

Trastornos depresivos del embarazo y el puerperio

DRA. MARTA B. RONDÓN

La experiencia de la maternidad es muy gratificante y compleja desde el punto de vista psicológico, constituyendo la etapa más crítica del desarrollo femenino. Por tanto, no debe sorprendernos que muchas mujeres experimenten diversas molestias y desórdenes emocionales, tanto durante el embarazo como durante el puerperio. Para garantizar que tanto las mujeres embarazadas o puerperas y sus familias disfruten de la experiencia de traer un nuevo ser al mundo, es preciso reconocer y tratar adecuadamente estos desórdenes.

TRASTORNOS DURANTE EL EMBARAZO

Nos gustaría creer que durante el embarazo disminuyen los trastornos psiquiátricos en general y los desórdenes emocionales en particular. En efecto, hay evidencia que se producen menos hospitalizaciones psiquiátricas durante el embarazo. La mayor tasa de hormonas circulantes –cuyo efecto protector es bien conocido– y la mayor atención que suponemos reciben las mujeres embarazadas nos permitirían explicar este hecho.

En nuestro país, muchas mujeres no tienen acceso a cuidado prenatal ni atención profesional del parto (Rondón, 2004), de modo que no tenemos cifras acerca de la incidencia de desórdenes psiquiátricos en esta época.

Desafortunadamente, hay estudios que señalan que los médicos no diagnostican adecuadamente los trastornos emocionales en la gestación y que las propias familias niegan la existencia de un trastorno, atribuyéndolo a “cambios normales”. Lo que sabemos actualmente es que el bienestar emocional durante la gestación es un asunto bastante individual que no se presta a generalizaciones derivadas de las teorías psicodinámicas clásicas, sino que más bien se relaciona con:

- Estabilidad emocional previa
- Actitudes hacia la feminidad
- La relación con la madre
- La relación con el esposo

- La preparación para las tareas de la crianza
- Enfermedad mental previa
- Presencia de otros niños
- Apoyo práctico
- Aborto inducido previo
- Estatus social y económico
- Embarazo de alto riesgo médico

Si bien la incidencia de hospitalizaciones disminuye durante el embarazo – parece que hay menos episodios severos de psicosis o trastorno emocional– se ha registrado un aumento relativo de las manifestaciones leves de obsesividad, cuadros fóbicos, de pánico, irritabilidad y diversos grados de depresión.

Depresión en el embarazo

Frecuencia

Se ha comunicado que hasta el 70% de las gestantes evaluadas mediante el Cuestionario de Beck, presentan síntomas depresivos durante los dos primeros trimestres, aunque se debe tener cuidado con esta cifra, pues el CDB incluye algunos síntomas, como los cambios en el patrón del sueño el apetito, y la imagen corporal que se relacionan con el embarazo en sí mismo.

Tampoco se debe dejar de tomar en cuenta, sobre todo en las áreas económicamente poco privilegiadas, la probabilidad de que los síntomas correspondan a anemia, a diabetes gestacional y aún a desórdenes tiroideos subclínicos.

Esta alta tasa de síntomas depresivos sin embargo no se puede descartar, sin prestar atención a algunos factores de presentación casi universal, que redundan en el bienestar emocional de la mujer:

- Las alteraciones hormonales y físicas pueden dar lugar a alteraciones de las funciones corporales y disforias
- La alteración de la imagen corporal y la incertidumbre respecto de su recuperación son motivo de ansiedad
- La preocupación acerca de la integridad, normalidad y salud del feto y el temor de ponerlo en peligro inadvertidamente pueden ser abrumadoras

Psiquiatra asistente, Hospital Edgardo Rebagliati Martins
Profesora del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad
Peruana Cayetano Heredia



Alrededor del 10% de gestantes pueden presentar depresión mayor durante el embarazo, cifra que no se aleja mucho de las tasas en mujeres no gestantes. Estudios recientes demuestran que los síntomas depresivos son tan comunes durante el embarazo como en el puerperio, aunque la depresión puerperal ha recibido tradicionalmente más atención. (Evans J, Heron J, Francomb H, y col., 2001).

Pero, si la mujer ha tenido depresiones antes, su riesgo de deprimirse durante el embarazo es de 24% y si una mujer ha tenido tres o más episodios depresivos durante su vida, (y por tanto requiere medicación antidepressiva continua) la probabilidad de que presente una depresión si se suspende la medicación durante la gestación es 88%. (Steiner y Tam, 1999)

Factores de riesgo

Los factores de riesgo que se describen para la depresión prenatal son:

- Antecedente personal o familiar de depresión, por lo que debemos preguntar minuciosamente, sobre todo respecto de las parientes mujeres
- Corta edad, tanto por la interrupción del crecimiento personal, como por la falta de experiencia que permita afrontar las nuevas demandas de rol
- Evento vital estresante reciente, en los últimos doce meses, ya sea negativo o positivo
- Conflicto conyugal
- Ambivalencia o rechazo frente al embarazo, siendo la ambivalencia más difícil de abordar en el manejo psicoterapéutico
- Falta de apoyo de cónyuge o familiares
- Mayor número de hijos

TRASTORNOS DURANTE EL PUERPERIO

El puerperio, una etapa de alta vulnerabilidad psicológica para la mujer, se define como un periodo de 45 días después del parto, pero los psiquiatras convenimos en considerar puerperal todo desorden que aparece hasta un año después del parto. En esta etapa ocurre una gama de alteraciones emocionales que van de la tristeza materna (o *blues*) hasta la depresión mayor con manifestaciones psicóticas.

La tristeza materna

Se considera un evento, no un desorden del puerperio. Afecta alrededor del 85% de las puérperas, aparece del segundo al quinto día postparto, alcanza su punto máximo del quinto al séptimo día y remite espontáneamente en dos semanas. Parece ser más frecuente en mujeres hipocondríformes y en aquellas con antecedente de disforia premenstrual. Se caracteriza por insomnio, irritabilidad, pesadumbre, fatiga, llanto

fácil. No requiere tratamiento, pero se debe brindar educación a la madre y sus familiares acerca de su existencia, para evitar ansiedades innecesarias y sobre todo para que se reporte rápidamente si el estado de tristeza aumenta en vez de desaparecer en dos semanas. (Rondón, 2003)

La depresión

En el puerperio es frecuente: hasta 30% de las mujeres dos semanas después del parto presentan puntajes del Cuestionario de Beck compatibles con depresión. (Cutrona, 1982) La depresión puerperal tiene una prevalencia similar a la depresión mayor en otras épocas de la vida, por lo menos.

No se ha demostrado la etiología biológica de la depresión puerperal, a pesar de lo atractiva que es esta hipótesis. Todas las mujeres puérperas atraviesan por los mismos cambios hormonales masivos, y están sujetas, poco más o menos, a similares demandas de adaptación por el cambio de roles. Sin embargo no todas hacen depresión clínicamente importante. Esto nos lleva a aceptar la existencia de una vulnerabilidad biológica específica, al igual que en la disforia premenstrual. (Stewart, Robertson, Dennis y col, 2004)

Durante los primeros días post parto disminuyen las tasas de estrógeno y progesterona y se realizan cambios en el metabolismo del cortisol. La mitad de las puérperas, por ejemplo, no suprimen dexametasona. Además, hay un estado hipotiroideo que puede durar hasta un año.

Son factores de riesgo para depresión puerperal:

- Antecedente personal o familiar
- Estresores durante el año previo
- Ambivalencia
- Conflicto conyugal
- Falta de apoyo social y familiar
- Hipotiroidismo
- Factores obstétricos
- Mala salud del niño
- Falta de experiencia en la crianza
- Estatus socioeconómico bajo
- Mala relación de la mujer con su propia madre

Manejo

Las implicaciones éticas y prácticas de tratar o no tratar dan lugar a infinitas discusiones, juntas médicas y ansiedad para la mujer, sus familiares y su médico tratante.

La primera salida puede ser, simplemente no tratar. Se evita así la exposición del recién nacido a los efectos indeseables, no bien determinados aún, de la exposición a sustancias psicoactivas. La exposición a la depresión en el periodo prenatal sin embargo, presenta riesgos muy claros:



- Falta de cuidado físico, que incluye inasistencia al control prenatal, falta de cumplimiento de las indicaciones, falta de higiene, mayor propensión a infecciones, incluidas infecciones de transmisión sexual (ITS), uso de sustancias como alcohol y benzodiacepinas como automedicación y desnutrición. El resultado final es que las mujeres deprimidas tienen más complicaciones obstétricas y sus hijos tienen menor peso para la edad gestacional y mayor probabilidad de ser prematuros que las mujeres no deprimidas.
- Riesgo de depresión puerperal, de intento de suicidio y de suicidio. (Bonari, Bennett Einarson y col, 2004)

La depresión puerperal debe ser tratada vigorosamente, pues tiene repercusiones serias sobre la madre y el recién nacido:

- Interacción negativa con el niño.
- Déficit social y cognitivo aparente desde el primer año.
- Aumenta riesgo de depresión futura.
- Riesgo de abuso infantil por irritabilidad de la madre y por uso de drogas como automedicación.

Afortunadamente, como el embarazo es una crisis, las intervenciones simples pueden dar grandes cambios (Spinelli MG, 1999).

Se debe preguntar a todas las mujeres embarazadas acerca de su estado emocional, expectativas y frustraciones, averiguar acerca de la calidad de la relación conyugal y del apoyo familiar y social y acerca de la existencia de violencia por parte de la

pareja o allegados. Hay que inquirir si hay rechazo hacia el embarazo o si interfiere con sus planes, si es causa de rechazo o conflicto con la familia de origen. Es muy pertinente preguntar acerca de fantasías de muerte e ideación suicida.

En la puerpera reciente, hay que estar alerta acerca de síntomas como insomnio, cambios en el apetito, falta de energía o incapacidad de desempeñarse, retraimiento o aislamiento social, manifestaciones de sentirse sin apoyo social, incapacidad de 'entender' al bebe ("no sé lo que quiere"), problemas de memoria y concentración y desorientación, perplejidad o angustia.

El tratamiento de las depresiones tanto en el embarazo como después del parto debe ser multidisciplinario, basado en el modelo biopsicosocial. Debe incluir educación para la madre y su pareja. Puede usarse, si están disponibles terapeutas entrenados, psicoterapia individual, de pareja y/o familiar, de tipo cognitivo o interpersonal. Si se decide usar psicofármacos, hay que tomar en cuenta el riesgo de teratogenicidad y de afectar la lactancia.

Toda medicación que la madre ingiera puede llegar al feto, excepto durante la primera semana postconcepción. Todos los psicofármacos tienen el riesgo de causar teratogénesis, pero el riesgo es diferente entre ellas (Tabla 1). Siempre se sopesará el riesgo de usar un fármaco versus el riesgo de exponer al feto o lactante a una madre deprimida. El riesgo de teratogenicidad es mayor en el primer trimestre, periodo en el que, en lo posible, se debe evitar los fármacos (Steiner y Yonkers, 1998).

Tabla 1. Malformaciones relacionadas con los psicofármacos

■ Acido valproico	Defectos del tubo neural
■ Carbamazepina	Defectos del tubo neural
■ Benzodiacepinas	Paladar hendido Abstinencia-temores, períodos de apnea hipoxémica
■ ISRS	Defectos menores (cosméticos) con fluoxetina, prematuridad y menor peso al nacer con sertralina, citalopram, venlafaxina; un niño con defectos craneofaciales y pérdida de miembros
■ Anticolinérgicos	Disposición de órganos, un niño con malformación cv



Aunque una sustancia no se pueda medir en la sangre del lactante, sabemos que alguna pequeña parte le ha llegado y puede afectar su sistema nervioso central. Hay que tomar en cuenta la inmadurez de los sistemas metabólicos del recién nacido. Por tanto, la decisión de dar medicación después del parto, puede conllevar la suspensión de la lactancia. En todos los casos se debe preferir usar los fármacos más conocidos, sobre los que se tiene mayor experiencia e información reportada. Los mejores son los que tienen vida media corta, y menos síntomas por discontinuación. La madre y su pareja deben recibir toda la información pertinente, y se debe tener el consentimiento antes de iniciar el tratamiento. (Simon GE, Cunningham ML, Davis RL, 2002; Hendrick V, Altshuler L, 2002).

CONCLUSIÓN

La atención integral del embarazo y el parto debe incluir la evaluación del estado emocional de la mujer, pues las alteraciones depresivas son comunes y tienen serias repercusiones sobre el bienestar de la madre y el infante. Medidas de soporte y psicoeducación han demostrado ser útiles en el manejo de los síntomas, aunque en el caso de presentarse desórdenes depresivos bien caracterizados es imprescindible buscar la atención especializada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonari L, Bennett H, Einarson A, et al. Risks of untreated depression during pregnancy. *Can Fam Physician* 2004; 50: 37-9.
2. Cutrona CE. Non psychotic post partum depression: a review of recent research. *Clin Psychol Rev* 1982;2:487-503.
3. Evans J, Heron J, Francomb H, et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323(7307): 257-60.
4. Hendrick V, Altshuler L. Management of major depression during pregnancy. *Am J Psychiatry* 2002; 159(10): 1667-73.
5. Rondón MB. Maternity blues: Cross cultural variations and emotional changes. *Prim Care Update Ob/Gyn* 2003; 10(4): 167-171.
6. Rondón MB. Childbirth is not only complex: it may also be dangerous. *World Psychiatry* 2004; vol 3, number 2.
7. Simon GE, Cunningham ML, Davis RL. 2002; Outcomes of prenatal antidepressant exposure. *Am J Psychiatry* 2002; 159(12): 2055-61.
8. Spinelli MG. Prevention of postpartum mood disorders. En: *Post Partum Mood Disorders*. Laura Miller (ed.). American Psychiatric Press, Washington DC, 1999, pp 217-235.
9. Steiner M, Tam W. Post partum depression in relation to other psychiatric disorders. En: *Post Partum Mood Disorders*. Laura Miller (ed.). American Psychiatric Press, Washington DC, 1999, pp 47-63.
10. Steiner M, Yonkers K. *Depression in women*. Martin Dunitz, London, 1998. pp 26-47.
11. Stewart D, Robertson E, Dennis C, Grace S. An evidence based approach to post partum depression. *World Psychiatry* 2004; vol 3, number 2.