos e importantes cambios biológicos, psicológicos e interpersonales para la vida de muchas mujeres. Las reacciones transitorias de tristeza y ansiedad, son bastantes comunes durante este proceso, sin embargo, existen grupos de mujeres que sobrepasan la línea de la “normalidad”, experimentando síntomas compatibles con un trastorno mental, ya sea por primera vez o presentando recaídas de una enfermedad preexistente (Gaviria, 2009).

Durante las últimas décadas, la idealización de la maternidad, la falsa creencia de que el embarazo era protector para la salud psíquica de las mujeres y la falta de estudios en esta población (Molina, 2006), conllevaron a que los trastornos psiquiátricos durante el *embarazo* y el *puerperio*, no recibieran diagnósticos, ni intervenciones como en otras etapas de la vida. Esto último es lo que generó los mayores cuestionamientos, puesto que el puerperio es para la mujer un período de vulnerabilidad máxima frente al inicio de la enfermedad o de recaída, ya sea depresiva, maníaca o psicótica (García-Esteve, Ascaso, Ojuel y Navarro, 2003).

De acuerdo a lo anterior, se entiende por puerperio o postparto, al período que se inicia con el nacimiento de un bebé y expulsión de la placenta, y se prolonga durante varias semanas (entre 6 a 12). Es un periodo de ajuste en el cual el organismo regresa a su estado no gestacional, predominando procesos involutivos y reparativos de los sistemas que se modificaron durante la gestación, así como cambios endocrinos que permiten el inicio de la lactancia, el reinicio del ciclo ovárico y la menstruación (Cunningham, Gary, Leveno, 2005). Estas definiciones, son las aceptadas entre los profesionales de la salud, sin embargo, en la medida que solo se consideran aspectos físicos, algunos especialistas consideran que el puerperio se extiende por más tiempo incluyendo también aspectos emocionales y del sistema nervioso que podrían durar hasta cerca de los dos años de vida del niño(a).



Es a partir del periodo del posparto, que la maternidad se convierte en una función que lleva tiempo establecerse, y de ahí la importancia de darles a las madres todo el apoyo emocional, la orientación y los cuidados físicos que se requieren. Así mismo, durante este periodo, se desarrollan conductas psicológicas que conllevan a una adaptación física y a la creación de lazos afectivos con el recién nacido.

Frente a lo señalado, se debe dar cuenta que el puerperio se divide en tres periodos, (Cunningham, Gary, Leveno, 2005);

1. *Puerperio inmediato*: Primeras 24 horas después del parto.
2. *Puerperio mediano*: Se extiende hasta la primera semana postparto.
3. *Puerperio tardío*: Incluye el periodo de tiempo requerido para la involución de los órganos genitales y el reinicio de la menstruación, usualmente 6 semanas en las mujeres no lactantes, y el regreso de la función cardiovascular normal y psicológica, las cuales pueden requerir meses.

El posparto es uno de los periodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo. Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto, entre ellos, algunas mujeres experimentan síntomas transitorios y leves. Sin embargo, entre 8 y 25% de las mujeres manifiestan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. En este último grupo, permanecen sin diagnosticar el 50% de los casos.

La causa específica de depresión se desconoce en muchos casos, pues parece ser el resultado de una combinación de factores como predisposición genética (historia familiar), bioquímicas (desequilibrio de neurotransmisores), factores del ambiente y estrés (pérdida de un ser querido, problemas económicos, problemas en las relaciones interpersonales, cambio significativo de vida, etc.), factores hormonales y reproductivos (ciclo menstrual, embarazo, aborto, posparto y menopausia), factores psicológicos y



sociales (baja autoestima y tendencia a la preocupación excesiva), (Regier DA, Farmer Raes, 1993). Es así, como las mujeres específicamente, pueden sufrir tres tipos de alteraciones durante el periodo del postparto: *Disforia posparto o Maternity Blues*, *Depresión posparto* y *Psicosis posparto*.

DEPRESIÓN POSTPARTO

La depresión posparto (DPP) es un tipo de depresión que afecta a algunas mujeres poco después de dar a luz. Es común que las mujeres experimenten trastornos temporales del humor o melancolía después de dar a luz. Sin embargo, si el trastorno dura más que unos cuantos días, se denomina depresión posparto. Se considera depresión posparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento. Consiste en una fuerte vulnerabilidad a la depresión que empieza de manera importante entre las 4 y 6 semanas postparto, alcanzando su intensidad máxima entre las 8 y las 12 semanas, en las cuales las progenitoras experimentan diferentes síntomas, como las ideas de culpa y minusvalía, que en forma habitual se encuentran en los deprimidos, aquí se traducen en sentimientos de incapacidad para asumir el rol de madre y reticencia a hacerse cargo del cuidado del hijo.

La depresión posparto o depresión puerperal, es un trastorno mental de alta prevalencia y que provoca alteraciones emocionales, cognitivas, comportamentales y físicas que se inician de manera insidiosa, durando incluso semanas después del parto. Es así como el DSM-V (Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales, quinta edición) definió a la depresión mayor con comienzo en el postparto, como episodios de depresión que comienzan hasta 4 semanas luego del mismo. Así también, se reconoce que una depresión posparto puede ser *leve/moderada*, como *severa*.

Ahora bien, la relación existente entre el período postparto y las alteraciones emocionales, especialmente la psicosis, se remonta a Hipócrates (700 a. C.). Algunos consideran que Trotula (s.XI d. C.), doctora en Salerno, fue la primera que reconoció la depresión posparto como entidad, en su libro “De Passionibus Mulierum Curandarum”,



al señalar que; *“Si el útero está muy húmedo, el cerebro se llena de agua, y la humedad cae hacia los ojos, forzándoles involuntariamente a derramar lágrimas”* (Brockington, 2005, p. 2). Así también, el psiquiatra 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 (Olza, García-Esteve, Lasheras y Farré, 2011).

Una de las descripciones más extendidas de la depresión postparto, 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.

En la actualidad los problemas de salud mental perinatales asociados con el embarazo, el parto y el primer año posterior al parto se han comenzado a reconocer como un asunto importante de salud pública, puesto que más del 16% de las mujeres que dan a luz tienen probabilidad de desarrollar un nuevo episodio de depresión mayor o menor en el intervalo entre la concepción y los tres primeros meses posteriores al parto. En el caso específico de la depresión postparto, a nivel clínico es indistinguible de otros tipos de depresión mayor fuera del puerperio, aunque aquí se puede distinguir que es más marcada la tendencia al llanto y la labilidad emocional.

DEPRESIÓN POSPARTO EN HOMBRES

Los hombres que son padres también pueden experimentar depresión posparto (a veces denominada depresión posparto paterna). Pueden sentirse tristes o tener cansancio, estar abrumados, experimentar ansiedad o sufrir cambios en sus patrones habituales de sueño y alimentación (los mismos síntomas que experimentan las madres con depresión posparto).

En el caso de los padres que son jóvenes, que tienen una historia clínica de depresión, que experimentan problemas en las relaciones o tienen dificultades



ALCANZANDO TUS METAS SE CUMPLIRAN TUS SUEÑOS...

financieras, presentan un mayor riesgo de sufrir depresión postparto, y los efectos negativo pueden recaer en las relaciones de pareja y en el desarrollo de los hijos, al igual que en la depresión posparto de las madres.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO

Conforme a lo planteado en líneas anteriores, los signos y síntomas en la depresión postparto son más intensos y duran más tiempo, eventualmente, pueden interferir en la capacidad para cuidar al bebé y realizar otras tareas diarias. Los síntomas generalmente se desarrollan dentro de las primeras semanas después del parto, pero pueden comenzar antes, durante el embarazo, o más tarde (hasta un año después del nacimiento).

Dentro de los signos y síntomas de la depresión postparto se distinguen los siguientes:

- | | |
|--|---|
| - Estado de ánimo deprimido o cambios de humor graves | - Irritabilidad y enojo intensos |
| - Llanto excesivo | - Miedo a no ser una buena madre |
| - Dificultad para relacionarse con el bebé | - Desesperanza |
| - Aislarse de familiares y amigos | - Sentimientos de inutilidad, vergüenza, culpa o insuficiencia |
| - Pérdida del apetito o comer mucho más de lo habitual | - Disminución de la capacidad de pensar con claridad, concentrarse o tomar decisiones |
| - Incapacidad para dormir (insomnio) o dormir demasiado | - Inquietud |
| - Fatiga abrumadora o pérdida de energía | - Ansiedad grave y ataques de pánico |
| - Interés y placer reducidos en las actividades que se solía disfrutar | - Pensamientos acerca de lastimarse a sí misma o al bebé |
| | - Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio |



ALCANZANDO TUS METAS SE CUMPLIRÁN TUS SUEÑOS...

Ahora bien, se debe dar cuenta que existen signos y síntomas específicos para identificar los casos de depresión postparto leve/moderada y severas, como se describe a continuación.

1. *Depresión postparto leve/moderada:* Las mujeres con enfermedades de leve a moderada generalmente no manifiestan comportamientos suicidas o evidente deterioro del funcionamiento, y es menos probable que desarrollen complicaciones tales como rasgos psicóticos y características catatónicas.
2. *Depresión postparto severa:* Las mujeres gravemente enfermas suelen reportar la ideación y el comportamientos suicidas, por lo general demuestran un deterioro obvio del funcionamiento y a menudo manifiestan un mal juicio, que coloca a ellas y a otros (incluido el recién nacido y demás niños a cargo de ellas), en riesgo de daño inminente. También, es más probable que las mujeres con depresión posparto severa desarrollen complicaciones tales como rasgos psicóticos y rasgos catatónicos.

FACTORES DE RIESGOS DE DEPRESIÓN DURANTE EL POSPARTO

Como se ha entendido, la depresión está clasificada como un trastorno afectivo, lo que implica cambios en el humor, es decir que los efectos de la depresión están circunscritos al funcionamiento emocional. Sin embargo, el impacto de la depresión es mucho más profundo, afectando prácticamente todos los aspectos de la vida de una persona.

La depresión hoy en día se constituye como un problema importante de salud pública, es por esto que se torna relevante dar a conocer ciertos factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la depresión posparto, esto con el fin de informar y ayudar en su prevención en caso de embarazo.

Dentro de los factores de riesgo asociados a DPP se encuentran los siguientes (Robertson E, Grace S, 2004):



ALCANZANDO TUS METAS SE CUMPLIRAN TUS SUEÑOS...

- Historia pasada de psicopatología (especialmente depresión y ansiedad)
- Presencia de alteraciones psicológicas durante el embarazo (presencia de ansiedad general, no aceptación del embarazo). o Complicaciones obstétricas durante el embarazo, el parto o después del mismo (principalmente embarazos de alto riesgo, la experiencia del parto y las complicaciones obstétricas)
- Depresión posparto previa
- Antecedentes de Trastornos de la alimentación
- Abuso físico, emocional o sexual en la infancia
- Embarazo no planeado y/o deseado
- Condición socioeconómica comprometida
- Bajo nivel educacional
- Falta de apoyo familiar y/o social
- Falta de comunicación con la pareja
- Abandono o separación de la pareja
- No contar con un compañero
- Fallecimiento, abandono o separación de un familiar o ser querido

CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO

De acuerdo a lo previamente expuesto, existen una gran cantidad de factores que pueden incidir en la depresión postparto, pero también, cabe señalar que estos mismos factores luego pueden ser afectados en gran medida por la DPP, puesto que como se mencionó anteriormente, este tipo de depresión no afecta únicamente el funcionamiento emocional, sino prácticamente todos los aspectos de la vida de una persona. De aquí es que se debe entender este tipo de depresión como un problema jurídico psicosocial, al afectar una serie de áreas como las que se mencionarán a continuación.

➤ Relación entre madres e hijos:

Relato de Emilia (Mujer con DPP):

“Yo soñaba con quedar embarazada y ser mamá, y afortunadamente no me costó mucho. Pero cuando ya había nacido me sentía incapaz... como que me había quedado grande la pega. Todo me agotaba, ni siquiera tenía ganas de abrir las cortinas de mi pieza. Miraba a mi guagua y si ella lloraba, yo lloraba más fuerte. Lo peor es que tampoco me daban ganas de acurrucarla... sólo la miraba y gritábamos juntas. Ahí empecé a tener problemas con la leche y más inútil me sentía. En el fondo, estaba como en un círculo vicioso y no podía imaginarme un futuro feliz, pensaba que me quedaría eternamente pegada en mi pena”

El relato antes señalado ha permitido complementar lo establecido por las evidencias científicas, las cuales describen que las madres con depresión postparto (que generan sentimientos de incapacidad para asumir el rol de madres y que se rehúsan a hacerse cargo del cuidado de los hijos), presentan evidentes dificultades para satisfacer las necesidades básicas de los recién nacidos; alimentación, lactancia, aseo, baño, vestido, estimulación motriz y cognitivas (que forman el desarrollo integral de los recién nacidos), se les dificulta el vínculo

afectivo madre e hijo y el cual luego se traduce en un apego inseguro (Angulo Arias, 2015).

Las madres con DPP, tienen menos disposición a estimular a sus hijos mediante interacciones vocales, físicas y de juego, actuando desde el mal humor para ocuparse de las necesidades de los bebés. De esta manera, la depresión presentada en las madres es transmitida al neonato, el cual genera que se produzcan alteraciones en el comportamiento de los niños, tales como mayor frecuencia de llanto, dificultades para ser calmados, dificultades en el aprendizaje, evitación del contacto visual con la madre (establecimiento de apegos inseguros) y alteraciones en el desarrollo psicomotor y de socialización (Angulo Arias, 2015).

En este sentido, las dificultades en el apego entre madres y bebés, genera mayores probabilidades de que en la infancia los niños desarrollen un trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Así mismo, los niños y niñas de madres con DPP presentan mayor dificultad en el contacto social, menor autoestima, mayor conducta agresiva y mayor predisposición a padecer trastornos de la serie depresivo ansioso en la juventud (Mendez, Cerezo, 2014).

➤ **Alteraciones en la dinámica familiar y social.**

Relato de Emilia:

*“Hubo un día en que hablaba con mi hija mayor y parecía que ella no estaba oyendo. Ahí, ella comenzó a llorar, yo hablaba con ella y ella no me oía. Ahí, yo...
tuve la sensación de que iba a golpearla y vomitar”*

La depresión en sí es una enfermedad crónica que afecta la vida familiar y reduce la capacidad de adaptación social tanto de una madre como de la familia. En el caso de las mujeres con DPP, el miedo a no conseguir en la interacción con el hijo controlar lo que se manifiesta dentro de ellas en el contacto con otros, provoca grandes sufrimientos en las madres, pues se sienten amenazadas por algo que no reconocen como parte de ellas (agresividad). Es así, como el comportamiento



agresivo es percibido por las familias que sufren al verlas intentando agredir a otras personas de su convivencia y también se ven con dificultades para la contención de estos acontecimientos (Barbosa, Rodríguez, 2016).

Ya sea de forma física o verbal, el comportamiento agresivo de las mujeres que sufren de DPP, causa malestar y sufrimiento a la familia y principalmente a los hombres que además de transformarse en objetivos, muchas veces no reconocen lo que allí se presenta como parte de la personalidad de las mujeres que, a los ojos de ellos se transforman en otras personas a quienes no reconoce.

Ahora bien, los episodios de agresividad no son los únicos que terminan afectando las relaciones de las madres con sus cercanos, ya que también lo hacen los demás estados negativos que vivencian las mujeres, como los estados de ánimo deprimidos, los cambios de humor graves, la pérdida de energía y por sobre todo el desinterés y la pérdida del placer de las actividades que se solía disfrutar, las cuales terminan generando un aislamiento de la familia, amigos y cercanos.

Por último, también se debe dar cuenta que muchas veces las condiciones socioeconómica de las familias también se ven comprometidas producto de la DPP, puesto que el estado de ánimo deprimido de las madres, junto con su incapacidad para dormir o dormir demasiado, su pérdida de energía, irritabilidad y enojo intensos, afectan directamente sus actividades laborales, al punto de ausentarse frecuentemente en el trabajo o de disminuir su rendimiento. De la misma forma sucede con la pareja o con el resto de la familia, que deben hacerse cargo de los cuidados del niño y al mismo tiempo, del sufrimiento de la madre.

En definitiva, las relaciones interpersonales de una mujer con su pareja, padres, hijos, amigos y cercanos, cambian durante y después del embarazo.



DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN POSPARTO

La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo o en el posparto son de gran importancia, no sólo por su asociación con los indicadores de morbilidad que veremos más adelante, sino también, por las consecuencias y complicaciones analizadas hasta hora. Es por esto, que en los últimos años se ha intentado optimizar el diagnóstico y poner a disposición tratamientos tempranos y eficientes para prevenir y tratar estos trastornos.

En el caso específico de la depresión postparto, el diagnóstico se hace clínicamente, mediante entrevistas y cuestionarios, con el fin de identificar si una madre padece de algún trastorno depresivo que pueda afectar la maternidad. El inventario de depresión posparto de Beck (DBI) y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EDPS) han sido ampliamente utilizadas para evaluar la depresión posparto, el BDI como escala genérica para evaluar sintomatología depresiva y el EDPS como escala específica para evaluar depresión posparto.

La escala EDPS fue diseñada por Cox, Holden y Sagovsky en 1987 en Edimburgo, esencialmente para detectar estados depresivos en el período post natal. Es un instrumento específico muy utilizado y muy importante en estudios actuales sobre el ámbito de la salud materno infantil, sobre todo en la población anglosajona. Este cuestionario ha mostrado una sensibilidad del 88% y una especificidad del 92.5 % para depresión mayor. Su aplicación dentro de las 3 o 4 primeras semanas pueden llegar a ser fundamentales, puesto que contribuyen a una mejor efectividad en el diagnóstico precoz.



MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO

Para el manejo y tratamiento de la depresión postparto se recomiendan diferentes técnicas, puesto que depende específicamente de si la DPP es leve/moderada o severa.

1. *Depresión postparto leve/moderada:* Frente a este tipo de condición, normalmente se administra terapia en pacientes ambulatorios o atención hospitalaria parcial durante el día, ya que se sugiere la psicoterapia como tratamiento inicial; este enfoque es coherente con las guías de práctica clínica y es especialmente útil para madres lactantes, que no desean exponer a sus bebés a los antidepresivos (Putnam K, Robertson-Blackmor, 2015).
 - **Intervenciones Psicoterapéuticas:** Muchas mujeres con depresiones leves a moderadas pueden ser tratadas exclusivamente con psicoterapia. Tanto las técnicas de relajación, la terapia cognitivo-conductual, como la psicoterapia de apoyo pueden ser muy útiles para tratar la ansiedad que frecuentemente acompaña a la depresión. Así mismo, para los síntomas anímicos, siempre que no sean intensos, suele preferirse la terapia cognitivo conductual (TCC) o la psicoterapia interpersonal (Interpersonal Psychotherapy (PIP)). Por lo general se usan en su modalidad individual, pero también se pueden emplear en su versión grupal (Moreno Z, Domingues C,b 2004). Lo fundamental es que las intervenciones modifiquen tanto los síntomas depresivos como el vínculo con los hijos.
2. *Depresión postparto severa:* Las mujeres con depresión severa deben ser referidas a un psiquiatra para el manejo y a menudo requiere hospitalización, para tratar la depresión mayor con rasgos psicóticos o catatónicos. Ahora bien, con respecto al manejo de este tipo de depresión, la psicoterapia casi siempre se indica como un adyuvante a la farmacoterapia (que se basa en la utilización



ALCANZANDO TUS METAS SE CUMPLIRAN TUS SUEÑOS...

de medicamentos antidepresivos) y se recomienda que reciban psicoterapia inicial y se siga evaluando su progreso hasta que respondan.

Dentro de los antidepresivos más usados se encuentran los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), de elección la paroxetina o sertralina para el tratamiento inicial; debido a que los efectos adversos en los lactantes han demostrado ser más bajos; además los estudios sugieren que la paroxetina y la sertralina, son generalmente indetectables en sangre de los lactantes que se exponen a través de la leche materna. Sin embargo, el citalopram también se considera una alternativa razonable (Singh SP, Singh V, 2015).

RIESGOS DE NO TRATAR LA DEPRESIÓN POSTPARTO

Como se ha evidenciado hasta hora, la presencia de síntomas mentales graves durante el posparto es de gran importancia, no sólo por las consecuencias psicológicas que se genera en las madres y los hijos, sino también por cómo se ve afectado el desenvolvimiento social de la madre. He de aquí, que actualmente se ha buscado optimizar los métodos de prevención y de trato del postparto, pues se ha comprendido que al ser un período de mucha vulnerabilidad ante el desarrollo e intensificación de enfermedades psiquiátricas, afecta también directamente el ámbito legal o jurídico, puesto que durante la DPP, surge la aparición tentativa de suicidio y de parricidio.

El suicidio postparto se ha convertido en una grave causa de preocupación de los riesgos de no tratar la DPP. Una tasa de mujeres recién dadas a luz se ha elevado de manera vertiginosa, llevando a éstas a atentar en contra de su vida a tan solo unas semanas después de haber tenido a sus bebés. Los estudios han indicado que es la segunda causa de muerte más frecuente entre mujeres en periodo postparto, representando un promedio de 1 de cada 5 mujeres en esta etapa.

De la misma forma sucede con el filicidio (delito que consiste en atentar contra la vida y que es cometido por un progenitor hacia un hijo propio), puesto que estudios han



demostrado que cuando hay comorbilidad con depresión postparto la tasa de filicidio puede llegar a ser hasta del 4,5%.

Ahora bien, en relación a lo anterior, se debe esclarecer que el suicidio y el filicidio, no necesariamente son cometidos o intentan ser efectuados por las madres primerizas con DPP o que han desarrollado previamente una psicopatología, sino que puede ser en cualquier caso. Esto se puede evidenciar en dos situaciones, la primera con el caso de Sasha Hettish, una joven norteamericana madre de dos niños, una niña de 3 años y un bebé de 5 meses, quien se suicidó el día de Navidad. Sasha fue encontrada muerta en su coche, con su hija de tres años accurrucada contra ella y el bebé en la sillita, ambos con síntomas de hipotermia. Esta madre presentó depresión posparto después del nacimiento de su hija mayor, de tres años, de la que nunca se recuperó.

El segundo caso que conmocionó a la opinión pública, fue el de una joven chilena que padecía depresión postparto, la cual intentó atentar contra su vida y la de su hijo de un año y seis meses. Esta joven anunció tal crimen por la red social Facebook, donde escribió: *“Hoy sábado 28 de julio mi vida junto a la de mi hijo menor terminan. Mi vida no tiene sentido, estoy vacía por dentro. Siento que nadie me quiere y no tengo ni un norte ni un sur. Yo con mi hijo menor nos vamos de este mundo y no quiero dejarlo en esta vida”*. A raíz de la misma publicación la madre de la mujer asistió a la propiedad encontrando a su hija y su nieto con profundas lesiones, inmediatamente llamó por ayuda y ambos fueron trasladados a un centro asistencial, lugar donde el niño murió producto de los cortes, y donde la joven logró sobrevivir.

Las personas con depresión no optan por sí mismas, pero sí lo hacen por la derrota, ven en el fracaso algo natural o inevitable, es por esto, que la muestra de estos preocupantes antecedentes, no hace más que afirmar la importancia de tratar cualquier tipo de depresión. En ocasiones, las personas con depresión son incapaces de pedir ayuda, por lo que es fundamental que el entorno, la pareja, amigos y familiares, estén pendientes de la madre reciente para poder reaccionar ante el mínimo síntoma.



ALCANZANDO TUS METAS SE CUMPLIRAN TUS SUEÑOS...