

PROTEGIENDO LA SALUD MENTAL MATERNA

AÍDA DE VICENTE, CRISTINA CASTILLA,
SUSANA VILLAMARÍN Y SILVIA BERDULLAS

Las implicaciones de la presencia de problemas de salud mental en mujeres en el embarazo y posparto son consideradas por algunos organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, un “*serio problema de salud pública*”. Sin embargo, su evaluación, prevención y tratamiento no se contempla habitualmente en los programas de intervención con estas mujeres.

Teniendo en cuenta esta realidad a la que tienen que hacer frente los modelos sanitarios, esta sec-

ción de *En Portada* está destinada a dar visibilidad a este problema. Para ello, *Infocop* ha entrevistado a dos grandes expertos en Psicología Perinatal de nuestro país: **María Fe Rodríguez Muñoz**, profesora de la UNED e investigadora principal del *Proyecto de mamás y bebés: el estado de ánimo y la salud* y **Jorge Osma López**, profesor de Psicología de la Universidad de Zaragoza e investigador principal del *Proyecto Mamáfeliz*, quienes analizan el impacto y las repercusiones de los problemas de salud mental en el periodo perinatal.

LA MATERNIDAD: MUCHO MÁS QUE UNA REVOLUCIÓN EMOCIONAL

REDACCIÓN DE INFOCOP

“*La maternidad es un periodo de plenitud en el que la mujer se siente realizada y en el que no hay otro estado que la felicidad*” es una idea que forma parte del acervo de creencias populares que, desafortunadamente, suponen un mito imposible de alcanzar para muchas madres. La realidad es mucho menos idílica. Junto a los cambios físicos y biológicos (alteraciones hormonales, sobrepeso, posibles complicaciones...), las madres experimentan un giro brusco en su estilo de vida, sus rutinas diarias y sus relaciones sociales. Asimismo, la responsabilidad de cuidar a un bebé, más aún si es una nueva experiencia, junto a la habitual falta de sueño asociada a este periodo, supone una carga añadida de estrés que puede tener un impacto negativo en la salud mental y en el bienestar psicológico de la madre.

De hecho, el nacimiento de un bebé es un acontecimiento asociado a una elevada morbilidad de trastornos mentales. La literatura ha mostrado que este suceso, aunque deseado, puede aumentar el riesgo de la madre a padecer no sólo los denominados “*maternity/baby blues*” (periodos de estado de ánimo depresivo, irritabilidad, sueño o apetito alterados, ansiedad y llanto, que suelen aparecer a los pocos días de haber dado a luz y remitir a las dos semanas), sino también trastornos de salud mental comunes, como la depresión o los trastornos de ansiedad, e incluso trastornos mentales graves, como la psicosis posparto, así como agudizar los síntomas

psicóticos asociados a trastornos mentales crónicos presentes previamente (sobre todo, si el comienzo del embarazo implica la interrupción de un tratamiento psicofarmacológico previo).

Los estudios más recientes evidencian que los trastornos de salud mental están presentes en una de cada cinco mujeres durante el periodo perinatal, es decir, el periodo que abarca desde el embarazo hasta el primer año tras el alumbramiento (Davies, 2015).

Específicamente, y teniendo en cuenta que los datos suelen variar debido a las diferentes muestras e instrumentos diagnósticos utilizados, se estima que la depresión posparto afecta alrededor del 19-20% de las mujeres (Werner, Miller, Osborne, Kuzava, & Monk, 2015; O'Hara y Wisner, 2014) y que este cuadro diagnóstico, que puede incluir ideación suicida, es más prevalente entre el segundo y sexto mes tras el nacimiento del bebé, teniendo una duración mínima de 7 meses en la mitad de los casos (Bobo y Yawn, 2014).

La prevalencia de los trastornos de ansiedad es también mayor en las mujeres durante el embarazo y posparto que respecto a las mujeres no gestantes, situándose en el 13% a lo largo del periodo perinatal, y mostrando además una elevada comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo (Howard et al., 2014; Grace et al., 2003; O'Hara y McCabe, 2013).

Otros problemas de salud mental como el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por estrés postraumático

(TEPT) están recibiendo igualmente una atención creciente por parte de los investigadores. Un reciente metaanálisis ha puesto en evidencia la importancia de evaluar y tratar las rumiaciones, dada su elevada incidencia en el periodo posparto y el intenso malestar que causan en las mujeres (Russell, Fawcett y Mazmanian, 2013). Por otra parte, algunos estudios muestran que el 3% de las madres puede desarrollar TEPT, aumentando esta cifra al 6% en las mujeres que han sido intervenidas con cesárea de emergencia (JCMH, 2012; Howard et al., 2014). Asimismo, las mujeres ingresadas en unidades de cuidados intensivos, las que han sufrido una pérdida obstétrica o las que han tenido un bebé con una enfermedad médica grave o que ha sido ingresado en la unidad de neonatos tienen un mayor riesgo para este trastorno (NICE, 2011).

En relación con los trastornos psicóticos, si bien la prevalencia es menor que en el caso de los trastornos depresivos y de ansiedad, los efectos pueden ser tan graves que también merecen su reconocimiento. Los estudios muestran que la psicosis posparto se presenta con una tasa de 1-2/1.000 mujeres gestantes durante la segunda y cuarta semanas después del parto, siendo su progresión muy rápida y acompañándose de delirios paranoides o de grandeza, cambios de humor, pensamiento alterado y comportamiento gravemente desorganizado, lo que implica un cambio radical en el funcionamiento previo de la madre (Sit et al., 2006; JCPMH, 2012).

Las expectativas de felicidad no cumplidas, las nuevas obligaciones y la aparición de problemas de salud mental pueden causar un intenso sufrimiento en la madre, interfiriendo seriamente en su adaptación a esta nueva etapa y en el cuidado del recién nacido. Si los problemas psicopatológicos no son detectados ni tratados a tiempo, la autoestima de la madre puede verse dañada de manera prolongada, así como las relaciones con otros miembros del entorno familiar y el establecimiento del vínculo madre-hijo, lo que se ha demostrado que tiene un efecto negativo en el desarrollo físico, emocional, social y cognitivo del bebé (Stein et al., 2014; Dennis y Koren, 2013; Howard et al., 2003; Murray et al., 1996; Grace et al., 2003; Frokjaer, 2015; Pinsonneault et al., 2013). En los casos extremos, la depresión y la psicosis puerperal no tratadas han dado lugar al suicidio (considerado uno de los principales motivos de fallecimiento materno el primer año después del parto) y/o al infanticidio materno. A este respecto, se estima que el 25% de los fallecimientos maternos que ocurren entre las seis semanas y un año después del embarazo se deben a trastornos mentales (MBRRA-CE-Reino Unido, 2015).

Las implicaciones de la presencia de problemas de salud mental en mujeres en el embarazo y posparto son, por tanto, dignas de tener en cuenta, siendo consideradas por algunos organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, un “*serio problema de salud pública*”. No obstante, y a pesar de esta elevada incidencia y de las graves consecuencias para la salud, nos encontramos ante una nueva paradoja sanitaria: las mujeres embarazadas, las más vulnerables a presentar problemas de salud mental, son las menos protegidas del sistema sanitario. Habitualmente, y en concreto

en nuestro país, no se considera la evaluación rutinaria de la presencia de trastornos psicopatológicos ni se incluyen intervenciones psicosociales eficaces de prevención y tratamiento en la cartera de servicios del sistema sanitario público para este grupo de pacientes.

Teniendo en cuenta esta realidad a la que tienen que hacer frente los modelos sanitarios, esta sección de *En Portada* está destinada a dar visibilidad a este

problema. Para ello, *Infocop* ha contado con la participación de dos grandes expertos en Psicología Perinatal de nuestro país: **María Fe Rodríguez Muñoz**, profesora de la UNED e investigadora principal del *Proyecto de mamás y bebés: el estado de ánimo y la salud* y **Jorge Osma López**, profesor de Psicología de la Universidad de Zaragoza e investigador principal del *Proyecto Mamá feliz*.

REFERENCIAS

- Davies S (2015). *Annual report of the Chief Medical Officer, 2014 – the health of the 51%: women*. London: Department of Health.
- Stein, A., Pearson, R.M., Goodman, S.H., Rapa, E., Rahman, A., MacCallum, M., Howard L.M. y Pariante, C.M. (2014) Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child, *The Lancet*, 384, 9956, 1800-1819.
- Dennis, C-L., y Koren, G. (2013). The Impact of Maternal Depression During Pregnancy on Perinatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 321-341.
- Sit, D., Rothschild, A.J., Wisner, K.L. (2006). A review of postpartum psychosis. *Journal of Women's Health*, 15, 4, 352-368.
- NICE (2011). *Guidelines on Caesarean Section*. London: DoH.
- Joint Commissioning Panel for Mental Health (2012) Guidance for commissioners of perinatal mental health services. London: JCP-MH.
- Murray L, Hipwell A, Hooper R, Stein A & Cooper P. (1996). The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37:927-935.
- Howard LM, Goss C, Leese M, Thornicroft G. (2003). Medical outcome of pregnancy in women with psychotic disorders and their infants in the first year after birth. *British Journal of Psychiatry*. 182:63-67.
- Howard LM., Molyneaux E., Dennis C-L., Rochat T., Stein A., Milgrom J. (2014) Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384(9956):1775-88.
- Grace, S.L., Evindar, A., Stewart, D.E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 4, 263-274.
- O'Hara, M.W., y McCabe, J.E. (2013). Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9: 379-407.
- WHO (2015). Thinking healthy. A manual for psychosocial management of perinatal depression, WHO generic field-trial version 1.0. Ginebra: WHO.
- Bobo, W. V., & Yawn, B. P. (2014). Concise review for physicians and other clinicians: Postpartum depression. *Mayo Clinic Proceedings*, 89(6), 835-844.
- Frokjaer, V. G., Pinborg, A., Holst, K. K., Overgaard, A., Henningsson, S., Heede, M., ... & Knudsen, G. M. (2015). Role of serotonin transporter changes in depressive responses to sex-steroid hormone manipulation: A positron emission tomography study. *Biological Psychiatry*, 78(8), 534-543.
- O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3-12.
- Pinsonneault, J. K., Sullivan, D., Sadee, W., Soares, C. N., Hampson, E., & Steiner, M. (2013). Association study of the estrogen receptor gene ESR1 with postpartum depression: A pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, 16(6), 499-509.
- Werner, E., Miller, M., Osborne, L. M., Kuzava, S., & Monk, C. (2015). Preventing postpartum depression: Review and recommendations. *Archives of Women's Mental Health*, 18(1), 41-60.
- Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. (2013). Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*; 74: 377-85