

Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal

MARTÍN MALDONADO-DURÁN,^a TERESA LARTIGUE^b

RESUMEN

La experiencia perinatal suele ser difícil para todos los involucrados, especialmente para la madre quien ve transformada su situación física, emocional, social y psicológica. En el caso del aspecto psicológico, es posible que la madre desarrolle trastornos de diversa índole como son de pánico, obsesivo compulsivos (TOC), de ansiedad generalizada o por estrés postraumático, cuyos síntomas y tratamiento deriven en una serie de problemáticas tanto para la madre como para el bebé. Es necesario saber diagnosticar cada uno de estos trastornos y, sobre todo, aplicar un tratamiento eficaz y oportuno para el bienestar de ambos.

PALABRAS GUÍA: *Etapa perinatal, trastornos de ansiedad, tratamiento, diagnóstico.*

INTRODUCCIÓN

Una proporción de mujeres experimentan un nivel excesivo de ansiedad hasta el grado que ésta interfiere gravemente con su funcionamiento psicológico y social.

Anteriormente, en psiquiatría se afirmaba que con el embarazo estos trastornos mejoraban, la evidencia existente no apoya tal afirmación. La ansiedad excesiva en esta etapa causa considerable sufrimiento y acarrea múltiples dificultades psico-sociales en la mujer que la padece, su compañero y de toda la familia. También interfiere negativamente en la relación con su bebé. A pesar del grave

impacto e importancia de los trastornos de ansiedad éstos suelen pasar desapercibidos, aun por el personal de salud de atención primaria. Estas alteraciones tienen una alta co-morbilidad entre sí y con los estados depresivos.

Hay evidencia de que la ansiedad excesiva (como el elevado estrés psico-social) puede asociarse con algunas alteraciones en la fisiología e incluso la morfología del bebé,^{1,2} también con bajo peso al nacer y con cambios en la actividad y desarrollo del feto.³ La ansiedad excesiva da lugar a cambios en el funcionamiento, comportamiento y estado emocional del bebé.⁴ Por todo lo anterior, es necesario detectar, diagnosticar y tratar la ansiedad perinatal lo más pronto posible, así como ofrecer un cuidado integral a la mujer embarazada y puerperal, para aliviar su sufrimiento y prevenir los efectos negativos.⁵

TRASTORNO DE PÁNICO

Todos los trastornos de ansiedad son más frecuentes en la mujer que en el hombre en la edad reproductiva. El trastorno de pánico tiene

^a School of Medicine, University Missouri, Kansas City.

^b Co-chair para Latinoamérica del Comité de Mujeres y Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Internacional; Psicoanalista Didáctica. Asociación Psicoanalítica Mexicana.

Correspondencia:

Dr. Martín Maldonado-Durán

Correo electrónico: maldonadoduran@umke.edu

Recibido: 2 de octubre de 2007.

Aceptado: 5 de febrero de 2008.

una prevalencia de 2% entre la población general. En una población sesgada, por ejemplo la que asiste a una clínica de salud mental, la prevalencia es mucho mayor: entre 5 y 10% como diagnóstico principal o co-mórbido.⁶

El trastorno de pánico tiene un curso más crónico en las mujeres. En ellas, es más difícil que remita o se cure por sí mismo, y en su curso clínico a largo plazo hay un mayor número de recaídas que en los varones.⁷

Diagnóstico

Parecería sencillo diagnosticar los episodios de pánico, pero en la práctica diaria puede ser difícil. En general, la paciente que los tiene no sabe de qué se trata y, a veces, intenta ocultar el hecho de que los sufre, por temor a que se crea que está trastornada mentalmente o ella misma teme que esté "volviéndose loca". Los ataques de pánico aparecen repentinamente, sin ningún signo premonitorio, ni asociación con situaciones que causen temor. Durante el ataque, se piensa que se tiene una enfermedad física grave, como un episodio de taquicardia, infarto cardíaco o una enfermedad que amenace la vida. El episodio es de corta duración pero la vivencia interna puede ser aterradora. Puede dejarse pasar mucho tiempo antes de buscar ayuda. Es frecuente que acuda primero a una sala de urgencias de un hospital general, donde se hace el diagnóstico del trastorno de pánico. El trastorno comprende dos grupos de síntomas: ideacionales y somáticos.

Síntomas ideacionales:

- Despersonalización. La paciente siente que no es ella misma quien está viviendo en ese momento, sino alguien más. Tiene la sensación de que no está dentro de sí misma.
- Desrealización. Consiste en la sensación de que está viviendo como en una película, es decir, que no está viviendo en la realidad sino que es una espectadora de lo que pasa a su alrededor, que se siente como irreal.
- Miedo de morir o de tener un infarto. La paciente siente literalmente que se podría morir y que necesita ayuda inmediata.

Síntomas somáticos durante el ataque de pánico:

- Parestesias. Sensación de hormigueo en las manos, brazos, piernas y otras partes del cuerpo.
- Sensación de "falta de aire" o de que no se puede respirar lo suficiente, o que los pulmones no se llenan a satisfacción.
- Sensación de ahogamiento, o bien, de que un objeto está atorado en la garganta sin poderlo desalojarlo.
- Dolor intenso en el pecho.
- Temblor en las manos y el resto del cuerpo.
- Sudoración de las manos y general, debido al estado de alarma y ansiedad.
- Escalofríos o "bochornos".
- Sensación de mareo o de casi desmayarse.
- Náusea y malestar abdominal.

Generalmente los episodios de pánico duran varios minutos, hasta unos veinte o más, pero generalmente son más breves. Después de los primeros ataques de ansiedad, la paciente tendrá miedo de que ocurra otro en el momento menos esperado.

En el trastorno de pánico puede o no haber además agorafobia, es decir, temor a salir a lugares abiertos, sola a la calle o a encontrarse en lugares de donde no se pueda huir o salir fácilmente. Incluye el temor de que en un encuentro social podría indisponerlo: vomitar o tener diarrea; piensa que quedaría en ridículo. Evitará ir a centros comerciales, salas de juntas, de clases y aun a su automóvil. A veces, sólo puede salir de su casa si va acompañada de alguien (incluso un niño).

EMBARAZO Y PÁNICO

Es probable que los cambios hormonales y bioquímicos propios de la gravidez tengan un impacto en la gravedad del pánico. También hay controversia sobre si el embarazo puede desencadenar su aparición. Por una parte, la elevada concentración de progesterona (la cual tiene un efecto ansiolítico) podría aliviar la ansiedad. Aquella estimula los receptores cerebrales de GABA benzodiazepina (ácido gamma aminobutírico benzodiazepina) que son tranquilizadores.



En el sentido opuesto, como la gestante respira más superficialmente y tiene una relativa taquipnea, estos dos factores podrían facilitar la aparición de episodios de pánico. La progesterona *per se* también induce una ligera hiperventilación.

Otros precipitantes de pánico son: un nivel elevado de estrés, privación relativa del sueño, interrupciones frecuentes del dormir y situaciones que causan hiperventilación. También lo hacen sustancias y medicamentos, como aquellos usados para combatir resfriados, como los descongestionantes, la cafeína, así como el tetrahidrocanabinol, la cocaína y el alcohol.

En ocasiones los episodios de pánico se presentan durante el sueño:

El obstetra que atendió a la Sra. F. de su parto, solicitó una consulta de salud mental. A los dos días de haber tenido a su bebé, empezó a despertarse súbitamente sintiendo una ansiedad extrema, palpitaciones intensas, sudoración, hiperventilación y la sensación de que se iba a morir en cualquier momento. Se intentaba calmar y si conseguía dormirse de nuevo, al poco rato volvía a tener otro ataque de pánico. El obstetra se preguntaba si se trataba de terrores nocturnos o pesadillas; sin embargo, al describir la fenomenología, se diagnosticó el trastorno de pánico. Respondió favorablemente al tratamiento con psicoterapia y medicamento antidepressivo (ISRS).

Un número de enfermedades físicas exacerban los ataques: prolapso de la válvula mitral e hipertiroidismo. Ambos pueden pasar desapercibidos por años y diagnosticarse sólo si se les busca expresamente.

No hay evidencia de que el pánico mejore con el embarazo. Un estudio sobre este tema con un grupo de grávidas con trastorno de pánico, mostró que 77% no tuvieron cambios en su estado clínico, en 20% hubo un empeoramiento del cuadro. Sólo en las mujeres con los síntomas más leves, hubo mejoría.⁸

Tratamiento y profilaxis

Hay varias estrategias de tratamiento durante el embarazo y post-parto, pero en

general, debe priorizarse el uso de técnicas que no impliquen el uso de medicamentos.

Psicoterapia

Las psicoterapias que más se han estudiado son de índole cognoscitivo conductual. Esto no significa que las de orientación psicodinámica o psicoanalítica no sean eficaces, pero no ha habido al respecto tanta investigación sobre resultados terapéuticos. De hecho, hay alguna evidencia de que las terapias psicodinámicas podrían tener mayor beneficio a largo plazo.⁹ La terapia cognoscitivo-conductual es eficaz para el trastorno de pánico.¹⁰ Este tratamiento es de duración corta (tres a seis meses) e incluye estrategias psico-educativas y maniobras para evitar que ocurran los ataques. Éstas incluyen respiración con técnicas de biorretroalimentación (respiración lenta de tipo “abdominal”), así como reestructuración cognoscitiva y exponerse gradualmente a situaciones que causen miedo.

Antes del pánico, muchas pacientes inadvertidamente empiezan a hiperventilar, su respiración es rápida y entrecortada. Esto causa una acidosis relativa, lo que desencadena el episodio. Al hacer consciente esto y aprender a respirar lentamente, la paciente puede impedir el ataque. La respiración abdominal produce una respuesta de relajación.

Se ayuda a la paciente a identificar el “pensamiento catastrófico”. Ésta tiende a “predecir el futuro” imaginando que le dará un ataque de diarrea en medio de una reunión y que no habrá escapatoria. Se identifican estos pensamientos como irracionales, pues el futuro no se puede predecir; se trata de pensamientos mágicos que aparecen como plausibles.¹¹ Se pone atención en las sensaciones somáticas asociadas con el pánico y se intenta deshacer su relación cognoscitiva con los episodios. Se trabaja en las conductas evitadoras que son maladaptativas: se puede sugerir a la paciente que se exponga gradualmente a las situaciones o lugares que le producen ansiedad, “exposición gradual”. Todas estas estrategias se pueden implementar en terapias de grupo.

Cuando los síntomas son leves el tratamiento es más eficaz. Si el trastorno es grave (ataques muy frecuentes o un trastorno gravemente incapacitante) puede requerirse del uso de un medicamento en conjunción con la psicoterapia.

Tratamiento psicofarmacológico

Los tipos de medicamentos más usados son los antidepresivos llamados inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y los antidepresivos tricíclicos. Los medicamentos benzodiazepínicos han de evitarse pues pueden causar adicción a la mujer y al feto y producir efectos teratógenos.

Se ha establecido la eficacia de los ISRS en el trastorno de pánico (ejemplos son la paroxetina y la sertralina). Hay presentaciones de acción larga, que se toman por cada pocos días o cada semana.¹² Su efecto terapéutico puede retrasarse incluso varias semanas. Se sabe muy poco sobre los efectos en el feto.

Los antidepresivos tricíclicos¹³ (como imipramina, desipramina, nortriptilina, etc.) son eficaces, pero el efecto terapéutico puede tardar varias semanas. Éstos tienen mayor efecto anticolinérgico (sequedad de boca, constipación y dificultad para iniciar la micción). Muchas embarazadas tienen ya constipación, por lo que este efecto puede ser particularmente serio.

Si la mujer deja de tomar uno de estos antidepresivos, puede que haya recaída. En un estudio pequeño,⁸ la mitad de las pacientes que lo discontinuaron tuvieron recurrencia. Sin embargo en otras que suspendieron la medicina al descubrir que estaban embarazadas, no se presentaron nuevos ataques de pánico.

El tratamiento debe guiarse por la gravedad de los episodios. No se puede afirmar que los medicamentos ISRS, ni los tricíclicos sean completamente "seguros" durante el embarazo. Sin embargo, no hay evidencia de que causen alguna malformación. Pueden presentarse síndromes de supresión en el neonato cuando la gestante los ha usado continuamente hasta el parto. La supresión causa temblores, llanto excesivo y dificultad para dormir en el neonato.

Todos los benzodiazepínicos tienen el riesgo de causar dependencia física si se usan por un tiempo largo y al interrumpirse súbitamente ocurre un fenómeno de supresión, los síntomas correspondientes son: ansiedad, agitación, temblores y hasta convulsiones. Además, al discontinuarse la medicina pueden reaparecer los síntomas de pánico y puede ocurrir .

Debe haber preocupación si el feto está expuesto a estos medicamentos, sobre todo durante el primer trimestre. Desgraciadamente se les prescribe con una cierta facilidad a pesar de ello. Se ha estimado que en EUA una tercera parte de las mujeres embarazadas usa alguna clase de medicamento psicotrópico. En Alemania, alrededor de una tercera parte de las gestantes ha tomado algún medicamento psicotrópico por lo menos una vez.¹⁴

Los benzodiazepínicos se transfieren rápidamente por la placenta hacia el bebé, lo cual puede ser mayor aun en el tercer trimestre.

Los principales peligros de la exposición del feto son los posibles efectos teratógenos, toxicidad en el neonato y consecuencias conductuales a largo plazo. Es posible que el mayor efecto teratógeno ocurra durante el primer trimestre. La tasa base de malformaciones en EUA es de 2 a 2.5% de todos los bebés nacidos. Un estudio metaanalítico sobre benzodiazepinas evaluó estos posibles efectos por dos tipos de métodos: casos y controles y una cohorte de seguimiento de pacientes.¹⁵ No se encontró una asociación con malformaciones graves. Al analizar los estudios de casos y controles, sí hubo mayor riesgo de malformaciones y sobre todo de paladar hendido. Otro estudio,¹⁶ mostró mayor riesgo de malformaciones cuando había exposición durante el primer trimestre. El riesgo es mayor que el de la población general, pero el riesgo absoluto fue bajo. El uso de benzodiazepínicos hacia el final del embarazo puede causar en el bebé el síndrome del "niño hipotónico"¹⁴ (bebé con muy bajo tono muscular, al sostenerlo se siente como un muñeco de trapo).

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)

Éste tiende a pasar desapercibido para los demás hasta que los síntomas son de suficiente



gravedad para interferir con el funcionamiento psico-social de la persona afectada. Cuando el TOC ocurre durante el periodo perinatal, hay mayores barreras para que revele su malestar debido a vergüenza o sensación de fracaso, ante lo que “debería” ser un periodo exclusivamente feliz y positivo. Los síntomas permanecen en secreto hasta que hay conductas maladaptativas obvias o intenso sufrimiento psíquico. Se han reportado casos en que el TOC no existía antes de la transición a la maternidad y se inician en el periodo post-parto.¹⁷

Prevalencia

En EUA y otros países, estudios epidemiológicos han indicado una prevalencia de 2 a 3% de adultos.^{18,19} No se sabe si el embarazo mejora o empeora los síntomas. Varios estudios han demostrado que el trastorno puede iniciarse en el embarazo y el post-parto.²⁰ En un estudio²¹ en que se indagó con pacientes si algo había precipitado el trastorno, el estresor más frecuente fue el embarazo.

No hay mucha evidencia para determinar cuál es la prevalencia de TOC durante el embarazo. Estudios recientes en Turquía,^{22,23} han encontrado una prevalencia de 3.5% en el tercer trimestre y de 4% a las seis semanas post-parto, usando instrumentos válidos de diagnóstico.

Los factores de riesgo son múltiples, incluyen los genéticos, es decir, la existencia de una vulnerabilidad neurobiológica. Es posible que los cambios hormonales después del embarazo hagan que los neurotransmisores se alteren y, por ende, la aparición post-parto.¹⁷

Manifestaciones clínicas

Los síntomas principales son pensamientos intrusos sobre temas tabú: miedo a haber matado a alguien, a haberse contaminado, a ensuciarse, etc. Las compulsiones consiguientes consisten en lavarse, descontaminarse y asegurarse repetidamente de que no se han cometido esas transgresiones (haber atropellado a alguien, dejado la puerta abierta, la estufa encendida, etc.). Al tener un hijo, los pensamientos intrusos pueden referirse a dañar

al bebé, cortarlo con un cuchillo, ahorcarlo, tirarlo, ahogarlo durante el baño, etc. También pueden consistir en dudar si se le ha puesto en el horno de microondas o haberlo dejado en una situación de peligro. Es posible que al inicio del post-parto, las obsesiones de daño al bebé sean peores.¹⁷ Asimismo, cuando la mujer ya tenga TOC antes del embarazo, es posible que el problema empeore en el post-parto.

La Sra. N. sufrió mucho después del nacimiento de su primer bebé. Desde antes del embarazo, sufría de algunos síntomas, pensamientos intrusos como pensar que Dios era el demonio o un perverso sexual (cuando en realidad era muy religiosa) y tenía fobia a cuchillos y la sensación de estar contaminada, lavándose las manos con frecuencia. Después de nacer su hijo, a quien esperaba con entusiasmo, empezó a tener pensamientos de que podría matarlo con un cuchillo en cualquier descuido. Sufría mucho con estos pensamientos y puso los cuchillos bajo llave para estar segura de no matar al bebé. Aun así, tenía miedo de haberlo herido sin darse cuenta y tenía que revisarlo repetidamente. Después de haberlo revisado, tenía que volver unos minutos después para asegurarse que no había pasado por alto alguna herida hecha inadvertidamente por ella misma. Sufrió durante todo el primer año de vida del niño, sin revelar sus tormentos ni a su esposo, temía que él y los demás pensarían que se estaba volviendo loca. Cuando leyó un folleto sobre el trastorno obsesivo compulsivo y reconoció sus propios síntomas, buscó ayuda de un profesional de salud mental, con una buena respuesta al tratamiento.

Hassam y Brockington,²⁴ describieron el caso de dos mujeres que tenían pensamientos obsesivos de abusar sexualmente al bebé *in utero*. De cualquier manera, todos aquéllos son aterradores precisamente por su peligrosidad si ocurrieran en la realidad. La mujer se siente culpable y ansiosa debido a ellos y no puede expulsarlos de su mente. Además, no los puede comunicar a nadie. En realidad, no hay peligro de que los pensamientos se transformen

en acciones, aunque la mujer afectada no sabe esto.²⁵

Wissner y cols.²⁶ exploraron la asociación entre depresión post-parto y síntomas obsesivo-compulsivos, usando el instrumento “Escala de Obsesión-Compulsión Yale-Brown”,²⁷ el cual incluye 50 obsesiones y conductas compulsivas. Se encontraron síntomas de OCD con mayor frecuencia (57%) en mujeres con depresión post-parto que en aquellas sin depresión.²⁸ La diferencia no fue significativa estadísticamente. Otra investigación²⁹ similar (en 46 mujeres sin depresión vs.100 con depresión), encontró que en 41% de las deprimidas había pensamientos obsesivos de dañar a su bebé y sólo en 6.5% si no había depresión.

La Sra. S. tuvo un empeoramiento de sus síntomas al nacer su segundo hijo, que ahora que tiene nueve meses. Desde antes había tenido mucho temor a las bacterias, a la “suciedad” y tenía que lavarse las manos frecuentemente, unas treinta veces al día (la piel de las manos se ha ido secando y deteriorando). Buscó ayuda cuando, ahora, tiene que bañar a los niños varias veces al día. El niño mayorcito, de 2 años y medio, toca objetos que ella considera prohibidos, tales como las alfombras, la lavadora, la secadora de ropa, o algún objeto que puede estar “contaminado”. Termina bañándolos cuatro o cinco veces por día. Sabe que es inusual y perjudicial para sus hijos, pero no puede evitarlo. Ha ido posponiendo pedir ayuda a alguien por temor a que se la considere como una “enferma mental”.

Tratamiento

La principal barrera es que la mujer no revela sus pensamientos y temores, pues sabe que son irracionales. Unas cuantas preguntas del clínico respecto a si tiene pensamientos persistentes que la asustan o conductas repetitivas pueden ser suficientes. Estas preguntas podrían hacerse indicando que “muchas mujeres tienen estas experiencias”, aliviando el temor de que si revela los pensamientos el veredicto será terrible.

Estrategias psicoterapéuticas

La psicoterapia de índole psicodinámica puede ser útil para aliviar la ansiedad y lograr tener introspección sobre los problemas. Sin embargo, hay poca información sobre su eficacia. Las terapias cognoscitivo conductuales son una herramienta útil, es posible que tengan mayor beneficio que los medicamentos, pues pueden producir cambios a largo plazo. El uso conjunto de terapias puede dar mejor resultado que sólo el medicamento o sólo la psicoterapia.³⁰

Uno de los objetivos de la psicoterapia es demostrar a la paciente que tiene ideas falsas y que éstas pueden ser sustituidas por otras más “correctas”.

Se trata de hacerla consciente de que los pensamientos la asustan y la hacen necesitar ser tranquilizada. El pensamiento angustiante da lugar a acciones compulsivas para disminuir la ansiedad, pero esto sólo ayuda temporalmente, y las acciones son un mecanismo de reforzamiento de las obsesiones. La persona aprende que al realizar estas acciones (compulsivas), su ansiedad disminuye por un tiempo, hasta que la tensión vuelve a aumentar y se hace necesario repetir las.²⁴ Entonces se la ayuda a identificar los pensamientos angustiosos y compulsiones como “sus síntomas” y a etiquetarlos como tales. Entonces se puede luchar contra ellos: los pensamientos no significan que uno es malo o culpable.

Un mecanismo importante que ocurre en ese trastorno son las dudas constantes:³¹ “¿habré matado a alguien?, ¿podría matar o ahogar a mi bebé?”. La paciente no distingue adecuadamente entre los pensamientos y las acciones. Para la paciente los pensamientos son casi equivalentes a las acciones,³² lo que hace que siempre se sienta culpable. Se puede disminuir la ansiedad asociada respecto a los pensamientos, precisamente prescribiéndolos. Se le instruye para que piense durante un periodo de 15 minutos dos o tres veces al día exactamente sobre esos pensamientos atemorizantes. Entonces, si hace esta tarea, termina “habituándose” a ellos y pierden su valor de causar ansiedad, se vuelven aburridos.



En otras estrategias, la paciente puede escuchar una audio-grabación en la que repetitivamente se oyen esos pensamientos angustiosos. Otro método cognoscitivo es el disminuir gradualmente las acciones compulsivas y de exponerse gradual a los objetos temidos. Poco a poco la paciente se da cuenta de que sus predicciones catastróficas son falsas. Si el objeto fuera realmente peligroso, otras personas le temerían (por ejemplo la basura, los picaportes, etc.). Al evitar realizar las acciones compulsivas aprende que las consecuencias catastróficas que tanto teme no ocurren, lo que a la larga alivia el trastorno mismo. Otras intervenciones consisten en “detener los pensamientos” una vez que se han identificado, por lo que son manifestaciones de ansiedad y que si se continúan, crean más temor.³³

Farmacoterapia

Cuando es necesario, se pueden utilizar medicamentos inhibidores de la recaptación de la serotonina, tales como la paroxetina, fluoxetina, venlafaxina y la fluvoxamina. Los detalles sobre la utilización en el embarazo y post-parto descritos arriba se aplican a este trastorno también. Siempre habrá que valorar el balance entre los beneficios y los riesgos de estos medicamentos.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Consiste en una sensación de angustia y malestar emocional casi constante. Es crónico y se acompaña de múltiples manifestaciones somáticas. Es un padecimiento grave y produce mucho sufrimiento a la paciente. Hay poca información sobre su relación con el periodo perinatal. Sin embargo, el clínico encontrará pacientes que lo sufren desde antes, y cuyo embarazo y transición a la parentalidad se verán afectados por la ansiedad constante. Además, presentará temores relacionados, respecto al embarazo, bienestar del bebé, papel de madre, etc.

La paciente casi nunca está tranquila y siente una angustia flotante de que algo está mal. Los temores se refieren a muchas posibles áreas (la

familia, el trabajo, las relaciones con otras personas, la auto-imagen, etc.), son excesivos e incontrolables. Hay síntomas somáticos acompañantes, que consisten en sensación constante de tener algo atorado en la garganta, sentir que no se puede inhalar suficiente aire, taquicardia, sensación de opresión o dolor en el pecho, hiperventilación, sudoración y parestesias. El malestar no se relaciona con situaciones específicas o estímulos desencadenantes. Hay además dificultades para concentrarse, tensión muscular, fatiga e inquietud constante.

Prevalencia

Se estima que afecta a alrededor de 5% de la población general.³⁴ En la práctica clínica de médicos generales, un estudio internacional de la Organización Mundial de la Salud mostró una prevalencia de 8% de pacientes.³⁵ Es por lo tanto, mucho más frecuente que los otros trastornos de ansiedad.³⁴ Suele iniciarse alrededor de los 35 años. Un estudio encontró una frecuencia de 8.5% en el primer trimestre del embarazo.³⁶ En la etapa post-parto, varios estudios encontraron una frecuencia de entre 4 y 8%.³⁷

En cuanto a las manifestaciones clínicas, puede haber miedo excesivo respecto a la salud del feto, acompañado de temor a lo que pudiera suceder en el parto y después de éste, con el bebé. Para ser calificados como síntomas, las ansiedades y preocupaciones deben ser excesivas e interferir seriamente con el bienestar y el funcionamiento de la persona. El curso clínico es crónico.³⁶

Heron y su grupo³⁸ estudiaron el curso clínico de los trastornos de ansiedad durante el embarazo en un grupo de 8,323 mujeres a las 18 y a las 32 semanas de la gestación, y posteriormente a las ocho semanas y a los ocho meses post-parto. En la mayoría de mujeres con ansiedad post-parto, ésta ya existía desde la gestación.

Tratamiento

Es necesario tratar de utilizar las estrategias que no requieren medicamentos, como las terapias de relajación y las cognoscitivo

conductuales o las psicodinámicas. El tratamiento debe incluir enseñar a la paciente a relajarse y tratar de calmarse por sí misma.³⁹ Una técnica consiste en tensionar los músculos por unos minutos y luego relajarlos gradualmente en las diferentes regiones del cuerpo, tales como los miembros, los músculos glúteos, espalda, abdomen, cuello y cara. Las técnicas de biorretroalimentación (elevar por sí misma la temperatura de los dedos, respiración abdominal y sugestión autógena) pueden calmarla.

Se puede intentar una reestructuración cognoscitiva (enseñar a la paciente a reconocer la irracionalidad de sus preocupaciones sobre al presente y futuro), auto-vigilancia (detectar pensamientos negativos, catastróficos e improbables) y exponerse gradualmente a sus múltiples situaciones atemorizantes. Esto se facilita prescribiéndole que se imagine a propósito las situaciones catastróficas que teme, con un horario establecido “para preocuparse” en que no debe hacer otra cosa que eso. Las evaluaciones de la eficacia³⁹ han sido positivas.

Los métodos psico-educativos la ayudan a saber que no es la única que sufre de tales pensamientos y temores, y que otras personas los han logrado resolver. Recientemente se han propuesto⁴⁰ estrategias específicas: reconocer que la paciente tiene una “intolerancia de la incertidumbre”, y hay que enseñarla a aceptarla como algo usual en la vida. La paciente quiere siempre estar “segura” de que todo está bien, lo cual en condiciones normales es imposible. También puede creer que preocuparse “es bueno”, porque esto la ayuda a estar preparada para una posible contingencia. Cree mágicamente que si se preocupa, lo malo no puede pasar. Suele evitar abordar un problema a fondo y más bien se queda en la superficie de preocupación global basada en puras intuiciones e impresiones.

Cuando han de utilizarse medicamentos, los antidepresivos (inhibidores de la recaptación de la serotonina) pueden ser útiles. En casos muy graves pueden utilizarse ansiolíticos de tipo benzodiazepínico, pero de preferencia por muy corto tiempo y no durante el primer trimestre.

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Se caracteriza por síntomas de evitación de recuerdos desagradables, sensación constante de peligro así como sensaciones de revivir episodios traumáticos previos. La paciente responde con temor ante estímulos aparentemente triviales (desencadenantes) que le recuerdan experiencias abrumadoras.

Epidemiología

En la población abierta de adultos, las frecuencias informadas oscilan entre 1 y 14%. Las frecuencias se han reportado entre 2.5 y 7.5% de mujeres.^{28,41,42} Si se considera sólo la presencia de síntomas postraumáticos (y no del trastorno *per se*) es mucho mayor: alrededor de 25%.⁴³ Entre 20 a 30% de las mujeres que acuden a una sala de partos tendrán el antecedente de haber sufrido abuso sexual. Pueden ser retraumatizadas por la experiencia del nacimiento, que también puede ser traumática *per se*.⁴⁴

Manifestaciones clínicas

Tiene síntomas somáticos y psicológicos: *flashbacks*, pesadillas, temor, miedo a que se repita la experiencia y recuerdos perturbadores. A veces los recuerdos surgen por primera vez a la conciencia durante el embarazo o el parto.

Puede haber una reactivación de los síntomas de trauma y múltiples síntomas de somatización.⁴⁵

También se pueden presentar síntomas disociativos: no sentir ningún dolor o como si fuera ella misma quien está pariendo un bebé. Puede haber anestesia psicógena de una parte del cuerpo. La mujer puede pedir que se le realice una operación cesárea para evitar revivir experiencias relacionadas con los órganos sexuales. Puede haber miedo al bebé y evitar contacto con él.

Tratamiento

Se puede intervenir desde antes del parto. Se intenta ayudarla a hablar de sus experiencias anteriores, si es posible con un profesional de salud mental. Hay que validar las experiencias que ella reporta y establecer empatía con las



vivencias reveladas. Es necesario tratar de respetar los deseos de la mujer en cuanto a su parto, pues sus preferencias pueden estar basadas en su sintomatología. En general, es útil que exprese sentimientos asociados con sus recuerdos y reflexionar sobre ellos. A veces es necesario primero implementar una terapia de apoyo para ayudarla a contener sus emociones. La "terapia de manejo de las emociones"⁴⁵ puede ayudar a aquellas pacientes que tienen mucho enojo, irritabilidad, tristeza y labilidad emocional. Los formatos de grupo pueden contribuir a no sentirse tan aislada y culpable, al oír los relatos

y reacciones de otras personas que han atravesado por las mismas situaciones.

Las estrategias terapéuticas que involucran aspectos de relajación, disminución de la ansiedad: hipnoterapia, biorretroalimentación e imaginación guiada pueden ser útiles. También lo es la terapia de desensibilización y reprocesamiento de experiencias traumáticas por medio de movimientos oculares. La terapia con psicofármacos puede ser un tratamiento adjunto debido a la gravedad de los síntomas. Con antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina y los alfa-adrenérgicos (guanfacina y la clonidina).

ABSTRACT

The perinatal experience usually is difficult for all the involved ones, especially for the mother who sees transformed his physical, emotional, social and psychological situation. In case of the psychological aspect, it is possible that the mother develops disorders of diverse nature like of panic, obsessively compulsive (TOC), of widespread anxiety or for posttraumatic stress, which symptoms and treatment derive in a series of problematic both for the mother and for the baby. For which, it is necessary to be able to diagnose each of these disorders and, especially, apply an effective and opportune treatment for the well-being of both.

KEYWORDS: *Perinatal stage, disorders of anxiety, treatment, diagnosis.*

REFERENCIAS

1. Gluckman PD, Hanson MA. Developmental plasticity and human disease: research directions. *J Intern Med* 2007; 261: 461-71.
2. Godfrey KM, Lillycrop KA, Burdge GC, Gluckman PD, Hanson MA. Epigenetic mechanisms and the mismatch concept of the developmental origins of health and disease. *Pediatr Res* 2007; 61: 5R-10R.
3. DiPietro JA, Hilton SC, Hawkins M, Costigas KA, Pressman EK. Maternal stress and affect influence fetal neurobehavioral development. *Dev Psychol* 2003; 38: 659-68.
4. O'Connor TG, Heron J, Glover V. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independent of postnatal depression. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 2002; 41: 1470-7.
5. Dragonas T, Christodolou GN. Antenatal care. *Clin Psychol Rev* 1998; 18: 127-42.
6. March D, Yonkers KA. Panic disorder. En: Yonkers K, Little BB (eds.). *Management of psychiatric disorders in pregnancy*. London: Arnold Publisher; 2001, p. 134-48.
7. Yonkers KA, Zlotnick C, Allsworth J, Warshaw M, Seha T, Keller MB. Is the course of panic disorder the same in women and men? *Am J Psychiatry* 1998; 155: 596-602.
8. Cohen LS, Sichel DA, Dimmock JA, Rosenbaum JF. Impact of pregnancy on panic disorder: a case series. *J Clin Psychiatry* 1994; 55: 284-8.
9. Fonagy P. Psychoanalysis today. *World Psychiatry*; 2: 73-80.

10. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with panic disorder. Work group on panic disorder. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1-34.
11. Selkovskis PM. Cognitive behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther* 1989; 27: 677-82.
12. Sheehan DV. The management of panic disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 17-21.
13. Nascimento I, Lopes FL, Valença AM, Mezzasalma MA, Nardi AE. Transtorno do Pânico e gravidez. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26: 211-5.
14. Lanczik M, Knoche M, Fritze J. Psychopharmakotherapie während Gravidität und Laktation (Psicofarmacología durante el embarazo y la lactancia al seno materno). *Nervenarzt* 1998; 69: 1-9.
15. Dolovich LR, Addis A, Vaillancourt JM, Power JD, Koren G, Einarson TR. Benzodiazepine use in pregnancy and major malformations or oral cleft; meta-analysis of cohort and case-control studies. *Br Med J* 1998; 317: 839-43.
16. Altshuler LL, Cohen L, Szuba MP, Burt VK, Gitlin M, Mintz J. Pharmacologic management of psychiatric illness during pregnancy: dilemmas and guidelines. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 592-606.
17. Brandes M, Soares CN, Cohen LS. Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management. *Arch Womens Ment Health* 2004; 7: 99-110.
18. Angst J. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder. En: Hollander E, Zohar J, Maraziti D, Oliver B (eds.). *Current insights in obsessive-compulsive disorder*. West Sussex: Wiley; 1994, p. 93-104.
19. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam A. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1094-9.
20. Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM, Luenzmann KR. Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: a review of the literature. *J Anxiety Disord* 2003; 17: 461-78.
21. Butolph JL, Holland AD. Obsessive compulsive disorders in pregnancy and childbirth. En: Jenike M, Baer LK, Minichiello W (eds.). *Obsessive-compulsive disorders: theory and management*. Chicago: Year Book Medical; 1990, p. 89-97.
22. Uguz F, Gezginc K, Zeytinci IE, Karatayli S, Askin R, et al. Obsessive-compulsive disorder in pregnant women during the third trimester of pregnancy. *Compr Psychiatry* 2007; 48: 441-5.
23. Uguz F, Akman C, Kaya N, Cilli AS. Postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: incidence, clinical features and related factors. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 120-1.
24. Hassam F, Brockington I. Obsessions of foetal sexual abuse. *Arch Womens Ment Health* 1999; 1: 193-5.
25. Piacentini J, Langley AK. Cognitive-behavioral therapy for children who have obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol* 2004; 60: 1181-94.
26. Wisner KL, Peindl KS, Gigliotti T, Hanusa BH. Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 176-80.
27. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown obsessive compulsive scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 46: 1012-6.
28. Loveland Cook CA, Flick LH, Homan SM, et al. Posttraumatic stress disorder in pregnancy: prevalence, risk factors and treatment. *Obstet Gynaecol* 2004; 103: 710-7.
29. Jennings KD, Ross S, Pepper S, Emore M. Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. *J Affective Dis* 1999; 54: 21-8.
30. Shruers K, Koning K, Luermans J, Haack MJ, Griez E. Obsessive-compulsive disorder: a critical review of therapeutic perspectives. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111: 261-71.
31. Myers SG, Wells A. Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility. *J Anxiety Disord* 2005; 17: 806-17.



32. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. *Behav Res Ther* 1993; 31: 149-54.
33. Chelmow D, Halfin VP. Pregnancy complicated by obsessive-compulsive disorder. *J Matern Fetal Med* 1997; 1: 31-4.
34. Kessler RC, Wittchen HU. Patterns and correlates of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 4-10.
35. Ustun TB, Sartorius N (eds.). *Mental illness in general health care: An international study*. NY: John Wiley & Sons; 1995.
36. Sutter-Dallay AL, Giacomme-Marcésche V, Glatigny-Dallay E. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective study of the MATQUID cohort. *European Psychiatry* 2004; 19: 459-63.
37. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC. Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Arch Womens Ment Health* 2003; 6: 43-9.
38. Heron J, O'Connor T, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Dis* 2004; 80: 65-73.
39. Lang AG. Treating generalized anxiety disorder with cognitive-behavioral therapy. *J Clin Psychiatry* 2004; 65:14-9.
40. Ladouceur R, Dugas MJ, Freeston MH, et al. Efficacy of a cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 957-64.
41. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry*; 67: 1285-98.
42. Soderquist J, Wijman K, Wijma B. Traumatic stress in late pregnancy. *J Anx Dis* 2004; 18:127-42.
43. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003; 30: 36-46.
44. Leeners B, Richter-Appelt H, Schönfeld K, Neumaier-Wager P, Görres, Gath W. Schwangerschaft und Mutterschaft nach sexuellen Missbrauchserfahrungen im Kindesalter: Auswirkungen und Ansätze zu einer verbesserten Betreuung bei Schwangerschaft, Geburt, Still- und früher Neugeborenenzeit (Embarazo y maternidad después experiencias de abuso sexual en la niñez: mecanismos y estrategias para un mejor cuidado durante el embarazo, nacimiento y etapa post-parto). *Dtsch Arztlbl* 2003; 100: 11.
45. Zlotnick C, Shea TM, Rosen K, Simpson E, Mulrenin K, Begin A, Pearlstein T. An Affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Behav Sci* 1997; 10: 424-36.