

Revisión

Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto

Posttraumatic stress disorder on childbirth: pregnancy, birth and postpartum

Jesús Sánchez Montoya , Graciela Palacios Alzaga

Matronas. Bloque Obstétrico. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid

RESUMEN

En esta revisión bibliográfica, se presenta el estado actual de las investigaciones sobre el trastorno de estrés postraumático (TEPT) asociado al embarazo, el parto y el posparto, exponiendo los conocimientos más relevantes para la práctica diaria de los profesionales que trabajan con las mujeres y sus familias.

Palabras clave: Trastorno de estrés postraumático (TPET), embarazo, parto, posparto, cesárea, aborto.

ABSTRACT

This bibliographical revision presents the current state of investigations on posttraumatic stress disorder (PTSD) associated to pregnancy, childbirth and postpartum, assessing the most relevant knowledge, for daily practice of professionals who work with women and their families.

Key words: Posttraumatic stress disorder (PTSD), pregnancy, childbirth, obstetric labour, postpartum, cesarean, abortion.

INTRODUCCIÓN

A pesar de ser el tercer trastorno psiquiátrico más frecuente en las mujeres embarazadas (tras la depresión y la dependencia nicotínica) y de su trascendencia (superior a otras complicaciones obstétricas), el trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un cuadro inadecuadamente identificado en la práctica clínica. Su diagnóstico y su tratamiento suelen realizarse asociados a otras patologías (depresión, abuso de sustancias...) ^{1,2}. Los criterios diagnósticos establecidos en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) ³ se presentan en la tabla 1.

El TPET representa una de las formas de estrés humano más severas e incapacitantes, y genera importantes disfunciones familiares, sociales y laborales. Su severidad depende de diversos factores, y es más grave y duradero cuando lo provoca deliberadamente otro ser humano ⁴.

Los datos psicológicos y biológicos sugieren que un fracaso para controlar la respuesta al estrés en el momento del trauma facilita el desarrollo del TEPT ⁵. La respuesta inicial de miedo, inherentemente biológica, está influenciada por las características del acontecimiento, la personalidad del individuo, su interpretación subjetiva, experiencias previas ⁵, el género femenino (acumulación de tensiones, estilos de afrontamiento, mecanismos de adaptación y meca-

nismos neuroendocrinos), trastornos afectivos, abusos y traumas durante la infancia y la adolescencia, dificultades socioeconómicas e historia familiar psicopatológica o de abuso de tóxicos ^{6,7}. Como consecuencia, las mujeres tienden a desarrollar el trastorno dos veces más que los hombres, a pesar de tener menos probabilidades de exponerse a situaciones amenazantes ⁸⁻¹¹.

Se estima que entre un 10 y un 18,3% de las mujeres serán diagnosticadas de TEPT a lo largo de su vida, con un importante índice de cronificación (el 33% de los casos supera los 60 meses) y de comorbilidad (el 75% de los casos presenta al menos otro diagnóstico) ^{2,6}.

Trastorno de estrés postraumático en el embarazo y el parto

Aunque ya en 1978 Bydlowski y Raoul-Duval ¹² describieron por primera vez el estrés traumático después del parto, embarazo y parto fueron específicamente relacionados e identificados como causa de TEPT en la década de los noventa, con los trabajos de Ballard, et al. ¹³.

El embarazo constituye un acontecimiento excepcional en la vida de las mujeres, pudiendo desencadenar emociones y sensaciones corporales muy intensas, diversas respuestas psicológicas (alegría, satisfacción, orgullo, miedo, ansiedad, distanciamiento) ¹⁴ y reactivar memo-

Tabla 1. Criterios diagnósticos establecidos en el «Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales» (DSM-IV)³. Trastorno de estrés postraumático

Aparece en personas expuestas a acontecimientos marcadamente angustiantes en los que ocurrieron daños graves o amenaza de la propia vida, provocando una respuesta intensa de miedo o indefensión. El suceso vivido no tiene que encontrarse necesariamente fuera del marco habitual de la experiencia humana, pues la exposición a estresores comunes puede ser causa de estrés postraumático

Reexperimentación del evento

- Pesadillas
- Recuerdos intrusos
- Vivencias retrospectivas

Evitación conductual y cognitiva y embotamiento emocional

- Esfuerzos por evitar actividades y lugares
- Incapacidad para recordar detalles importantes del hecho
- Desinterés y desapego
- Restricción de la vida afectiva

Síntomas de hiperactividad

- Alteraciones del sueño
- Dificultad de concentración
- Ansiedad, irritabilidad o arrebatos de ira
- Hipervigilancia
- Episodios de sobresalto exagerado
- Complejo somático (palpitaciones, dificultad para respirar, sudoración) cada vez que se recuerda el hecho desencadenante

Más de 1 mes de duración de la sintomatología

Malestar clínico significativo o deterioro en las áreas más importantes de actividad del individuo. Especificar:

- Agudo (menos de 3 meses)
- Crónico (más de 3 meses)
- Comienzo demorado (los síntomas se presentan después de 6 meses)

Otras características asociadas: culpa, fobias, disociación, aislamiento, hostilidad, conducta impulsiva autodestructiva, sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperanza, sentimiento permanente de daño, pérdida de valores mantenidos, impresión de amenaza constante, imposibilidad de relacionarse con los demás o cambios en las características previas de la personalidad

rias traumáticas previas (exploraciones ginecobstétricas, parto, cesárea)¹⁵. Además, determinados cambios hormonales pueden influir en la expresión del trastorno (déficit de actividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, interacción oxitocina-prolactina, modificaciones hormonales derivadas del alumbramiento)⁷.

Numerosas circunstancias pueden hacer del parto una experiencia especialmente traumática¹⁶⁻¹⁸, si bien este cuadro es más frecuente en mujeres con partos normales, lo que sugiere una posible relación entre el trabajo de parto y su funcionamiento psicológico¹⁹. Aunque predecible, la incertidumbre acerca de su progresión y el resultado final convierte el parto en una situación que algunas mujeres perciben como amenazadora para sí misma y sus bebés^{2,20}.

Objetivo

Establecer el estado actual de las investigaciones sobre el TEPT asociado al embarazo, el parto y el posparto, exponiendo los conocimientos más relevantes para la práctica clínica de los profesionales que trabajan con las mujeres y sus familias.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Embase, Cochrane Library, UpToDate e Índice Médico Español utilizando los descriptores *post-traumatic stress disorder (PTSD)*, *pregnancy*, *childbirth*, *delivery*, *postpartum*, *cesarean*, *pregnancy lost*, *pregnancy complications* y *traumatic birth*.

Se han incluido artículos publicados en inglés y español entre 1995 y 2006, concretamente 23 revisiones, 19 estudios descriptivos, 4 de cohortes, 2 de casos y controles, 5 de casos, 1 ensayo clínico y 2 investigaciones cualitativas.

Existen varias limitaciones que deben tenerse en cuenta en los estudios revisados:

- Mayoritariamente son transversales y retrospectivos, por lo que no resulta posible discriminar entre casos nuevos de TEPT posparto y casos reactivados (y debidos a otras causas) o recurrencias.
- La variedad en los factores de riesgo estudiados, las diferentes escalas empleadas para valorar las consecuencias y la diversidad de países en los que se han realizado dichos estudios dificultan las comparaciones.

- Algunos han utilizado muestras pequeñas, lo que reduce la capacidad de encontrar diferencias estadísticamente significativas.
- El diseño de varios estudios presenta problemas metodológicos.

La mayor parte de las investigaciones valoran el TEPT mediante cuestionarios que sólo incluyen los criterios diagnósticos B, C y D.

Algunos estudios sugieren que aspectos subjetivos del parto aparecen fuertemente asociados a respuestas de estrés traumático, sin estudiarse en relación con el TEPT. Sólo una investigación cualitativa analiza las experiencias de madres con partos traumáticos.

Ninguno incluye datos sobre la presencia del TEPT en todas las etapas (antes del embarazo, durante la gestación y el parto, y en el posparto).

RESULTADOS

Epidemiología del trastorno de estrés postraumático

Dado que los estudios que aportan datos significativos son escasos y no existe uniformidad en cuanto a los parámetros y la metodología utilizados, los índices de prevalencia se distribuyen en márgenes relativamente amplios^{1,2,6,21-30}.

La prevalencia del TEPT en etapas previas al embarazo^{1,6} varía entre el 10%⁶ y el 13,6%¹.

En el embarazo y el parto, las cifras oscilan entre el 2,3%^{27,28} y el 8,1%²⁹.

En las primeras 4-6 semanas del posparto, se describen porcentajes comprendidos entre el 1,9%²⁵ y el 5,6%³⁰, que descienden a partir de los 6 meses al 0,8%²⁶, o al 2,4%²².

Las discrepancias observadas en ciertas cifras se deben a la inclusión de casos de TEPT que cumplen sólo criterios B, C y D^{27,29}, de casos con síntomas de TEPT y depresión asociada durante el embarazo².

Trastorno de estrés postraumático y factores de riesgo

La literatura existente estructura los factores de riesgo según el momento en que se realiza el diagnóstico del trastorno.

Previos a la gestación

Pueden influir en el transcurso de ésta:

- Una historia de problemas psiquiátricos, depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada¹⁹⁻²¹.
- El abuso o la dependencia de nicotina y/o drogas ilegales¹.
- El estrés medioambiental elevado²⁰ o más de 2-5 sucesos vitales estresantes^{1,31}.

- Una o más enfermedades graves en la vida¹.
- El maltrato en la infancia, la violencia doméstica, los abusos físicos y/o sexuales en los últimos 15 meses^{1,8,21}. Estas mujeres viven la maternidad como una amenaza para su integridad física. Los procedimientos obstétricos les resultan agresivos, y pueden originar depresión y reactivación de la sintomatología del TEPT.
- La separación de la madre durante la infancia (>6 meses)¹.
- Las experiencias obstétrico-ginecológicas previas traumáticas^{8,20,32,33}. Un parto traumático²⁰, un parto instrumental, una cesárea urgente o un mal resultado perinatal pueden desencadenar reacciones psicológicas negativas en el posparto e inducir miedo al parto en un embarazo posterior, incrementando³⁰, el riesgo de malos resultados obstétricos y perinatales, o aumentar la tendencia al TEPT (referido como ansiedad), siendo los estresores la preocupación por el bebé y los recuerdos del trabajo de parto³⁴.

Asociados al embarazo

- Estrés pretraumático y/o intenso miedo al parto^{20,27}.
- Preocupación de la mujer por sí misma y miedo por la vida del bebé^{21,30}.
- Paridad: las primíparas refieren menor control de la situación y menor preparación para los procedimientos obstétricos, y perciben el parto peor de lo que habían esperado¹⁹; las multíparas con experiencias negativas del parto anterior expresan más miedo, y son más vulnerables durante su próximo embarazo y parto^{27,35}. Sin embargo, el efecto de la paridad desaparece controlando la influencia del modo del parto y los factores psicológicos relacionados²: la novedad y el incremento de la ansiedad.
- Depresión durante el embarazo³¹.
- Consultas psicológicas o psiquiátricas relacionadas con el parto^{20,27}.

Relacionados con el trabajo de parto

- Alto grado de intervención obstétrica³⁰.
- Complicaciones obstétricas^{17,18,23,31,36-40}: preeclampsia, malformaciones fetales, recién nacido de bajo peso, extracción manual de la placenta.
- La cesárea urgente y la instrumentación, con o sin analgesia efectiva, suelen indicarse en situaciones de emergencia y/o fracaso en el progreso del trabajo de parto^{2,20,41}. La suma del estrés causado por la intervención, la percepción de una mayor amenaza para la vida de la mujer y/o del feto y la separación del recién nacido pueden contribuir a la aparición de respuestas disociativas (pérdida de identidad) y síntomas de trauma agudo (sentimientos de violación)^{2,41}.

- La vivencia del dolor del parto (influida por su intensidad, tolerancia, tipo y efecto de analgesia y la presencia o no de la pareja) puede ser un suceso traumático. Sin embargo, la experiencia de este dolor aparece más fuertemente asociada con la respuesta de estrés traumático que con el TEPT^{2,21}.
- La presencia de dolor pertinaz tras el parto contribuye al desarrollo de síntomas de trauma agudo y, aunque temporal, puede ser devastador y conducir a sentimientos de desesperanza, preocupación y alteraciones del sueño, interfiriendo con la capacidad de afrontamiento y recuperación de la mujer en el posparto inmediato³⁰. Su duración como «recuerdo» puede abarcar desde las primeras 24-48 horas posparto hasta los 3 años después del nacimiento²¹.
- La realización de episiotomía²¹.
- Insatisfacción con los cuidados intraparto y valoración negativa del parto: bajos niveles de apoyo de la pareja y los profesionales, falta de información y escucha durante los procedimientos e intervenciones, falta de consentimiento e interacción negativa con los profesionales^{19,21,30}.

Objetivables en el posparto

- Estrés adicional².
- Apoyo escaso².
- Culpa hacia sí misma o hacia los profesionales^{21,30,41}.
- Sensación de pérdida de control sobre el proceso^{21,22}.
- Sentimiento de pérdida del parto idealizado³⁰.
- Menor confianza en la capacidad de afrontamiento²¹.

Existen otros factores no asociados consistentemente al TEPT, aunque sí a la valoración del parto como traumático (tabla 2). En éstos, la mujer considera su experiencia como traumática sin asociación psicopatológica en ello y con la respuesta de estrés traumático, ya que tiene reexperiencias y/o evita síntomas, particularmente en las primeras 6 semanas, pero no incluye los criterios para TEPT. Los estudios muestran que la mayoría de estas mujeres se recuperan espontáneamente durante los 3 primeros meses después del acontecimiento^{2,19,21,30}.

Complicaciones obstétricas relacionadas con el trastorno de estrés postraumático

Aunque está bien documentada la aparición del cuadro y el curso clínico del TEPT tras partos eutócicos, su incidencia aumenta tras gestaciones con complicaciones:

- Cesárea. Los estudios revisados por Clement⁴¹ se centran especialmente en cuatro consecuencias psicológicas de las cesáreas: depresión materna, satisfacción con el parto, relación con el hijo y lactancia materna, e identifican otros factores implicados en el desarrollo del TEPT:

- Tipo de anestesia, en detrimento de la anestesia general.
- Vulnerabilidad psicológica (antecedentes psiquiátricos, baja autoestima, problemas de pareja...).
- Actitud respecto al parto (deseo de «parto natural»).
- Baja calidad o falta de apoyo de los profesionales durante el proceso (información recibida, grado de participación en la toma de la decisión, oportunidad de la indicación).
- Preeclampsia, en especial cuando se inicia precozmente, es severa o desemboca en un síndrome de HELLP. Con frecuencia, obliga a realizar procedimientos médicos y/o quirúrgicos inesperados, y en más de la mitad de los casos finalizan en una cesárea con alto riesgo de complicaciones maternoperinatales^{36,37}. Sin embargo, según Engelhard³⁶, como factor añadido al parto pretérmino, no aumentaría la patología psiquiátrica.
- Los recién nacidos de muy bajo peso. Sus complicaciones a largo plazo se asocian a ansiedad, depresión y respuesta traumática en estas madres hasta 14 meses posparto (elevada morbilidad sociolaboral y dificultades para el establecimiento del vínculo maternofilial y la respuesta parental)^{17,18,38,40}.

Tabla 2. Factores no relacionados de forma consistente con el TEPT^{2,19-21,30}

- Factores demográficos: edad, estado civil, nivel socioeconómico y educativo^{2,19,21}
- Factores psicológicos*: ansiedad anticipatoria, afrontamiento ineficaz, desconfianza sobre la propia capacidad^{21,31}
- Antecedentes familiares de enfermedad física o mental²
- Historia obstétrica^{2*}
- Preparación para el parto³¹
- Paridad y/o número total de hijos en la familia^{21,31}
- Riesgo obstétrico³¹
- Apoyo de la pareja en el embarazo y el parto^{19,31*}
- Inducción del parto^{2,21}
- Duración del trabajo de parto^{20,21}
- Intensidad del dolor y tipo de dolor referido^{2,21}
- Método de monitorización²¹
- Presentación de nalgas²¹
- Desgarro vaginal²¹
- Pérdida sanguínea²
- Tipo de parto^{2,21*}
- Intervenciones médicas, cuidados de las matronas en el parto, relaciones negativas con los profesionales^{19,21,31*}
- Complicaciones con el bebé^{2*}
- Dolor durante el trabajo de parto y uso de analgesia²⁰
- Decepción respecto a las expectativas creadas y bajo nivel de control de la situación^{21*}

*Existen discrepancias entre los distintos autores.

- Diagnóstico prenatal de malformación fetal. Genera decepción y estrés severo, agravado ante la ineludible decisión de continuar o no la gestación³⁹. Cuando se asume esta segunda alternativa, la inducción del trabajo de parto y el parto vaginal desencadenan una experiencia traumática y un sentimiento de duelo que puede tener un curso complicado, colocando a la mujer en un mayor riesgo de sufrir patologías psiquiátricas después del aborto, especialmente durante los 6 primeros meses.
- El aborto espontáneo. No está incluido en la categoría de experiencias traumáticas; sin embargo, algunas mujeres son extremadamente vulnerables y tienen grandes dificultades para recuperarse de la pérdida de un bebé esperado. Tras un aborto o pérdida fetal, del 10 al 25% de las mujeres cumplirían criterios del trastorno agudo dentro del primer mes, disminuyendo hasta el 5-7% a los 6 meses y al 4% a los 12 meses⁴²⁻⁴⁵.

Es relevante el hecho de que el 50% de las mujeres que abortan vuelven a embarazarse dentro del año siguiente, experimentando mayores niveles de ansiedad durante el embarazo que gestantes sin aborto previo⁴⁵. Entre un 3 y un 20% de ellas presentan una reactivación del TEPT en el tercer trimestre^{43,46,47}.

Según Hofberg^{32,33}, algunas mujeres evitarían un futuro embarazo para no verse obligadas a enfrentar un acontecimiento traumático para ellas, especialmente si el TEPT no se ha resuelto.

Consecuencias del trastorno de estrés postraumático

Los estudios confirman que este trastorno puede afectar a la experiencia del embarazo y el parto y a la vivencia de la maternidad de la mujer, con graves repercusiones personales y en su entorno familiar, social y laboral.

Durante el embarazo

- Las mujeres con diagnóstico de TEPT manifiestan frecuentemente deseos de no embarazarse en el futuro²¹. Comparadas con mujeres que no lo padecen, suelen desarrollar hasta cinco veces más un episodio depresivo, tres veces más ansiedad generalizada o trastorno de pánico, y más conductas de riesgo (consumo de tóxicos, malnutrición, trastornos alimentarios, conductas sexuales de riesgo y agresividad), con mayor probabilidad de autolesiones o suicidio^{36,42,48,49}.
- El TEPT está asociado a la aparición de más patologías obstétricas y perinatales^{1,5,48,49}: embarazos ectópicos, abortos, hiperemesis, amenazas de parto prematuro, crecimiento fetal excesivo.



© SHARON DOMINICK

Durante el parto

- Las mujeres afectadas por este síndrome tienen más tendencia a no contar con su pareja y a desarrollar síntomas de disociación^{15,17,18,50}:
 - Sentirse espectadoras durante el trabajo de parto y expulsivo.
 - Presentar una sensación disminuida de dolor, o bien lo contrario: incremento de la sensibilidad dolorosa, múltiples quejas...
 - Padecer ansiedad constante.
 - Sentirse incitadas o aguijoneadas por la pareja o el personal que las atiende.
- Existe mayor probabilidad de disfunciones en el parto: analgesia ineficaz, descontrol, ataques de pánico y mayor necesidad de episiotomía^{15,21}.

En el posparto^{15,17,18,27,50}

- Dificultad de acercamiento al recién nacido.
 - Dificultades con la lactancia.
 - No aceptación del rol materno.
 - Percepción de pérdida de apoyo sociofamiliar.
 - Aislamiento (evitan coincidir con otras madres y sus bebés).
- Además, y como consecuencia de acontecimientos obstétricos traumáticos con criterios de TEPT ocurridos en una gestación anterior, la depresión posparto o

las dificultades de interacción con el bebé, se puede desarrollar el miedo al parto o a la muerte durante el parto (tocofobia)^{32,33}, que puede alcanzar tal intensidad que algunas mujeres evitan los procedimientos ginecológicos u obstétricos e incluso llegan a solicitar una cesárea electiva^{32,33,35,50}.

Diagnóstico del trastorno de estrés postraumático

Con frecuencia, la observación clínica no es suficiente para el diagnóstico y es necesario disponer de instrumentos de cribado sencillos y fiables que, ajustándose a los criterios del DSM-IV³, permitan detectar el trastorno para iniciar el tratamiento con la mayor brevedad posible y evitar la progresión de la psicopatología y la comorbilidad.

A pesar de que existen numerosas escalas de medida que valoran la presencia, gravedad, evolución y respuesta al tratamiento del TEPT, actualmente no se dispone de ningún cuestionario validado que diagnostique específicamente este síndrome con relación al embarazo, el parto y el posparto. En consecuencia, se emplean escalas ya existentes, como la Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) o la Davidson Trauma Scale (DTS)⁵¹, previa adaptación de sus ítems a las distintas etapas de la maternidad. Algunos de los instrumentos de medida utilizados por los autores son:

- PTSD Symptom Scale (PSS)².
- Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire Measure (PTSD-Q)²⁰.
- Traumatic Event Scale (TES)¹⁹.
- Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)⁸.
- Posttraumatic Diagnostic Scale (PTDS)⁸.
- The Wijma Delivery Experience/Expectancy Questionnaire (W-DEQ)²⁰.
- The Acute Stress Disorder Interview⁹.
- The Acute Stress Disorder Scale⁹.
- En la práctica clínica actual, no existen protocolos de detección ni criterios estandarizados de derivación hacia servicios de salud mental para que las mujeres afectadas por el TEPT accedan a terapias adecuadas.

Tratamiento del trastorno de estrés postraumático

Los objetivos principales del tratamiento del TEPT en el embarazo, el parto y el posparto son la remisión de síntomas y secuelas, la disminución de la comorbilidad, mejorar la calidad de vida, incrementar la resistencia al estrés, mantener la mejoría obtenida, y evitar la cronificación y el abandono de las terapias^{52,53}.

La evolución con el tratamiento suele ser positiva en la mayoría de los casos, y sólo cronifican aquellos que pre-

sentan una patología previa de la personalidad, siendo sumamente importante conseguir una buena adherencia⁵².

La terapéutica del síndrome de estrés postraumático tiene una triple vertiente⁵³. El tratamiento psicológico⁵⁴ permite varios enfoques:

- Terapias cognitivoconductuales^{2,54-57}.
- Terapias psicodinámicas⁵⁸.
- Terapias de grupo⁵⁸.

Se ha comprobado que algunos fármacos antidepresivos (fenelcina, sertralina), en combinación con ansiolíticos y, más recientemente, ciertos anticonvulsivantes (carbamacepina, ácido valproico), pueden reducir los síntomas asociados al trastorno, aliviando el estrés y el bloqueo emocional^{53,54}.

La intervención educativa tiene por objeto ayudar a las pacientes a conocer la naturaleza de sus síntomas incluyendo estrategias de afrontamiento y habilidades de solución de problemas^{1,53,57-59}.

Con discutido apoyo científico, se pueden utilizar terapias alternativas⁵⁷, solas o combinadas (acupuntura, aromaterapia, homeopatía, medicina holística, reflexología, yoga, taichí, programación neurolingüística...), mientras que las técnicas hipnóticas⁵⁴, útiles en la sintomatología disociativa, carecen del rigor metodológico suficiente como para considerarse un tratamiento eficaz para el TEPT.

Prevención del trastorno de estrés postraumático

La identificación temprana del trastorno y de los factores de riesgo sobre los que se pueda intervenir, así como su tratamiento precoz, pueden evitar la cronificación y el desarrollo de trastornos comórbidos que, a su vez, ensombrecerían el pronóstico de la enfermedad^{2,53,55,57}.

Actividades preventivas primarias

- Realizar una historia detallada que permita detectar mujeres vulnerables en el embarazo, el parto y el posparto.
- Explorar las expectativas de las mujeres respecto a su parto.
- Permitir que las mujeres mantengan el control sobre el proceso de su parto siempre que sea posible.
- Evitar procedimientos obstétricos que puedan desencadenar respuestas de estrés.
- Ofrecer alternativas en el modo de parir.

Actividades preventivas secundarias

- Captar sentimientos de decepción respecto a las expectativas previas.
- Identificar a las mujeres que muestren respuestas de estrés durante el parto.

- Vigilar la aparición de síntomas precoces del trauma en las púerperas.
- Facilitar el acceso al tratamiento adecuado.

Actividades preventivas terciarias

- Realizar seguimientos y controles a largo plazo a estas mujeres y sus familias.

CONCLUSIONES

A pesar de su elevada comorbilidad y cronicidad, así como de la gran repercusión sobre la salud física, mental, sexual y reproductiva de la mujer, el bienestar de los hijos y la unidad familiar, existe una identificación inadecuada de este trastorno en la práctica clínica.

La dificultad para reconocer el cuadro y realizar un diagnóstico diferencial y la falta de escalas de valoración específicas ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar y validar instrumentos de cribado capaces de identificar precozmente el TEPT en todo el proceso de la maternidad. Dichas escalas deberían recoger las percepciones y vivencias que las mujeres tienen del embarazo, parto, posparto y de los cuidados y apoyo recibidos.

La asociación del diagnóstico y tratamiento del TEPT a los de otras patologías psiquiátricas determina una elevada prevalencia del cuadro en relación con bajos ratios de tratamiento. Todos los estudios revisados destacan la necesidad de una mayor investigación para orientar las terapias.

Los profesionales de la salud materno-infantil no están entrenados para reconocer y manejar estos casos, y es precisa la intervención de expertos cualificados en salud mental. Paradójicamente, se emplean escasos recursos en el manejo de los trastornos de salud mental de las mujeres embarazadas, considerando sus consecuencias a largo plazo.

Sería conveniente alertar y formar a los profesionales acerca de este cuadro, pues la gestación es una excelente oportunidad para detectar problemas y factores de riesgo e identificar el TEPT. Este proceso requiere un análisis individualizado, la implicación personal de las afectadas, adecuados conocimientos de los profesionales y la actualización de los modelos sobre la formación del síndrome, los factores de riesgo y los desencadenantes relacionados con el parto.

La respuesta de estrés al embarazo y al parto es individual y depende de la situación vital, de la información recibida, de los acontecimientos, de las intervenciones realizadas y de la inclusión de la mujer en la toma de decisiones. En este sentido, es importante considerar los síntomas de estrés pretraumático y miedo al parto en las mujeres embarazadas y reflexionar más profunda-

mente sobre la sensación referida como «pérdida de control de los acontecimientos o de su propia conducta durante el parto», puesto que algunas investigaciones sugieren la posible asociación entre la expectativa de poder mantener el control sobre el proceso del parto y una mayor satisfacción con la experiencia.

Considerando que la mejor intervención es prevenir un parto traumático y que unos resultados obstétricos-perinatales exitosos no deben justificar una experiencia traumática, las investigaciones futuras deberían permitir diferenciar los casos de TEPT previo de aquellos que se desarrollen como resultado directo del parto, ya que es posible que la vulnerabilidad y los factores de riesgo difieran para estos dos grupos. Identificar estos factores durante el embarazo permitiría, por un lado, evitar los procedimientos obstétricos que desencadenarán respuestas de estrés y, por otro, ofrecer a estas mujeres alternativas en el modo de parir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Loveland CA, Flick LH, Homan SM, Campbell C, McSweeney M, Gallagher ME. Posttraumatic stress disorder in pregnancy: prevalence, risk factors and treatment. *Obstet Gynecol.* 2004; 103(4): 710-17.
2. Ayers S. Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clin Obstet Gynecol.* 2004; 47(3): 552-67.
3. American Psychiatric Association. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson, 1997.
4. Amor PJ, Echeburúa E, De Corral P, Zubizarreta I, Sarasua B. Perfil psicopatológico diferencial en víctimas de maltrato doméstico y en víctimas de agresiones sexuales. *Anal Modif Cond.* 2001; 27(114): 605-29.
5. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *NEJM.* 2002; 346(2): 108-14.
6. Smith MV, Poschman K, Cavaleri MA, Howell HB, Yonkers KA. Symptoms of post-traumatic stress disorder in a community sample of low-income pregnant women. *Am J Psychiatry.* 2006; 163: 881-4.
7. Halbreich U. Anxiety disorders in women: a developmental and lifecycle perspective. *Depress Anxiety.* 2003; 17: 107-10.
8. Mezey G, Bacchus L, Bewley S, White S. Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005; 112: 197-204.
9. A national center for post-traumatic stress disorder (NCPTSD). What is posttraumatic stress disorder? [Acceso Sep 2005]. Disponible en: <http://www.ncptsd.org>
10. Arroyo A. Mujer maltratada y trastorno por estrés posttraumático. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna.* 2002; 29(2): 77-82.
11. Moylan PL, Jones HE, Haug NA, Kissin WB, Svikis DS. Clinical and psychosocial characteristics of substance-dependent pregnant women with and without PTSD. *Addict Behav.* 2001; 26: 469-74.
12. Bydlowski M, Raoul-Duval A. Un avatar psychique meconnu de la puerperalite: la nervrose traumatique pos-obstericale. *Perspect Psychiatr.* 1978; 4: 321-8.
13. Ballard CG, Stanley AK, Brockington IF. Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *Br J Psychiatry.* 1995; 166: 525-8.
14. Kennedy HP, MacDonald EL. "Altered consciousness" during childbirth: potential clues to post traumatic stress disorder? *J Midwifery Womens Health.* 2002; 47(5): 380-2.
15. Lartigue T. Normalidad y patología en la gestación I. [Acceso 15 Oct 2005]. Disponible en: <http://www.kaimh.org/slides/brasil/1/tsld001.htm>

16. Fones C. Posttraumatic stress disorder occurring after painful childbirth. *J Nerv Ment Dis.* 1996; 184(3): 195-6.
17. Beck CT. Birth trauma in the eye of the beholder. *Nurs Res.* 2004; 53(1): 28-35.
18. Beck CT. Post-traumatic stress disorder due to childbirth the aftermath. *Nurs Res.* 2004; 53(4): 216-24.
19. Wijma K. Why focus on 'fear of childbirth'? *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2003; 24: 141-3.
20. Söderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress in late pregnancy. *J Anxiety Disord.* 2004; 18: 127-42.
21. Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *J Clin Psicol.* 2000; 39: 35-51.
22. White T, Matthey S, Boyd K, Barnett B. Postnatal depression and post-traumatic stress after childbirth: prevalence, course and co-occurrence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology.* 2006; 24 (2): 107-20.
23. Adewuya AO, Ologun YA, Ibigbami OS. Post-traumatic stress disorder alter childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG.* 2006; 113: 284-8.
24. Smith MV, Rosenheck RA, Cavaleri MA, Howell HB, Poschman K, Yonkers KA. Screening for and detection of depression, panic disorder, and PTSD in public-sector obstetric clinics. *Psychiatr Serv.* 2004; 55(4): 407-14.
25. Soet JE, Breck GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth.* 2003; 30: 36-46.
26. Skari H, Skreden M, Malt UF. Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth—a prospective population based study of mothers and fathers. *Br J Obstet Gynaecol.* 2002; 109: 1.154-63.
27. Söderquist J, Wijma B, Wijma K. The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2006; 27(2): 113-9.
28. Söderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2002; 23(1): 31-9.
29. Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth.* 2001; 28(2): 111-8.
30. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth.* 2000; 27(2): 104-11.
31. Cohen MM, Ansara D, Schei B, Stuckless N, Stewart DE. Posttraumatic stress disorder after pregnancy, labor, and delivery. *J Womens Health.* 2004; 13(3): 315-24.
32. Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J.* 2003; 79: 505-10.
33. Hofberg K, Ward MR. Fear of childbirth, tocophobia, and mental health in mothers: the obstetric-psychiatric interface. *Clin Obstet Gynecol.* 2004; 47(3): 527-34.
34. Reynolds JL. Posttraumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *CMAJ.* 1997; 156(6): 831.
35. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Könönen T, Halmesmaki E. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstet Gynecol.* 2001; 98(5 Pt 1): 820-6.
36. Engelhard IM, Van Rij IM, Boullart I, Ekhart THA, Spaanderman MEA, Van den Hout MA, et al. Posttraumatic stress disorder after pre-eclampsia: an exploratory study. *Gen Hosp Psychiatry.* 2002; 24: 260-4.
37. Van Pampus MG, Wolf H, Weijmar WCM, Neeleman J, Aarnoudse JG. Posttraumatic stress disorder following pre-eclampsia and HELLP syndrome. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2004; 25: 183-7.
38. Kersting A, Wesselmann U, Lüdorff K, Witthaut J, Ohrmann P, Hörnig-Franz I, et al. Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. *J Psychosom Res.* 2004; 57: 473-6.
39. Kersting A, Reutemann M, Ohrmann P, Baez E, Klockenbusch W, Lanczik M, et al. Grief after termination of pregnancy due to fetal malformation. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2004; 25: 163-9.
40. Holditch-Davis D, Bartlett TR, Blickman AL, Miles MS. Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2003; 32(2): 161-71.
41. Clement S. Psychological aspects of caesarean section. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2001; 15(1): 109-26.
42. Engelhard IM, Marcel MSc, Van den Hout MA, Arntz A. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *Gen Hosp Psychiatry.* 2001; 23: 62-6.
43. Engelhard IM. Miscarriage as a traumatic event. *Clin Obstet Gynecol.* 2004; 47(3): 547-51.
44. Engelhard IM, Van den Hout MA, Kindt M, Arntz A, Schouten E. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress after pregnancy loss: a prospective study. *Behav Res Ther.* 2003; 41: 67-78.
45. Geller PA, Kerns D, Klier CM. Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy. A review of the literature and future directions. *J Psychosom Res.* 2004; 56: 35-45.
46. Hughes PM, Turton P, Evans CDH. Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. *Br Med J.* 1999; 318(7200): 1.721-4.
47. Turton P, Hughes PM, Evans CDH, Fainman D. Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *Br J Psychiatry.* 2001; 178: 556-60.
48. Seng JS, Low LK, Sparbel KJH, Killion C. Abuse-related post-traumatic stress during the childbearing year. *J Adv Nurs.* 2004; 46(6):604-13.
49. Seng JS, Oakley DJ, Sampsel CM, Killion C, Graham-Bermann S, Liberzon I. Posttraumatic stress disorder and pregnancy complications. *Obstet Gynecol.* 2001; 97(1): 17-22.
50. Olza I, Gainza I. Tratamiento psicossocial de madres lactantes con depresión postparto en Atención Primaria. *Trabajo Social y Salud.* 2003; 1.130-2.976(45): 231-45.
51. Bobes J, Paz M, Bascarán MT, Saiz PA, Bousoño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. [Acceso 07 Dic 2006]. Disponible en: http://www.novartis.es/ic3_v2_output/files/3.pdf?%A1FilePlacementId=8
52. Carrasco JL. Trastorno de estrés postraumático. *Revista de la Fundación Jiménez Díaz.* 2002; 44: 12-13.
53. Hidalgo MI. Tratamiento psicofarmacológico del trastorno de estrés postraumático. *Monografías de Psiquiatría.* 2001; 13(3): 34-41.
54. Báguena MJ. Tratamientos psicológicos eficaces para PTSD. *Psicothema.* 2001; 13(3): 479-92.
55. Bisson J, Andrew M. Tratamiento psicológico del trastorno por estrés postraumático (EPT) (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 3.* Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
56. Bowles SV, James LC, Solursh DS, Yancey MK, et al. Acute and post-traumatic stress disorder after spontaneous abortion. *Am Fam Physician.* 2000; 61(6):1.689-96.
57. McKenzie-McHarg K. Traumatic birth: understanding predictors, triggers, and counseling process is essential to treatment. *Birth.* 2004; 31(3): 219-21.
58. Puchol D. Trastorno por estrés postraumático. Conceptualización, evaluación y tratamiento. [Acceso 12 Abr 2005]. Disponible en: <http://www.psicología-online.com/ciopa2001/actividades/16/>
59. Gamble J, Creedy D. Content and process of postpartum counseling alter a distressing birth experience: A review. *Birth.* 2004; 31(3): 213-8.