



<http://www.medicosdeelsalvador.com>

Este artículo médico salió de la página Web

[Médicos de El Salvador](#)

Fue escrito por:

[Dra. Ana Isabel Avalos](#)

Médico Psiquiatra

<http://www.medicosdeelsalvador.com/doctora/avalos>

Todos los derechos reservados.  
Prohibida su reproducción.

# ASPECTOS RELACIONADOS CON LA MUJER EN LA SALUD MENTAL

Docente: Dra. Ana Isabel Avalos.

Maestría en Psicología Clínica

Universidad Dr. José Matías Delgado.



# TRASTORNO PSIQUIATRICO EN EL POSTPARTO.

- Existe un aumento en el año siguiente de dar a luz de sufrir perturbaciones mentales.
- Los ingresos psiquiátricos aumentan hasta seis veces en el primer mes posparto, y cuatro veces en los tres meses posparto.

# TRASTORNOS AFECTIVOS MAS FRECUENTES.

- **Melancolía.**
- **Depresión grave**
- **Psicosis Post Parto.**
  
- **Etiología:**
- **Es controversial**
- **Hay un desequilibrio de líquidos, electrolitos, hormonal, aumento de corticoides y endorfinas B-plasmáticas se elevan en el trabajo de parto.**
- **Posteriormente hay una disminución brusca en el posparto.**
- **En los primeros tres días post parto hay un aumento de prolactina y disminución de progesterona.**
  
- **Tras varios días posparto:**
- **Perdida de peso, aumento de la excreción de Sodio, disminución de la excreción de Calcio.**
- **Cambios en los niveles de Triptofano, AMP cíclico, MAO plaquetaria**
- **Están relacionados a Trastornos Esquizoafectivos.**
  
- **No se ha establecido sin embargo una correlación directa entre estos factores biológicos y el inicio de trastornos psiquiátricos específicos.**

# FACTORES PSICOSOCIALES.

- Nivel socioeconómico bajo.
- Poco apoyo social.
- Conflictos con el padre del niño.
- La responsabilidad de cuidar y amamantar al niño.
- Temores sobre el papel de la madre.
- Restricciones financieras.
- Cambio en el status de empleo.

# PSICOSIS POSTPARTO.

- Forma rara y grave de psicosis.
- Incidencia del 0.1 al 0.4 %.
- Etiología:
- Predisposición genética al Trastorno Bipolar.
- Diagnostico Diferencial:
- Esquizofrenia.
- Depresión con rasgos psicóticos.
- Uso de sustancias.
- Manía

# SIGNOS Y SINTOMAS.

- Inicio sumamente rápido (48 horas post parto).
- Riesgo pequeño pero significativo de suicidio o infanticidio.
- Ilusiones extrañas que incluyen al lactante o a la misma madre.
- Alucinaciones visuales o auditivas.
- Alucinaciones de comando ( con ordenes de dañarse a si misma o al bebe).
- Notable labilidad afectiva.
- Estado de animo deprimido o elevado.
- Confusión.
- Tendencia a distraerse con facilidad.
- Insomnio.

# TRATAMIENTO DE PSICOSIS POST PARTO.

- Separar a la madre de su hijo hasta que los síntomas se controlen con un antipsicótico y un estabilizador del ánimo.
- RECURRENCIA:
- Probabilidad de un 50% de recurrencia en embarazos futuros.
- Llevar cuidados psiquiátricos antes de un nuevo embarazo.

# DEPRESION POSPARTO.

- Es la perturbación mas frecuente.
- Tiene una incidencia del 20%
- No se detecta muchas veces por vergüenza de la madre a exponer su tristeza.
- El trastorno es mas frecuente despues del primer parto.
- Las tasas mas elevadas se dan entre el 3º y el 9º mes posparto.
- La madre se nota ensimismada y no responde a las demandas de su hijo.
- Hay un riesgo bajo de suicidio.
- El lactante corre riesgo por recibir cuidados inadecuados.

# FACTORES ETIOLOGICOS EN DEPRESION POSPARTO.

- Antecedentes personales o familiares de depresión grave.
- Tensiones psicosociales.
- Ambivalencia respecto al embarazo.

# MELANCOLIA DE POST PARTO.

- Síndrome frecuente de labilidad afectiva.
- Cambio notable en el estado de animo.
- Incidencia del 50%
- No relacion etiológica con Trastornos Psiquiátricos Graves
- Síntomas en los diez días posteriores al parto.
- No hay riesgos graves como consecuencia de este síndrome para la madre o el niño.

# SIGNOS Y SINTOMAS DE LA MELANCOLIA POSPARTO.

- Periodos de llanto.
- Sensación de cansancio.
- Incomodidad física.
- Insomnio.
- Ansiedad.

# TRATAMIENTO DE LA MELANCOLIA POST PARTO.

- El síndrome desaparece espontáneamente a las veinte semanas posparto.
- Se recomienda calmar a la madre y brindarle el mejor apoyo social que se pueda.
- **RECURRENCIAS:** es probable con embarazos futuros.

# ABORTO INVOLUNTARIO.

- Cualquier pérdida prenatal o neonatal ejerce efectos emotivos:
  - Pérdida prenatal o neonatal.
  - Embarazos deseados.
  - Embarazo ectópico.
  - Pérdida parcial fetal en embarazo múltiple.
  - Síndrome de muerte infantil repentina.
- Sin embargo el aborto en el tercer trimestre o muerte del lactante produce un IMPACTO DEVASTADOR.

# ETAPAS DEL DUELO EN ABORTO INVOLUNTARIO

- Choque inicial y negación.
- Culpa, ira y desesperación.
- Preocupación desgarradora por el niño perdido.
- Sensación de vacío, autoestima debilitada.
- Sentido de identidad femenina debilitada.
- Envidia y resentimiento hacia otras mujeres (evitación).
- Ira hacia el personal médico.
- DURACION: de seis a nueve meses tras la pérdida.
- NO HAY CONSENSO SOBRE LA DURACION DE UN DUELO NORMAL.

# DUELO PATOLOGICO O COMPLICADO.

- Es una desviación en el proceso normal de duelo.
- Deterioro persistente del funcionamiento físico, mental y social mas allá de la norma cultural del individuo.
- Manifestaciones de duelo patológico tras aborto: duelo crónico, ausente o distorsionado.
- Duelo distorsionado: hostilidad furiosa, hiperactividad no dirigida o deseo obsesivo de recordar al hijo perdido.
- UN MARCADOR CONSTANTE DE LA REACCION COMPLICADA DE DUELO ES PERCIBIR FALTA DE APOYO Y PREOCUPACION CON RESPECTO A LOS PROFESIONALES MEDICOS.
- Factores que influyen en la reaccion complicada de duelo: mala relacion matrimonial, problemas médicos y psicológicos preexistentes, problemas de fecundidad, no tener hijos vivos, edad gestacional avanzada en el momento de la perdida fetal y ambivalencia hacia el embarazo.

# CONSEJERIA EN CASO DE ABORTO:

- Se aconseja a las parejas que experimenten un aborto aguarden por lo menos seis meses antes de intentar tener otro hijo.
- La concepción en los seis meses siguientes a una pérdida fetal previa suele complicar el proceso de duelo, aumenta la ansiedad en el siguiente embarazo y distorsiona la vinculación de la madre con el próximo hijo.

# ABORTO INDUCIDO.

- En las mujeres que eligen dar por terminado el embarazo recurriendo al aborto inducido, no se han descrito patologías psiquiátricas o patrones específicos de respuesta psicológica.
- Las mujeres en riesgo e enfermedades psiquiátricas tras el aborto inducido son principalmente aquellas con afecciones psiquiátricas, las que se someten al aborto bajo presión o por coerción, las que muestran notable ambivalencia con respecto a su decisión y quienes carecen de apoyo social.

# INFECUNDIDAD

- **INFECUNDIDAD:** fallo en concebir a pesar de que transcurre un año o más de relaciones sexuales sin protección.
- De 10 a 15 % de parejas estadounidenses resultan afectadas por la infecundidad.
- **AUNQUE LA DISFUNCION REPRODUCTIVA DEL VARON CONTRIBUYE EN PARTE O TOTALMENTE AL 40 O 50% DE LOS CASOS DE INFECUNDIDAD, EN OCASIONES SE CULPA A LA MUJER POR SESGOS DE LA SOCIEDAD.**

# INFECUNDIDAD: LAS MUJERES SUFREN MAS QUE LOS HOMBRES.

- 57% de las mujeres consideran que la infecundidad es lo peor que han tenido que afrontar en su vida.
- 12% de los hombres comparten esta opinión.
- 40% de las mujeres infecundas reporto sufrimiento psicológico de gravedad clínica comparable a solo 13% de los hombres.

# TRASTORNOS PSIQUIATRICOS MAS COMUNES EN INFECUNDIDAD.

DEPRESION (mas frecuente)

ANSIEDAD CRONICA.

DISFUNCION SEXUAL SECUNDARIA  
(impotencia, incapacidad para alcanzar el  
orgasmo y perdida de la libido).

# FUNCION DEL TERAPEUTA EN RELACION A TRATAMIENTOS DE INFECUNDIDAD

- Nuevas opciones de tratamiento tienen costo prohibitivo para mayoría de parejas.
- Con tasa de éxito de solo 15 a 20%.
- Son médicamente demandantes.
- Parejas llegan a experimentar sensación de ira, desilusión y pérdida con respecto a la infecundidad.
- La meta al tratar parejas infecundas no es que se embaracen a cualquier costo sino ayudar a resolver su crisis de infecundidad y **ADQUIRIR LA CAPACIDAD PARA SEGUIR VIVIENDO.**
- Esto puede significar que tengan un hijo, adopten o que descubran alguna manera de vivir sin hijos para expresar su creatividad y contribuir a la siguiente generación.

# SINDROME PREMENSTRUAL

- Existe una intensa
- controversia sobre el significado de los síntomas en la fase lutea del ciclo menstrual:
- **SINTOMAS PSICOLÓGICOS:**
- Estado de ánimo notablemente disminuido.
- Aumento de ansiedad.
- Cambios repentinos de estado de ánimo.
- Disminución del interés en actividades normales.
- **SINTOMAS FÍSICOS:**
- Síntomas que recuerdan a la depresión.
- Cambios en el sueño.
- Energía.
- Apetito.
- Dolor de cabeza.
- Sensibilidad en el pecho.
- Sensación de retención de agua.
- Aumento de peso.
- **ESTOS SINTOMAS QUE APARECEN EN LA FASE LUTEA TARDÍA DESAPARECEN EN LA SEMANA QUE SIGUE A LA MENSTRUACIÓN.**

# QUÈ DICEN LOS ESTUDIOS SOBRE EL SINDROME PREMENSTRUAL

- Esta no muy claro la influencia del factor biológico.
- No existen anomalías constantes en niveles hormonales periféricos.
- Disfunción del ritmo circadiano y metabolismo de serotonina.
- Fenómeno sociológico: respuesta internalizada de la mujer ante la desvalorización de la feminidad por la sociedad estigmatización de la menstruación.
- Los estudios reflejan un aumento de los síntomas cuando se les conduce a creer a las mujeres que están en la etapa premenstrual.
- El uso de Fluoxetina y Alprazolam son eficaces para aliviar los síntomas.

# MENOPAUSIA.

- Cese de la menstruación: edad promedio 51 años.
- Se ha desechado la hipótesis de que Melancolía involutiva es debida cese de la menstruación y cambios hormonales.
- 65% de las mujeres menopausicas QUE CONSULTAN presentan diversos grados de depresión.
- Depresión, irritabilidad e inestabilidad del estado de animo parece estar mediada culturalmente en grado considerable.

# IMPACTO PSICOLÓGICO EN LA MENOPAUSIA.

- Se ve muy influido por la importancia cultural que se les concede a los roles de procreación, fecundidad, envejecimiento y feminidad.
- Los síntomas afectivos son mínimos en aquellas culturas en las que las mujeres reciben un status mas alto y privilegios al llegar a la menopausia.
- La cultura occidental esta orientada a la juventud y experimentan síntomas mas graves.
- A medida que la educación y el estatus económico de la mujer es mas alto, los síntomas emotivos durante la menopausia son menos pronunciados.

# TENSIONES PSICOSOCIALES QUE CONTRIBUYEN A LA DEPRESION EN LA EDAD PERIMENOPAUSICA.

- **Disminucion de la salud física.**
- **Inicio de enfermedades o discapacidad en el cónyuge.**
- **El hecho de que los hijos dejen de vivir en el hogar.**
- **La necesidad de cuidar de padres de edad avanzada.**
- **Cambios en el empleo y status financiero.**

# TERAPIA DE REEMPLAZO DE ESTROGENOS.

- En mujeres no deprimidas la terapia convencional de reemplazo de estrógenos, ejerce un efecto de mejorar el estado de animo.
- En mujeres menopausicas con trastorno del estado de animo las dosis convencionales de estrógeno exógeno no alivian los síntomas afectivos.

# TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO SEGÚN SEXOS.

## ■ MUJERES:

- Mayores tasas de prevalencia en el curso de la vida de DEPRESION UNIPOLAR en mujeres que en comparación con hombres.
- Las tasas de prevalencia del TRASTORNO BIPOLAR no aumenta para las mujeres pero el subtipo de ciclos rápidos parece mas frecuente entre ellas.
- Las mujeres responden mejor a los inhibidores del monoamino oxidasa.

## ■ HOMBRES:

- Responden mejor a los antidepresivos tricíclicos.
- LAS DIFERENCIAS DE SINTOMAS AFECTIVOS, CURSO DE LA ENFERMEDAD Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO SEGÚN EL GENERO SON BASTANTE LIMITADAS.

# DIFERENCIAS SEGÚN EL SEXO EN LOS TRASTORNO PSIQUIATRICOS Y EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO.

- ESQUIZOFRENIA.
- Esquizofrenia Indiferenciada mayor incidencia en los varones.
- Trastorno Paranoico y Esquizoafectivo mayor incidencia en mujeres que en hombres.
- Las infecciones virales prenatales tienen un papel significativo en el inicio de la Esquizofrenia en mujeres no en varones.
- Esquizofrenia: edad de inicio mas tardía que los varones: se encuentran casadas y maduras y con mejor funcionamiento social premorbido y logros escolares.

# ESQUIZOFRENIA SEGÚN SEXOS.

- Mujeres:
  - Síntomas afectivos predominantes.
  - Paranoia.
  - Alucinaciones auditivas.
  - Mejor resultado del tratamiento.
  - Menos hospitalizaciones.
  - Estancias intrahospitalarias mas breves.
  - Menos síntomas durante la remisión y mejoría en su adaptación social.
  - Las mujeres jóvenes requieren dosis mas bajas de antipsicoticos que los hombres jóvenes y una respuesta mas completa de los síntomas que los hombres.
- Hombres:
  - Suelen presentar mas síntomas negativos como afecto inexpresivo, ensimismamiento social y perdida de la voluntad.
  - Los hijos varones de mujeres esquizofrenicas tiene peso mas bajo al nacer, IQ mas bajo, deficiencias neurológicas y de comportamiento, mas agresión y mas rasgos esquizoides o esquizotípicos que las hijas.

# TRASTORNO DE ANSIEDAD SEGÚN EL SEXO.

## ■ MUJERES:

■ Las tasas de Trastorno de Tensión Postraumática, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Fobias Simples, Fobias Sociales y Trastorno de Pánico con o sin agorafobia son significativamente más altas en las mujeres en comparación con los hombres.

■ Para el Trastorno de Tensión Postraumática y agorafobia el curso de la enfermedad es más prolongado en mujeres.

■ En el Trastorno Obsesivo Compulsivo presentan edad de inicio más tardía, enfermedad menos grave y tricotilomanía (arrancarse el cabello de manera compulsiva) y lavado compulsivo.

■ Con mayor frecuencia se observa Depresión y Trastornos alimenticios junto con Trastornos Obsesivos Compulsivos

## ■ HOMBRES:

■ El Trastorno Obsesivo Compulsivo presenta igual prevalencia en hombres que en mujeres.

■ En Trastorno de Pánico con Depresión, quizás los hombres respondan mejor a los antidepresivos Tricíclicos que las mujeres.

# TRASTORNOS SOMATIFORMES.

- MUJERES:
- En países occidentales: Síndrome de Intestino Irritable, Síndrome de fatiga crónica, Síndrome de Fibromialgia y Dolor Pélvico son mas frecuentes .
- Las mujeres de Trastorno Somatiforme tienen con frecuencia antecedentes no detectados de abuso sexual, físico o de ambos tipos.
- HOMBRES:
- En países no occidentales el Síndrome de Intestino Irritable se diagnostica con mayor frecuencia en varones.

# TRASTORNOS ALIMENTICIOS.

## ■ MUJERES:

- En países occidentales, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa ocurren casi exclusivamente en mujeres y adolescentes del sexo femenino.

## ■ HOMBRES:

- Parece que los pocos hombres que desarrollan trastornos alimenticios experimentan conflictos psicológicos similares a los de las mujeres, incluyendo los relacionados con autonomía, dependencia, imagen corporal y sexualidad.

# LAS MUJERES Y LA DEPENDENCIA QUIMICA.

- DEPENDENCIA QUIMICA:
- Uso compulsivo de una o mas sustancias psicoactivas que en consecuencia afectan la salud física y emotiva , el funcionamiento social y ocupacional y las relaciones intimas.
- LAS MUJERES EXPERIMENTAN MAYOR ESTIGMATIZACION POR EL USO DE DROGAS QUE LOS HOMBRES.
- ESTO LAS ALIENTA A MINIMIZAR O PASAR POR ALTO SU DEPENDENCIA DE LAS DROGAS COMO UNA SIMPLE ESTRATEGIA DE ADAPTACION PARA AFRONTAR ALGUN PROBLEMA REAL COMO VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, POBREZA O PERDIDAS INTERPERSONALES.
- Las mujeres afectadas de dependencia química a menudo solicitan ayuda de organizaciones de servicio social para tensiones familiares o relacionadas con los hijos en vez de solicitar el tratamiento medico.

# IDENTIFICACION DE GRUPOS DE ALTO RIESGO.

- Alerta con:
- Sobrevivientes de incesto.
- Mujeres maltratadas.
- Miembros de familias genéticamente vulnerables.
- Compañeras de hombres que abusan de sustancias y mujeres que padecen dolor crónico.
- Lesbianas.
- Mujeres en puestos militares.
- Quienes viven en las grandes ciudades.

# LAS MUJERES CON DEPENDENCIA QUIMICA TIENEN MAYOR RIESGO DE:

- Episodios de anorexia.
- Bulimia.
- Agorafobia
- ENTRE PERIODOS DE USO DE SUSTANCIAS.
- Es mas probable un diagnostico psiquiátrico concurrente, mas probablemente DEPRESION GRAVE.

# RASGOS PSICOSOCIALES DE LAS MUJERES CON DEPENDENCIA QUIMICA.

Suelen tener una opinión mas tradicional y rígida del comportamiento femenino correcto y están agudamente conscientes de que no cumplen con el.

Piensan que son peores que los hombres químicamente dependientes y los hombres que ellas conocen están de acuerdo con esta conclusión.

Estas mujeres no tienen esperanza con respecto a sus vidas y se sienten mas culpables y responsables por sus circunstancias.

Es mucho mas probable que estén vinculadas románticamente con otro adicto que con sus contrapartes masculinas; es mas probable que se establezca la dependencia de las drogas en el hombre y despues se transfiera a su compañera que viceversa.

Además aunque es probable que las mujeres continúen sus relaciones con hombres dependientes de sustancias, los varones suelen terminar sus relaciones con mujeres dependientes de sustancias.

Realizan menos actividades delictivas; por lo tanto, es menos probable que los tribunales las asignen a programas de tratamiento.

Suelen tener menor nivel educativo, ganan menos dinero, con frecuencia carecen de seguro de salud y tienen menos opciones en la vida que sus contrapartes masculinas.

# TIPS EN TRATAMIENTO DE DEPENDENCIA QUIMICA EN LAS MUJERES.

- Técnicas de alta confrontación para vencer la negación en hombres pueden alentar en la mujer la convicción de no valer nada y se salgan del tratamiento.
- Establecer una alianza de tratamiento alabándolas por buscar ayuda.
- Intentar que sus compañeros íntimos participen en el proceso de recuperación para no generar mucha tensión en sus relaciones interpersonales.
- Considerar en los programas detalles como el cuidado infantil y el embarazo para que no abandonen el tratamiento.
- Se ha observado que mejoran menos que los hombres en grupos mixtos, ya que ellas dan apoyo y sostén por lo tanto mejoran los hombres pero ellas no.

# DEPENDENCIA DE ALCOHOL EN MUJERES.

- Fenómeno de telescopio: desarrollo acelerado de enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales y hepáticas en comparación con los hombres
- Edad promedio de inicio de consumo de alcohol en las mujeres es de cuatro a ocho años después que en los hombres.

Consumen menor cantidad de alcohol y consumen con menos frecuencia y forma más discontinua con menores periodos de tiempo de consumo excesivo.

- Menos lagunas mental y delirium tremens.
- Son arrestadas con menos frecuencia por conducir en estado de ebriedad.
- El fenómeno de telescopio ocasiona que las mujeres enfermen del mismo modo que los hombres, en la misma época de la vida o antes.
- Usan fármacos psicoactivos de prescripción con más frecuencia que los hombres.

# DROGAS ILEGALES.

- Para las adolescentes y mujeres adultas los compañeros masculinos son la vía de introducción a las drogas ilícitas.
- Depende fuertemente de factores sociales como reuniones de fin de semana y patrones de uso del compañero.
- Entre adolescentes de 17 años o menos es ligeramente superior en muchachas que muchachos, refleja que ellas salen con muchachos mayores.
- A partir de los 17 años tasas consistentemente mas bajas de uso de marihuana, cocaína y heroína que los hombres.
- Para mujeres de bajos ingresos es probable que la dependencia de drogas ilícitas incluya mayor participación en prostitución y trafico de drogas que la dependencia de alcohol y de los fármacos en receta.