

Destrezas Clínicas

Depresión postparto en pérdida gestacional recurrente. Presentación de un caso

¹Lilia Arranz Lara, ²Salvador Gaviño Ambriz, ³Fernando Escobedo Aguirre.

¹Doctora en Psicología, adscrita al Servicio de Ginecología y Obstetricia, C.M.N. "20 de Noviembre", ISSSTE ²Ginecoobstetra, Biólogo de la Reproducción, Coordinador del Servicio de Ginecología y Obstetricia, C.M.N. "20 de Noviembre", ISSSTE. ³Ginecoobstetra, Perinatólogo, Jefe del Servicio de Medicina Materno-Fetal, C.M.N. "20 de Noviembre", ISSSTE

Correspondencia.- Coordinación de Ginecología y Obstetricia, C.M.N. "20 de Noviembre", ISSSTE, Félix Cuevas 540, Col. Del Valle, C.P. 03229, México, D.F.

Recibido octubre 2005 aceptado diciembre 2005

Resumen

Se presenta el caso de una mujer de 32 años de edad, internada en el Servicio de Medicina Materno-Fetal por antecedentes de óbito y muerte neonatal temprana. Fue entrevistada a partir de las 26 semanas de embarazo por el área de intervención psicológica del Servicio de Ginecología y Obstetricia por presentar angustia reactiva a pérdidas gestacionales recurrentes. Al término del embarazo inicia depresión gestacional que se prolonga hasta el puerperio, apareciendo los primeros síntomas de depresión postparto. El manejo durante el embarazo y el postparto, tanto de la salud integral materno-fetal, como de la depresión crónica de la paciente debida a las pérdidas gestacionales, contribuye de manera importante a disminuir los efectos negativos de la depresión postparto.

Palabras clave.- pérdida gestacional recurrente, depresión postparto, depresión gestacional, depresión crónica.

Summary

This is a case report of a 32 year-old women, hospitalized in the Maternal-Fetal medicine service for previous stillbirth and early neonatal deaths. She was interviewed by Psychology at 26 weeks of pregnancy for anxiety reaction due to her recurrent miscarriage. At the end of the third trimester of pregnancy she develops gestational depression that remained until the puerperium, where the first signs of depression appear. The management during pregnancy and postpartum of the mother's and fetus health, and mother's chronic depression due to recurrent miscarriage, helps to decrease the negative effect of the postpartum depression.

Key word.- Recurrent miscarriage, postpartum depression, gestational depression, chronic depression.

Introducción

La tarea de ser madre tiene muchas facetas, no todas ellas son agradables, como es el fenómeno conocido como depresión postparto. Entre sus consecuencias negativas se encuentran la falta de bienestar del recién nacido, la tristeza, angustia o desesperación materna, los conflictos familiares, en muchos casos, la pérdida de relaciones sociales o laborales, así como problemas de moderados a severos en el desarrollo infantil. Cerca del 15% de las mujeres que dan a luz experimentan este padecimiento¹. Desde el punto de

vista psiquiátrico se considera depresión postparto al episodio depresivo mayor que acontece después de las cuatro semanas postparto². Las últimas investigaciones realizadas a nivel mundial introducen el concepto de depresión perinatal³ para describir el fenómeno que padecen un gran número de mujeres, y que consiste en una fuerte vulnerabilidad a la depresión que empieza, de manera importante, antes del parto y se extiende poco después de las seis semanas postparto⁴.

La Depresión perinatal⁵ se divide en cuatro episodios depresivos que se pueden presentar en el transcurso del periodo perinatal:

- 1) Depresión crónica perinatal: Se trata de aquellas mujeres que padecen de depresión crónica y que este estado anímico prevalece en el embarazo y posparto.
- 2) Depresión gestacional: Es la depresión que se presenta durante el periodo del embarazo, sobre todo se manifiesta con más fuerza en las semanas previas al parto.
- 3) Reacción depresiva puerperal: Estado depresivo que se presenta al cuarto día del posparto y termina alrededor de las cuatro semanas posteriores.
- 4) Depresión posparto: Estado depresivo que aparece alrededor de la cuarta semana posparto, se asemeja al criterio de depresión mayor.

Es importante diferenciar la reacción depresiva puerperal de la depresión posparto. La reacción depresiva puerperal es común y afecta del 30 al 75% de las mujeres que acaban de tener a un hijo. Esta forma de cambios de humor en el posparto es debida a la supresión hormonal⁶, es auto-limitada y no requiere de un tratamiento específico más allá de la educación y el apoyo. Los síntomas más importantes de este fenómeno depresivo son: llanto, tristeza, irritabilidad, ansiedad, confusión. Sin embargo, es importante remarcar que este episodio depresivo desaparece espontáneamente después de un mes.

Menos común es la depresión posparto que tiene un impacto significativo en la salud de la madre y el hijo, ya que frecuentemente el neonato sufre diversas formas de abandono o alejamiento afectivo. Es muy común que el diagnóstico de depresión posparto sea retardado o minimizado debido a la incapacidad para diferenciarlo de la reacción depresiva puerperal.

La depresión posparto, además de un problema endocrinológico, es un problema de percepción: es el resultado del ejercicio de la maternidad en un contexto familiar, social o económico que la madre vive como hostil y difícil de rebasar.

Dentro de los cambios emocionales que se presentan en la depresión posparto están⁷: ansiedad, sentirse rebasada, pensamientos obsesivos, enojo, disonancia cognitiva, aislamiento/soledad, culpa, pérdida.

Algunas mujeres se sienten tan ansiosas que son incapaces de lograr una proximidad física con su hijo. También se puede producir un alejamiento de sus hijos mayores e irritación y resentimiento con su pareja, o bien, apenadas con su pareja y familiares por sentirse inadecuadas y fracasadas como madres. Con respecto a otras madres, sienten que las señalan por no poder enfrentar adecuadamente la maternidad y no sentirse felices. Así mismo, cuando tienen la fuerza necesaria para hablar de sus dificultades y emociones, muchas veces la pareja o la familia tiende a silenciarlas o rechazarlas. Sienten que sus peticiones o quejas son frecuentemente ignoradas, por lo que las mujeres tienden a aislarse aún más.

Entre los conflictos psicológicos más frecuentes⁸ se han encontrado, dificultades en el rol materno, ambivalencia y rechazo a su propia madre, problemas de comunicación con el padre del bebé, pérdida reciente de un familiar querido, pérdidas gestacionales⁹ o infertilidad¹⁰ de largo plazo. Los factores sociales, económicos e interpersonales¹¹

contribuyen en buena medida en la evolución de este padecimiento.

En los episodios depresivos graves posparto existe un deterioro serio en la actividad social o laboral, dificultades para alimentarse, vestirse o mantener un mínimo de higiene personal y sobre todo maltrato o descuido al neonato y en algunos casos pensamientos infanticidas¹².

Objetivo.- Estudio de caso descriptivo de una paciente internada por el Servicio de Medicina Materno-Fetal por antecedentes de óbito y aborto temprano. Se realizaron cuatro entrevistas a profundidad durante el embarazo y dos más en el posparto mientras estaba a la espera del egreso de su recién nacido en el área de Intervención Psicológica del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Se le aplicó así mismo la prueba de Edinburg de depresión perinatal^{13 14} a las 27 semanas de embarazo y a la segunda semana posparto.

Resultado de las evaluaciones

A través de la primera entrevista clínica y la primera aplicación de la prueba de Edinburg (14 puntos), se diagnosticó depresión gestacional. Durante esta entrevista refiere que nunca ha podido superar la culpa y la tristeza que le generaron las pérdidas gestacionales.

En las siguientes entrevistas mientras era controlada por el Servicio de Medicina Materno-Fetal, refiere que esa depresión ha afectado sus relaciones de pareja, porque no ha dejado de llorar ni un solo día. Señala que la tristeza se ha vuelto ansiedad y miedo ante este nuevo embarazo porque la última pérdida fue a los ocho meses de gestación. Tiene temor a relacionarse de alguna forma con el producto reciente por temor a una nueva pérdida.

En la tercera entrevista refiere que sufrió una recaída de la depresión por presentarse el aniversario de la muerte de su producto anterior, con sueños terroríficos donde una pequeña le decía “no te vayas mami, quédate conmigo”.

Se trabajó con ella la elaboración del duelo por las pérdidas gestacionales anteriores y la importancia de vincularse de forma diferente con el nuevo embarazo.

Después del parto, se le entrevista nuevamente, refiriendo que tuvo un producto normal en peso y talla y que se encontraba contenta con su nuevo hijo. Sin embargo, la siguiente entrevista a la tercera semana posparto volvieron a aparecer síntomas de depresión, refiriendo dificultades para el manejo del neonato sobre todo, en regular los aspectos de llanto y de sueño. Se percibía a sí misma como cansada e irritable y se sentía culpable de actuar así ya que era un hijo muy deseado. Se le re-aplicó en ese momento la escala de Edinburg obteniendo nuevamente una puntuación de 14, indicativo de depresión.

Se le programan una serie de entrevistas para diseñar una psicoterapia enfocada a la depresión posparto y al restablecimiento del vínculo materno-infantil.

Discusión

La pérdida gestacional recurrente es un evento traumático que impacta en forma negativa la percepción que tiene la mujer de los futuros eventos reproductivos.¹⁵ Cada nuevo embarazo está cargado con emociones como el miedo y la ansiedad, que desembocan, si no es manejado el duelo a tiempo, en depresión perinatal: si se logra el embarazo en depresión gestacional, y si se logra el nacimiento en depre-

Destrezas clínicas

sión postparto. Es muy común que la sombra de las expectativas y miedos de las pérdidas anteriores recaiga en el neonato, entonces, la reacción depresiva puerperal, común en el 70% de las mujeres, se convierte en el primer tiempo de la depresión posparto.¹⁶ La depresión postparto después de pérdida gestacional recurrente toma una forma diferente: Está llena de ansiedad, culpa y sentimientos ambivalentes. La mujer teme involucrarse con el neonato por miedo a una nueva pérdida que le recuerde las experiencias traumáticas ya vividas y por otra parte, la necesidad de experimentar, aunque sea por corto tiempo la experiencia de la maternidad la hace sentirse frecuentemente como “mala madre”.

En el caso que se presenta, la incapacidad de la paciente por superar el traumatismo psíquico debido a sus pérdidas anteriores, le produce emociones contradictorias en el embarazo e impide que pueda vincularse de forma adecuada con el recién nacido en el postparto.¹⁷

La actitud de la pareja y de la familia de no hablar jamás de este problema, en lugar de dar soporte y contención, provocaba que la mujer viviera su tristeza en solitario y se relacionara con estas pérdidas en un “duelo patológico”.

El “duelo patológico” en esta paciente es expresado en forma de pesadillas persecutorias que la hacen sentir culpable de no haber hecho lo suficiente para impedir la muerte de los productos previos. Esta ansiedad obstaculiza el sentirse como una madre “suficientemente buena” y adecuada para atender al hijo recién nacido.

El hecho de que ella haya logrado expresar sus miedos y temores, colaboró en cierta medida, a que ella pudiera vin-

cularse con un hijo “real” y no con fantasmas del pasado. La crisis de la depresión postparto pudo de esta manera aminorarse a una intensidad manejable por la paciente y su familia.¹⁸

Conclusiones

El trabajo psicológico con mujeres con antecedentes de pérdida gestacional es la detección oportuna, de preferencia en los primeros meses de embarazo, de la depresión gestacional. El tratamiento a tiempo de esta depresión ayuda a disminuir el impacto de la depresión postparto debido a la presencia de duelos no elaborados que impiden a la madre vincularse de forma adecuada con el neonato.

En el caso de mujeres que van a ser sometidas a tratamientos de reproducción asistida después de pérdidas gestacionales, es aún más relevante que tengan previamente un tratamiento psicoterapéutico focalizado en el duelo. De preferencia, la pareja debería de asistir a estas sesiones para evitar que la depresión crónica debida a las pérdidas y a la infertilidad pueda convertirse en depresión perinatal. La depresión postparto, con todas sus consecuencias negativas, necesita ser abordada desde un enfoque multidisciplinario que contemple la complejidad de las historias de vida, así como los problemas de salud materno-infantil y sobre todo, se enfoque en la necesidad de reestablecer un vínculo madre-hijo que promueva un mejor desarrollo integral para el neonato.

Bibliografía

- 1Peindl KS, Wisner KL, Hanusa BH. Identifying depression in the first postpartum year: guidelines for office-based screening and referral. *J Affective Disorders* 2004; 80 (1): 37-44
- 2 Beck CH. Postpartum Depression: A metasynthesis. *Qualitative Health Research* 2002; 12 (4): 453-72.
- 3Stowe Z N, Hostetter BA, Newport J. The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care. *Am J Obstetrics and Gynecology* 2005; 192, 522-6.
- 4 Llewellyn A, Stowe Z, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry* 1997; 58:26-32.
- 5 Austin MP. Antenatal screening and early intervention for “perinatal” distress, depression and anxiety. *Arch Women Ment Health* 2004; 7 (1): 1-6.
- 6 Harris B, Lovett L, Newcombe RG. Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. *BMJ* 1994; 308:949-953
- 7 Tatano Ch. Postpartum Depression: A Metasynthesis. *Qualitative Health Research* 2002; 12 (4):453-472
- 8 Lloyd B, Hawe P. Solutions forgone? How health professionals frame the problem of postnatal depression. *Social Science & Medicine* 2003; 57: 1783-1795
- 9 Arranz L, Cueli J, Saucedo L. Pérdida repetida de la gestación: un estudio fenomenológico. Resumen del trabajo de investigación presentado en las Jornadas Médicas XLII Aniversario C.M.N. “20 de Noviembre”. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2003; 8(2): 41.
- 10 Domar AD, Broome A, Zuttermeister PC, et al. The prevalence and the predictability of depression in infertile women. *Fertil Steril* 1992; 58:1158-63.
- 11 Hung CH. Predictors of postpartum women’s health status. *J Nursing Scholarship* 2003; 36 (4): 345-51.
- 12 Reck C, Hunt A, Fuchst. Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. *Psychopathology* 2004; 37 (6): 272-80.
- 13 Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME. Prevalencia de depresión a través de la escala de depresión perinatal de Edinburgo (EPDS). *Perinatol Reprod Hum Mex* 2001; 44(2): 11-20.
- 14 Downie J, Wynaden d, Mc Gowan S, et al. Using the Edinburgh Postnatal Scale to achieve best practice standards. *Nursing & Health Sciences* 2003; 5 (4): 283-7.
- 15 Arranz L, Cueli J, Saucedo L. Pérdida repetida de la gestación: un estudio fenomenológico. Resumen del trabajo de investigación presentado en las Jornadas Médicas XLII Aniversario C.M.N. “20 de Noviembre”. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2003; 8(2): 41.
- 16 Smallwood S, Jamieson D, Lindsay M. Diagnosing postpartum depression: Can we do better? *Am J Obstet Gynecol* 2000; 899-902.
- 17 Faisal-Cury, Tedesco J, Kahale S, et al. Postpartum depression: in relation to life events and patterns of copy. *Archives of Women’s Mental Health* 2004; 7 (2):123-31.
- 18 Newport DJ, Hostetter A, Stowe Z. The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. *J Clin psychiatry* 2002; 63 (7): 31-44.