



La salud mental en la mujer embarazada

Mónica Flores-Ramos*

* Jefe del Departamento de Neurología.

Instituto Nacional de Perinatología.

En el área de la salud mental se ha dedicado, en los últimos años, especial atención a la salud mental de las mujeres, según la observación de que la mujer es propensa a sufrir ciertos trastornos con mayor frecuencia que los hombres, como la depresión y la ansiedad. La Organización Mundial de la Salud, de igual manera, ha mostrado la relación entre salud mental y salud reproductiva. En un reporte elaborado por este organismo, se hace hincapié en las consecuencias que tienen los problemas de la salud mental sobre la salud reproductiva, tales como falta de decisión por parte de las mujeres en situaciones reproductivas, embarazos sin atención, abortos inseguros, enfermedades de transmisión sexual y complicaciones perinatales, entre otras.¹ Por otro lado, se ha observado que la vulnerabilidad de las mujeres a presentar ciertos trastornos mentales se puede incrementar en periodos específicos de su vida reproductiva, como serían: la adolescencia, el embarazo, el postparto y la perimenopausia. Se sugiere que la fisiopatología que condiciona este fenómeno comprende una asociación entre los cambios hormonales y las alteraciones de los neurotransmisores, así como una adaptación anormal a los cambios hormonales en mujeres vulnerables. De igual manera, existe una serie de factores psicológicos, sociales y culturales que hacen a la mujer más vulnerable en relación a los problemas emocionales durante diferentes etapas de la vida reproductiva,² de ahí que en este número presentemos tres artículos con referencia a la salud mental de la mujer.

Cuando la enfermedad mental se encuentra en el contexto del embarazo o durante el postparto, se tiene una afección, tanto en la madre como en el

producto. Se ha observado que un 21.7% de mujeres sufren depresión durante el embarazo;³ de hecho, se considera que la prevalencia de depresión durante el embarazo es similar a la observada en mujeres de la misma edad que no se encuentran embarazadas,⁴ por lo que debemos poner especial atención a los factores que pudieran condicionar cuadros depresivos. Uno de estos factores es el insomnio; se sabe que el insomnio primario predice el desarrollo de depresión en los años subsecuentes.⁵ En las mujeres embarazadas se ha observado que la calidad del sueño se deteriora y el número de horas de sueño disminuye, particularmente en el tercer trimestre del embarazo; de hecho se ha reportado que más de la mitad de mujeres embarazadas llegan a sufrir de insomnio.⁶ En este número presentamos el trabajo de Chan-Chan y colaboradores, quienes encuentran que un 50% de mujeres presentan insomnio durante el embarazo y un 10% antes del embarazo, como lo sugieren estudios anteriores; los autores, además, observan que el insomnio antes del embarazo puede ser un factor de riesgo para la presencia de depresión durante el embarazo.

En este orden de ideas, debemos mencionar que la presencia de depresión durante el embarazo se relaciona con resultados fetales, obstétricos y neonatales adversos,⁷ además de ser un factor de riesgo para la depresión postparto.⁸ A pesar de que la depresión postparto es una entidad bastante mencionada, en ocasiones no se identifica la diferencia entre los síntomas anímicos comunes durante el postparto y que constituyen lo que se le llama “tristeza postparto” y una depresión como tal o incluso una psicosis postparto. Estas diferencias son muy importantes en

el ámbito clínico, ya que podrían llevar a la medicalización innecesaria de mujeres sin una entidad clara o al infradiagnóstico de entidades que son graves y tienen consecuencias importantes como la psicosis postparto.⁹ De ahí que en el artículo de Medina de este número se resaltan claramente las diferencias entre tristeza postparto, depresión postparto y psicosis postparto. La autora realiza una revisión de la literatura y describe de manera puntual las diferencias entre una tristeza postparto y una depresión postparto, entidades que comparten síntomas y que fácilmente pueden confundirse, lo que podría llevar a consecuencias como la cronicidad o agravamiento del problema. La autora, además, habla acerca de la psicosis postparto, entidad que es menos frecuente pero de mayor gravedad y que conlleva riesgos para la paciente y su recién nacido. Además de describir las entidades, la autora nos presenta datos acerca de su prevalencia, causas e intervenciones requeridas.

En el marco del embarazo y el postparto, como hemos venido describiendo, las pacientes se acercarán a alguna institución de salud, en donde se deberá detectar la presencia de alguna entidad de las descritas o de otras que pudieran padecer, o incluso solamente sintomatología emocional sin llegar a ser un trastorno. El texto titulado "Psicología dinámica e institución médica" nos lleva a comprender la importancia de la interrelación entre los fenómenos físicos y psíquicos, así como la importancia de dar una intervención dirigida a las necesidades de una población específica que asiste a la institución. Este texto, además, nos plantea la importante labor del terapeuta institucional, quien se enfrenta al reto de conciliar las demandas del paciente con las demandas institucionales en un campo específico y sensible que permita la inclusión de su quehacer en el equipo de salud. De ahí que deben plantearse intervenciones que vayan dirigidas a poblaciones específicas, en este caso personas con una enfermedad física y una respuesta psicológica, la que dependerá de diversos factores, entre ellos su grado de madurez. Se sabe que los programas de intervención psicoterapéutica suponen la necesidad de identificar las acciones posibles,

según los objetivos y contextos a los cuales se dirige y sus resultados dependerán de esta concordancia.¹⁰

Por último, merece destacar que las intervenciones adecuadas a mujeres que sufren de problemas como la depresión en periodos críticos como el embarazo o el postparto siempre favorecen la salud del recién nacido y la protección del vínculo madre-hijo.

REFERENCIAS

1. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, WHO. Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009.
2. Flores RM. Los trastornos mentales relacionados a la edad reproductiva de la mujer: una nueva propuesta en el campo de la salud mental. *Gac Med Mex.* 2011; 147: 33-7.
3. Ortega T, Lartigue T, Figueroa ME. Prevalencia de depresión a través de la escala de depresión perinatal de Edinburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinato Reprod Hum.* 2001; 15: 11-20.
4. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer BS, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Asses (Summ).* 2005; 119: 1-8.
5. Riemann D, Voderholzer U. Primary insomnia: a risk factor to develop depression? *J Affect Disord.* 2003; 76: 255-59.
6. Kizilirmak A, Timur S, Kartal B. Insomnia in pregnancy and factors related to insomnia. *Scientific World Journal.* 2012; 2012: 197093. doi 10.1100/2012/197093
7. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösl L, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2007; 20: 189-209.
8. Ferreti F, Franca A, Folin M. Risk factors associated with postnatal depressive symptomatology: a study conducted in the southern area of the local health unit of Modena. *Epidemiol Prev.* 2013; 37: 138-44.
9. Trucco M. Desórdenes mentales en el puerperio. *Rev Chil Neuro-psiquiatr.* 1987; 25: 18-28.
10. Henao LG, Ramírez NL, Ramírez PC. Qué es la intervención psicopedagógica: definición, principios y componentes. *AGO USB Medellín Colombia.* 2006; 6: 147-315.

Correspondencia:

Dra. Mónica Flores-Ramos
Instituto Nacional de Perinatología.
Tel: 5520 9900, ext: 357.
E-mail: flores_ramos@hotmail.com