

DEPRESION, ANSIEDAD Y DISFUNCION FAMILIAR EN EL EMBARAZO

(Depression, anxiety and dysfunctional family in pregnancy)

Revista Médica Sinergia
Vol.3 Num:1
Enero 2018 pp: 3 – 8
ISSN:2215-4523
EISSN:2215-5279

*Dra. Karen Wedel Herrera
Fundación FIMRC
San José, Costa Rica.

RESUMEN

Al analizar las variables psicosociales, numerosos estudios han concluido que la evolución del embarazo está influenciada más por un problema del entorno social en el que se desenvuelve la mujer embarazada que por un riesgo biológico verdadero. Se ha demostrado que implementando programas de control destinados especialmente para las adolescentes embarazadas, se mejoran los resultados maternos y perinatales de éstas.

DESCRIPTORES

Depresión, ansiedad, embarazo, salud mental.

SUMMARY

When we analyze the psychosocial variables, many studies have concluded that the pregnancy's evolution is more influenced by social environment problem than biological risk. It has been shown that results could improve if we implement programs especially intended for adolescent pregnancy, maternal and perinatal outcomes are improved

KEYWORDS

Depression, anxiety, pregnancy, mental health.

*Médico General,
graduada de Universidad
Autónoma de Centro
América. Trabaja como
médico en Fundación
FIMRC, Costa Rica.
cod: 12961.

INTRODUCCION

El ser humano, poseedor de una inteligencia diferenciada del resto de la diversidad biológica, debe procurar mantener una salud mental equilibrada, esto, es fundamental para la vida de cualquier persona y por esa razón no se debe pasar por alto, mucho menos durante el periodo prenatal y postparto. En los últimos años se le ha puesto mayor atención a las fases psicológicas y

psiquiátricas del proceso grávido-puerperal. Se ha señalado que esta etapa corresponde a un cambio vital y trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar, su entorno social y su procedencia sociocultural; y es, en éstas esferas sociales, donde se produce un alto estrés que pone en juego las capacidades de adaptación individual y grupal. Se tienen puntualizados diversos factores asociados con el desarrollo de este tipo de trastornos emocionales,

algunas de estas causas se resumen a continuación:

- Embarazo en adolescentes.
- Embarazo en mujeres mayores de 35 años.
- Ciertos rasgos de personalidad; por ejemplo: neurosis, psicosis, entre otros.
- Antecedentes personales de cuadros depresivos y/o de intentos suicidas.
- Historia familiar con cuadros depresivos y/o para suicidio. Cuadro depresivo durante el embarazo y actitud negativa hacia el embarazo.
- Problemas con los padres (dificultades para asumir el rol materno y una pobre identificación con la madre).

Sucesos relevantes durante el transcurso del embarazo, que pueden o no, relacionarse con éste, como podría ser una mala relación de pareja y/o nulo o escaso apoyo del cónyuge durante período de posparto.

INCIDENCIA

En un estudio realizado, se encontró que de 28 mujeres, el 57,1% presentaron un cuadro depresivo en el embarazo y el 42,7% iniciaron su episodio depresivo después del parto. En otro estudio que llevó entre 208 mujeres embarazadas para ver la importancia de variables psicosociales en el embarazo, se pudo observar lo siguiente: el 16,7% sufrió la muerte o enfermedad de un familiar cercano (en los 6 meses previos a la entrevista), el 31,8% de las mujeres consideró su embarazo como un evento negativo en su vida, el 55,7% de las mujeres no había planificado su

embarazo, un 61,5% de las gestantes tenía 11 o más puntos en la Escala de Goldberg y un 80,7% se encontraba insatisfecha con el apoyo social que tiene; éstos datos son relevantes a la hora de entender el entorno sociocultural y psicosocial de la mujeres embarazadas y da un panorama, si bien general, no por ello intrascendente, de las causas que envuelven la depresión en las mujeres embarazadas.

Estados de ánimo como la ansiedad, la depresión y la inestabilidad emocional influyen para que una mujer tenga partos largos y más complicados. Durante esta etapa, la depresión puede aumentar el riesgo de efectos perinatales adversos, así como afectar el desarrollo del feto. Berthiaume, David, Saucier y Borgeat llevaron a cabo un estudio, en el que evaluaron la sintomatología depresiva de un grupo de 350 mujeres a principios del segundo trimestre de gestación; los resultados indican que las mujeres con mayor apoyo social y autoestima son las que presentan niveles más bajos de depresión intraparto y posparto.

El haber tenido experiencias emocionales previas negativas, la intensidad del estrés perinatal y el número de hombres con los que la mujer informaba haber tenido experiencia negativas, son factores que se asocian con un incremento de los niveles de depresión en mujeres embarazadas.

Por otra parte, Condon y Corkindale (1997) realizaron una investigación en la que probaron que las madres con un menor apego a sus hijos eran aquellas que habían presentado niveles de depresión y ansiedad más altos, así como niveles más bajos de apoyo social

fuera de su relación de pareja. Estos resultados ponen en evidencia que el estado psicológico de la mujer durante el embarazo influye en su apego maternal.

El estado emocional de la mujer varía en función del periodo de gestación; durante los tres primeros y los tres últimos meses de gestación, los niveles de depresión y ansiedad son más bajos que durante el segundo periodo de gestación. Una posible causa, y por ende explicación medicoclínica, es que durante el primer trimestre el estado de gestación es apenas perceptible, incluso en la mayoría de los casos es a partir del segundo y tercer mes que la mujer es informada de su nuevo estado.

Por otra parte, es durante el segundo trimestre de gestación, cuando comienzan a tener lugar los cambios físicos como consecuencia del embarazo y la futura madre debe aceptar esos cambios y afrontar su nueva condición biológica y social; ese enfrentar, y enfrentarse a sí misma, suele ir acompañado de respuestas de ansiedad y conductas depresivas, pero una vez adaptada a su nueva condición, las contradicciones de los cuadros depresivos y de ansiedad paulatinamente disminuyen.

Un nuevo informe de la agencia federal Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS por sus siglas en inglés) evidencia y, afirma, que la depresión es tan común en las mujeres durante el embarazo, como lo es después del parto. Los responsables de la salud y los pacientes pueden fallar en

reconocer la depresión durante el embarazo, debido a que los síntomas de la depresión, tales como el cansancio, los problemas para dormir, los cambios emocionales y aumento de peso, también pueden ocurrir con el embarazo.

De acuerdo al informe, aproximadamente 1 de cada 20 mujeres estadounidenses embarazadas o que han dado a luz en los últimos 12 meses están sufriendo de depresión mayor. Cuando los episodios de depresión mayor y menor se combinan, hasta un 13% de las mujeres experimentan depresión. El informe define la depresión perinatal, como la que ocurre durante el embarazo y puede que continúe hasta 12 meses después del parto.

El grupo etéreo que presenta mayor frecuencia de ansiedad, depresión y disfunción familiar está comprendido entre los 20 a 30 años de edad con un 47% para ansiedad, 47% de depresión y 45 % de disfunción familiar.

DEPRESIÓN PERINATAL Y LA IMPORTANCIA DEL CONTEXTO SOCIOCULTURAL

Socialmente, la presencia de la depresión perinatal, se expresa en la relación madre-infante, pues es en la madre donde se leen y se perciben los efectos que pudieran llegar a causar la depresión en ambos miembros. La relación madre-infante es fundamental en los primeros años de vida de cualquier persona; cuando existe una respuesta asertiva de la madre a las necesidades de acercamiento del hijo, le proporciona protección a este (el hijo/a) y, por ende,

seguridad, con lo que se construye una relación emocionalmente saludable.

La inhibición social está relacionada con la depresión materna y con una relación de apego materno-infantil insegura. Si bien el autor no encontró como significativo el nivel socioeconómico, sí halló la calidad marital y, como parte de ella, el desempleo, el cual se relacionó con el maltrato infantil. Cabe recordar que el núcleo familiar es el campo de socialización principal. En éste, la depresión está estrechamente relacionada con la violencia intrafamiliar, que trae un alto costo en el estado emocional y conductual del bebé, así como en la relación entre éste y la madre.

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR DURANTE EL EMBARAZO Y POSPARTO

Se define como al menos un periodo de dos semanas de síntomas persistentes de estado de ánimo depresivo, o pérdida de interés, por realizar actividades de la vida diaria, con al menos 4 de los siguientes síntomas:

- Marcada disminución de interés o placer.
- Insomnio o hipersomnia.
- Sentimientos de menosprecio o culpa.
- Pérdida significativa de peso.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Poca capacidad de concentrarse
- Pensamientos recurrentes de muerte
- Agitación psicomotora

El periodo de prevalencia de un episodio depresivo mayor es del 12.7% durante el

embarazo (7.5% de más mujeres corresponden a un episodio nuevo) y 21.9% el primer año posparto. Además es considerada una de las principales complicaciones de un parto.

La depresión puede continuar por meses o años después de un parto, asociando limitación física y psicológica importante para la madre. Existe un riesgo mucho mayor cuando los casos son en los embarazos de adolescentes.

FACTORES DE RIESGO

- Situaciones de vida estresantes.
- Factores genéticos.
- Historia anterior de episodio depresivo.
- Sensibilidad emocional aumentada. Las mujeres con depresión posparto tienen un riesgo más alto, de un 24 a un 35%, de volverlo a presentar con el siguiente embarazo.

FISIOPATOLOGÍA

Investigadores han sugerido que un cambio brusco de esteroides gonadales influye en la fisiopatología del episodio depresivo durante el posparto. Sin embargo deben existir factores de riesgo asociados así como problemas sociales y ambientales que desencadenen un episodio mayor. En distintas investigaciones se han visto relacionados con problemas nutricionales maternos, obesidad, tabaco, alcohol y abuso de drogas.

Un meta análisis ha asociado los episodios depresivos con bajo peso al nacer y con parto pre término, sobretudo

en embarazos adolescentes con una media de 16 años.

TRATAMIENTO DURANTE EL EMBARAZO

La adecuada historia clínica y examen físico a la paciente, además de estudios complementarios para realizar un diagnóstico certero, descartando otras patologías asociadas como el hipotiroidismo, por ejemplo, son de suma importancia para un adecuado abordaje.

El tratamiento se basa en psicoterapia y antidepresivos. Siendo la psicoterapia el preferible y adecuado para todas las pacientes, sin embargo económicamente oneroso y no es asequible para la mayoría de mujeres y esto debería llamar la atención de los encargados de la salud

pública. Es de suma importancia la relación médico-paciente y el apoyo familiar para lograr un buen abordaje y efectos positivos en la mujer.

ANSIEDAD

Diagnóstico y prevalencia

Los síntomas y trastornos de ansiedad pueden darse de la siguiente manera: desorden de ansiedad 5%, ataques de pánico 5%, ansiedad generalizada 3%, trastorno obsesivo compulsivo 6%, fobia social y otras fobias 13% y estrés postraumático 10%.(1) Para realizar un diagnóstico los síntomas deben causar un deterioro en el funcionamiento de la paciente, y sin tratamiento, pueden convertirse en padecimiento crónico.

Fisiopatología

El embarazo, nacimiento y la lactancia, producen alteraciones fisiológicas marcadas que contienen cambios múltiples hormonales, y en el sistema de neurotransmisores, que podrían estar involucrados con los síntomas de ansiedad. Otras causas encontradas son los agonistas B adrenérgicos como la terbutalina que se utiliza en el parto prematuro, precipita ataques de pánico y síntomas de ansiedad. Así mismo el hipertiroidismo que se tiene que considerar como un diagnóstico diferencial.

Efectos en el embarazo y parto

Los síntomas de ansiedad y los trastornos de ansiedad se asocian con un riesgo aumentado de preeclampsia y de fetos con bajo peso al nacer. El estrés psicosocial está altamente relacionado y aumenta los síntomas de ansiedad y los ataques de pánico en las madres. Los hijos de madres con ansiedad y depresión durante el embarazo tienen riesgo elevado de déficit atencional, inmadurez psicomotora, hiperactividad, desordenes conductuales y ansiedad durante la niñez.

Tratamiento

Cuando la ansiedad afecta el ámbito familiar, laboral y personal es necesario un tratamiento. Al igual que en el episodio depresivo se recomienda la psicoterapia como primera línea. Además responden muy bien a la terapia con antidepresivos. Es de suma importancia valorar bien a la paciente para evaluar costo-beneficio y dar el tratamiento más apropiado e individualizado.

CONCLUSIONES

La depresión perinatal tiene que considerarse un problema serio de salud pública que debe investigarse desde otras perspectivas, con diferentes metodologías para poder proporcionar datos inmediatos sobre una posible presencia de depresión, considerando siempre el aspecto sociocultural.

Una adecuada historia clínica, examen físico y exámenes complementarios es de suma importancia para descartar otras patologías y obtener así un diagnóstico certero. El apoyo familiar, la relación médico paciente y la psicoterapia son los tres pilares del

tratamiento que pueden evitar el uso de antidepresivos en la mayoría de pacientes. Lo anterior tiene como objetivo identificar de manera inmediata y concreta las características socioculturales como posibles factores de riesgo en la presencia de la depresión en mujeres en etapa perinatal; que el personal de salud considere los posibles factores de riesgo para que de esta manera, al identificar un posible ambiente socio-cultural nocivo y, por consiguiente propicio para la presencia de la depresión, canalice a las pacientes a los servicios de salud mental, y por último, que se busquen estrategias para diseñar medidas preventivas ante este serio problema de salud pública.

BIBLIOGRAFIA

1. Gabbe , Obstetrics Normal and Problem Pregnancies, 7ma edición , capítulo 55 Mental health and behavioral disorders in pregnancy, página 1147 – 1161.
2. Ansiedad, depresión, y disfuncionalidad familiar en el embarazo de alto riesgo obstétrico en el Hospital Materno infantil, La Paz, Bolivia. Dra. Beatriz Pimentel Sarzuri. Médico Familiar.
3. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada, José Luis Rangel,¹ L Valerio,¹ J Patiño,¹ M García ¹ Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 53, León Guanajuato.
4. DEPRESION Y EMBARAZO, Alexis Rodrigo Picech, Lisandro Javier Flores. Dr. Raúl Alberto Lanser, Dra. Mirta Alejandra Elizalde Cremonte Ortiz Servicio de Ginecología y Obstetricia: Hospital “Angela Iglesia de Llano”, Corrientes, Argentina.

Recepción: 12 Noviembre de 2017

Aprobación: 20 Diciembre de 2017