

Factores psicosociales y depresión en el período grávido-puerperal

Psychosocial Factors and Depression in the Gravidity - Puerperal Period

Dra. Yrmina Lázara Reyes Cruz.

Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. Profesora Asistente. Centro Psiquiátrico José Galigarcía. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: los trastornos depresivos afectan a millones de personas en el mundo, con una mayor incidencia en las mujeres.

Objetivo: establecer la relación entre factores psicosociales y la presencia de depresión en un grupo de ingresadas en el Servicio de Salud Mental Perinatal, del Centro Psiquiátrico José Galigarcía, del Hospital General Docente Enrique Cabrera del 1 de julio de 2011 al 30 de junio de 2012.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de 25 mujeres de 19 a 49 años, 14 gestantes y 11 puérperas. Mediante la entrevista y la aplicación del método clínico se confeccionaron las historias clínicas. El diagnóstico se estableció según la Clasificación Internacional de Enfermedades -10.

Resultados: el 35 % fueron diagnosticadas con trastornos depresivos. De la provincia de la provincia de Artemisa procedían 8 pacientes (32 %). El 44 % se encontraba entre los 20 y 25 año de edad. Un total de 11 gestantes (44 %) planificaron y desearon su embarazo, 7 (50 %) presentaron los síntomas en el segundo trimestre del embarazo y 5 (46 %) las puérperas que ingresaron con síntomas a partir del segundo mes.

Conclusiones: Predomina el trastorno de adaptación depresivo, que acompañado de la depresión posparto resultan más frecuentes en las que planificaron y desearon el embarazo.

Palabras clave: depresión, período grávido-puerperal, factores psicosociales.

ABSTRACT

Introduction: the depressive disorders affect to millions of people in the world, with a major incidence in women.

Objective: to establish the relationship among factors psychosocial factors and depression presence in a female group admitted at the Service of Perinatal Mental Health of the psychiatry center José Gali García from the "Teaching General Hospital Enrique Cabrera" during the period July 1st , 2011 to June 30th, 2012.

Methods: a descriptive and retrospective study was carried out on 25 women from 19 to 49 years (14 of them

were pregnant and 11 were in the puerperal stage). Through the interview and the application of the clinical method were written the clinical histories. The diagnosis was established according to International Classification of Diseases - 10.

Results: the 35.8% of the patients were diagnosed with depressive disorders, 8 of them from Artemisa province (32%). The 44 % was the group with 20 to 25 years old. A total of 11 pregnant women (44%) planned and desired her pregnancy, 7 of them (50 %) presented symptoms in their 2nd pregnancy trimester and 5 (46 %) the ones in the puerperal stage that were admitted with symptoms since their second month.

Conclusions: the depressive-adaptation prevailsthat with the depression caused after are more frequently t on women who planned and desired pregnancy.

Key words: depression, gravidity - puerperal period, psychosocial factors.

INTRODUCCIÓN

La depresión es conocida desde el inicio de la humanidad, se le llamaba "melancolía" y se hace referencia a ella en la Biblia, en Macabeos.¹ Los antiguos griegos hablaron de "estados de ánimo" alterado en el Siglo I a.n.e. Concretó Hipócrates la concepción griega afirmando que si la tristeza y el miedo se prolongaban constituirían un cuadro de melancolía y Galeno describió la melancolía como una alteración crónica del estado de ánimo. En la Edad Media los religiosos consideraban que quienes padecían depresión estaban poseídos por "espíritus malos" y en el siglo XVI fue aceptada la melancolía como una enfermedad mental, incluyéndose en 1952 en la Clasificación del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-I).

La depresión es definida como una alteración primaria del estado de ánimo, caracterizada por abatimiento emocional, que afecta todos los aspectos de la vida del individuo, presentando una alta morbilidad, mortalidad e impacto económico. Ha sido llamada "la epidemia silente", por ser la menos reconocida, no diagnosticada y no tratada de las enfermedades médicas, la padecen de 5-8 % de la población y en comorbilidad con otras enfermedades médicas puede llegar a alcanzar de 25-30 %, ocupando el cuarto lugar entre las enfermedades incapacitantes, esperándose que para el 2020 ocupe el segundo lugar, (1) puede estar presente en todas las edades, en diferentes culturas y grupos poblacionales. En Europa una de cada 5 personas padecen depresión en el transcurso de su vida; la misma afecta a 19 000 000 de estadounidenses cada año y se calcula que las mujeres sufren de esta condición con una frecuencia dos veces mayor que los hombres y que las posibilidades de que sufra de depresión son mayores durante los principales años reproductivos, aproximadamente entre los 25 y 44 años de edad.²

La mayoría de las mujeres que se encuentran dentro de la normalidad, aceptan el embarazo como una suprema autorrealización, otras lo ven como una obligación ante la sociedad y una reafirmación necesaria como mujer, entonces se presentan trastornos en la alimentación, en el sueño, irritabilidad, ansiedad y tristeza.³ Por lo general, la perinatalidad constituye un período feliz de maduración para la mujer y su compañero, no obstante, en ciertos casos la tensión psicológica de ambos puede desencadenar una vulnerabilidad psíquica, existiendo un riesgo muy importante para ellos y el desarrollo psicológico del niño que puede resultar afectado insidiosamente por esta experiencia, originando depresión y trastornos del sueño, mostrándose irritable y letárgicos, con un aprendizaje lento y desarrollo de personalidades frías y agresivas.

4-6

A partir de 1982, luego de reunión de expertos en Dinamarca surge la idea de incluir en la Clasificación Internacional de Enfermedades -10 (CIE-10) los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos como los trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificable en otro lugar, teniendo en cuenta los trastornos del humor y otras enfermedades mentales y del sistema nervioso complicadas en el período puerperal. En el año 2008 el Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría, (GC-3) en el capítulo de Síndromes asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos propone la categoría F-53 para los Trastornos mentales y del comportamiento asociados al período grávido-puerperal no clasificados en otra parte.

Del 20-40 % de las mujeres reportan trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio, siendo el riesgo de enfermarse de 1-3 mujeres x 1000 gestantes, ocupando del 1-3 % de las camas de los Hospitales Psiquiátricos. Investigaciones realizadas han arrojado que el 50 % de las mujeres sufren ligeros cuadros depresivos en el puerperio inmediato, llamados "melancolías", alrededor del 15 % más tardeamente estados de angustia y depresión durante semanas.⁷ La depresión durante el embarazo es menos conocida y estudiada que la posterior, sin embargo estudios realizados en más de 260 embarazadas, reveló que el 35 % de ellas presentaron pensamientos suicidas.^{7,8}

Según la American of Obstetrics & Gynecology College la depresión puerperal leve es muy común, pero la depresión posparto no es tan frecuente.⁹ Se calcula que del 10 al 18 % de las parturientas desarrollan una depresión posparto y la tasa sube a 30 y 35 % en las que antes se les había diagnosticado trastornos del estado de ánimo.

En el pasado se creía que la depresión posparto se debía solo a los niveles de estrógenos de las mujeres embarazadas, hoy día se ha comprobado que tanto las mujeres deprimidas como las que no lo están, tienen niveles de estrógenos muy similares.^{10, 11} La gestación no incrementa las posibilidades de desarrollar enfermedades psiquiátricas a pesar de los cambios metabólicos y endocrinos que se producen, lo que ocurre es que se modifican los factores que intervienen en su etiología.³

En Cuba, con el triunfo de la Revolución en 1959 y la creación del Sistema Nacional de Salud y del Programa de Atención Materno Infantil (PAMI), ocurrieron profundas transformaciones donde está muy presente la

mujer. Según experiencia cubana se presentan trastornos psicóticos y neuróticos agudos y crónicos, trastornos de personalidad, retrasos mentales descompensados y adicciones durante el embarazo y en el puerperio.

Es necesario conocer los problemas presentes, modificarlos o eliminarlos aplicando los principios de la promoción y prevención de salud. Por tanto, se identificarán algunos factores psico-socio-demográficos relacionados con la depresión en período grávido-puerperal en pacientes ingresadas en el Servicio de Salud Mental Perinatal (SMPN), del Centro Psiquiátrico José Galigarcía, perteneciente al Hospital General Docente Enrique Cabrera, en el período comprendido del 1 de julio de 2011 al 30 de junio de 2012, lo cual permitirá valorar el trabajo realizado en relación con la salud materna, surgiendo la siguiente interrogante: ¿será necesaria una reformulación educativa en el PAMI, dotando a los Equipos de Salud de la Atención Primaria de conocimientos y habilidades en estrecha relación con la Atención Secundaria para brindar un cuidado integral a las mujeres en etapa reproductiva con trastornos depresivos o riesgos de presentarlos?

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó una investigación descriptiva y retrospectiva, cuyo universo estuvo constituido por 71 mujeres de 19 a 49 años de los municipios de La Habana y dos provincias vecinas, que fueron ingresadas en el Servicio del SMPN, en el período comprendido del 1 de julio de 2011 al 30 de junio de 2012, las cuales durante la etapa grávido-puerperal mostraron trastornos psicopatológicos o riesgos de presentarlos y fueron remitidas desde la Atención Primaria y Secundaria de Salud.

La muestra quedó compuesta por 25 mujeres de 19 a 49 años: 14 gestantes y 11 puérperas con trastornos depresivos que requirieron ingresos en el período de tiempo antes mencionado y quedaron excluidas las que revelaron otros trastornos psicopatológicos.

El proyecto fue sometido a la valoración del Comité Científico del Hospital General Docente Enrique Cabrera y se emplearon las normas relacionadas con el consentimiento informado a las pacientes y a los familiares cuando ellas, no estaban aptas para hacerlo.

Por medio de la entrevista y la aplicación del método clínico se confeccionaron las historias clínicas, se hizo el diagnóstico utilizando la CIE-10, teniendo en cuenta la existencia de intento suicida en cada entidad, así como la procedencia de la paciente, constatada por el carné de identidad. Los grupos de edades se dividieron de 20 a 25, de 26 a 30, de 31 a 35 y mayores de 36 años. La escolaridad se agrupó teniendo en cuenta la enseñanza primaria, secundaria, preuniversitaria y universitaria. Se apreció la actitud ante el embarazo como planificado y deseado, no planificado y aceptado, no planificado y deseado y no planificado ni deseado. Fue valorado el inicio de los síntomas durante la gestación en primer, segundo y tercer trimestre y en el puerperio en la primera semana, primer mes y segundo mes.

Con la información precisa se elaboró una base de datos automatizada, donde se relacionaron las variables, obteniéndose distribuciones de frecuencia expresadas en números absolutos y porcentajes por medio de

tablas, empleando para ello los paquetes comerciales Microsoft Office 2007 en soporte Windows en una microcomputadora personal. Analizados los resultados, se discutieron y se emitieron las conclusiones y recomendaciones necesarias.

RESULTADOS

Durante el año que se analizó fueron diagnosticadas con trastornos depresivos 25 pacientes (35 %) de un total de 71 pacientes ingresadas en el Servicio de SMPN, de ellas con un trastorno de adaptación depresivo 9 (36 %), de las cuales 6 (86 %) presentaron una conducta suicida, la depresión posparto ocupó la segunda posición con 6 (24 %), le siguió el episodio depresivo en retraso mental ligero (RML) con 5 (20%), donde solo 1 (14%) tuvo intento suicida y el trastorno afectivo bipolar (TAB) 4 (16 %). (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de la muestra según trastornos depresivos

DEPRESIVOS	TRASTORNOS		INTENTO SUICIDA	
	F	%	F	%
Trastorno de adaptación depresivo	9	36	6	86
Depresión posparto	6	24	-	-
Episodio depresivo en RML	5	20	1	14
TAB	4	16	-	-
Distimia	1	4	-	-
TOTAL	25	100	7	100

Fuente: Historia clínica

Nota: RML-Retraso mental ligero; TAB-Trastorno afectivo bipolar

De la provincia de la provincia de Artemisa procedían 8 pacientes (32 %), del municipio Marianao 5 (20 %), de la provincia Mayabeque 4 (16 %) y del municipio La Habana del Este 3 (12 %). (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de la muestra según procedencia.

ÁREAS	No.	%

Artemisa	8	32
Marianao	5	20
Mayabeque	4	16
Habana del Este	3	12
Arroyo Naranjo	2	8
Plaza	2	8
TOTAL	25	100

Fuente: Historias clínicas

De 20 a 25 años resultaron ser 11 pacientes (44 %), de ellas 6 con trastorno de *adaptación depresivo*, los otros grupos de edades no resultan relevantes. (Tabla 3)

Tabla 3. Relación entre Trastornos depresivos y edad en pacientes en período grávido-puerperal

TRASTORNOS DEPRESIVOS	20-25 AÑOS				26 -30 AÑOS				31-35 AÑOS				+ 36 AÑOS			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Trastorno de adaptación depresivo	6	67	-	-	1	11	2	22								
Depresión posparto	2	33	1	17	2	33	1	17								
Episodio depresivo en RML	2	40	1	20	-	-	2	40								
TAB	-	-	3	75	1	25	-	-								
Distimia	1	100	-	-	-	-	-	-								
TOTAL	11	44	5	20	4	16	5	20								

Fuente: Historia clínica

Nota: RML-Retraso mental ligero; TAB-Trastorno afectivo bipolar

En relación al nivel de escolaridad 10 pacientes (40 %) alcanzaron la enseñanza secundaria y de ellas 6 fueron diagnosticadas como portadoras de trastorno de adaptación depresivo, 8 (32 %) lograron enseñanza preuniversitaria, 6 (24 %), eran universitarias y 1 (4%) solo había logrado la enseñanza primaria. (Tabla 4)

Tabla 4. Relación entre Trastornos depresivos y nivel de escolaridad en pacientes en período grávido-puerperal, ingresadas en el Servicio de SMPN. Julio-2011 a Junio-2012.

TRASTORNOS DEPRESIVOS	PRIM.		SECUN.		PREU.		UNIV.	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Trastorno de adaptación depresivo	-	-	6	67	1	11	2	22
Depresión posparto	-	-	-	-	3	50	3	50
Episodio depresivo en RML	1	20	4	80	-	-	-	-
TAB	-	-	-	-	3	75	1	25
Distimia	-	-	-	-	1	100	-	-
TOTAL	1	4	10	40	8	32	6	24

Fuente: Historia clínica

Nota: RML-Retraso mental ligero; TAB-Trastorno afectivo bipolar

Resultó que 11 (44 %) planificaron y desearon su embarazo, no lo planificaron ni desearon 7 (28 %), la actitud mostrada por las otras no resultó significativa. (Tabla 5)

Tabla 5. Relación entre Trastornos depresivos y actitud ante el embarazo en pacientes en período grávido-puerperal

TRASTORNOS DEPRESIVOS	PND		NPA		NPA		NPND	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Trastorno de adaptación depresivo	3	33	1	11	1	11	4	45
Depresión posparto	4	66	1	17	1	17	-	-

Episodio depresivo en RML	1	20	-	-	1	20	3	60
TAB	2	50	1	25	1	25	-	-
Distimia	1	100	-	-	-	-	-	-
TOTAL	11	44	3	12	4	16	7	28

Fuente: Historia clínica

Nota PND-Planificado y no deseado; NPA- No planificado y aceptado; NPD-No planificado y deseado; NPND-No planificado, ni deseado

De las 14 gestantes, 7 (50 %) presentaron los síntomas en el segundo trimestre del embarazo, en el tercer trimestre se iniciaron los síntomas en 5 (36 %) y 2 (14 %) en el primer trimestre. (Tabla 6)

Tabla 6. Relación entre Trastornos depresivos e inicio de síntomas en pacientes gestantes

TRASTORNOS DEPRESIVOS	PRIMER TRIMEST.		SEGUNDO TRIMEST.		TERCER TRIMEST.	
	F	%	F	%	F	%
Trastorno de adaptación depresivo	-	-	5	71	3	60
Episodio depresivo en RML	2	40	2	29	1	20
TAB	-	-	-	-	1	1
TOTAL	2	14	7	50	5	36

Fuente: Historia clínica

Nota: TRIMEST-trimestre

Fueron 5 (46 %) las puérperas que ingresaron con síntomas a partir del segundo mes, 3 (27 %) en la segunda semana y 3 (27 %) durante el primer mes de partidas. (Tabla 7)

Tabla 7 Relación entre trastornos depresivos e inicio de síntomas en pacientes puérperas

	SEGUNDA SEMANA.	PRIMER MES	SEGUNDO MES.
--	-----------------	------------	--------------

TRASTORNOS DEPRESIVOS	F	%	F	%	F	%
Trastorno de adaptación depresivo	-	-	-	-	1	100
Depresión posparto	2	33	1	17	3	50
Episodio depresivo en RML	-	-	-	-	-	-
TAB	-	-	2	67	1	33
Distimia	1	100	-	-	-	-
TOTAL	3	27	3	27	5	46

Fuente: Historia clínica

Nota: RML-Retraso mental ligero; TRIMEST-trimestre

DISCUSIÓN

Valorando la presencia de entidades psiquiátricas con trastornos depresivos en etapa gestacional y puerperal, observamos que resulta similar a referencias internacionales en cuanto a frecuencia en el puerperio, lo cual no fue así en el embarazo, donde resultó discretamente elevada. El trastorno de adaptación depresivo en el embarazo si de destaca, incluso con ideación suicida.

Las mujeres en etapa reproductiva temprana fueron las más afectadas por trastornos depresivos, no coincidiendo con otros reportes, consideramos se deba al aumento que existe de embarazos en edades muy tempranas en nuestro país, lo cual no ocurre en otros países de gran desarrollo social, cultural y económico. En el nivel de escolaridad obtuvimos mayor frecuencia en las pacientes con una Enseñanza Secundaria, dato que no podemos comparar con otros estudios por no haber encontrado información al respecto.

La experiencia en relación con la actitud ante el embarazo es contradictoria a lo esperado, pues las pacientes que planificaron y desearon un embarazo presentaron el mayor número de trastornos depresivos, fundamentalmente depresión posparto y trastorno de adaptación depresivo, observando en ellas una excesiva vigilancia de su embarazo, pero siempre estuvo presente en su cuadro clínico el elemento reactivo, que las desestabilizó. A continuación estuvieron las pacientes que no planificaron, ni deseaban el embarazo, explicable por el rechazo que hacían hacia su gestación y la llegada de un hijo, demostrando desconocimiento y despreocupación en cuanto a la planificación familiar y métodos anticonceptivos.

Los síntomas se presentan con mayor frecuencia en el segundo trimestre del embarazo en las gestantes, lo cual coincide con los reportes conocidos, pues en esa etapa afloran temores a un aborto espontáneo y esta preocupación también se reflejó en el tercer trimestre, ya que en la medida que se acerca el parto aparece ansiedad, insomnio y temores y preocupaciones por prejuicios y mitos. Los síntomas detectados en las puérperas se recogieron a su ingreso, en su mayoría a partir del segundo mes del parto, pero algunos familiares informaron que comenzaron antes, como es habitual la depresión en el puerperio, pero que lo vieron como "algo normal en una parida", no otorgándole la importancia que requerían. En ese período de tiempo generalmente están con letargia física y emocional, luego de la espera y la adaptación al nuevo rol de madre, confundiéndose la astenia con la depresión.

En cuanto a las áreas más afectadas se encontró la provincia de Artemisa que aportó el mayor número de pacientes, es necesario analizar en ese territorio las causas que motivaron este fenómeno. El municipio Marianao ocupó el segundo puesto, lo que nos hace meditar sobre el nivel cultural presente en esa área, el estilo de vida, las creencias místicas que ejercen gran influencia en la población y la labor del Sector Salud y otras organizaciones sociales.

Se concluye que en las pacientes en período grávido-puerperal predomina el trastorno de adaptación depresivo, que acompañado de la depresión posparto fueron más frecuentes en las que planificaron y desearon el embarazo. La provincia Artemisa y el municipio Marianao aportaron el mayor número de pacientes, que estuvieron representadas en su mayoría por el grupo de 20 a 25 años. El nivel de escolaridad no resultó significativo. Las gestantes inician los síntomas en el segundo trimestre del embarazo y las puérperas los presentaron en el segundo mes de partidas.

Recomendamos socializar los resultados con directivos municipales y provinciales, con el personal de salud involucrado en la actividad del PAMI, así como a todas las instancias pertinentes e implementar un Programa Educativo dirigido a las mujeres en edad fértil con trastornos depresivos o riesgos de padecerlos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Zaragoitia Alonso I. Depresión. Generalidades y particularidades. La Habana: Ecimed; 2013.
- 2.- Swaby E, Ramírez M, Rodríguez R, López P, Fajardo J, Romero R. Aspectos actuales acerca de la depresión. Disponible en:
http://www.gtm.sld.cu/sitios/cpicm/contenido/ric/textos/Vol_49_No.1/algunos_aspectos_actuales_depresion_rb.pdf
- 3.- Urbina C, Villaseñor S. Los Trastornos Mentales del Embarazo. Internet. Revista Digital Universitaria.2005; 6(11). Disponible en: <http://www./art108/art108.htm>
- 4.-Darves-Bornoz J, Gaillard P, Degiovanni A. Psychiatrie et grossesse: la mère et l'enfant. Encycl Méd Chir

- (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Obstétrique, 5-046-A-10, Psychiatrie, 37-660-A-10, 2001, 8 p.
- Enterprise Content Management (ECM.) Psiquiatría y embarazo: la madre y el niño.2012 [17 sept 2012]; (38).1:1-8.
- Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1283-081X\(02\)71894-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1283-081X(02)71894-8)2002
- 5.-Gentile S. Antipsychotic Therapy during early and late pregnancy. A systematic review. Schizophrenia Bulletin. 2010; 36(3): 518 – 44.
- 6.-Grover S, Avasthi A, Sharma Y. Psychotropic in pregnancy: weighing risks. Indian J Med Res 2006; 123: 497 –512.
- 7.- Hales R, Yudofsky S, Talbott J. Tratado de Psiquiatría. Masson. Barcelona. Edit. A. Montalvo. 2000.
- 8.- Embarazadas con depresión tienen pensamientos suicidas.** Noticias de Salud [noviembre \(PL\)](#) Copyright 2011.
- Disponible en <http://boletinadodia.sld.cu/17 Nov 2012>
- 9.- Watkins S. Meltzer B. Samantha Z. Stuebe A. *Breastfeeding Experiences and Postpartum Depression.* según publicó (doi: 10.1097/AOG.0b013e318226 ian College of [Obstetrics & Gynecology](#)0a2d). El Amer tetricians and Gynecologists (ACOG) Publicado en *Obstetrics & Gynecology*. 118(2, Part 1):214-221. Agosto 2011
- 10.- "Científicos identifican indicadores genéticos de la depresión posparto". Boletín de Prensa Latina SA [23 May 2013] (EFE)
- 11.- Modificaciones epigenéticas durante el embarazo pueden predecir la depresión en las semanas posteriores al parto. Mol Psychiatry. 2013 [citado 27 May2013];(47):460. Disponible en: <http://psiquiatria.com/noticias/depresión/diagnóstico>
- 12.-Blockwwone E. Jamy I. Dashi M. Obstetr variables associated with bipolar affective puerperal psychosis. Psychiatry 2006.
- 13.- Rothschild J. Wesner K. A reviem of post partum psychosis. Women Heath 2006.

Recibido: 14 de diciembre de 2013.

Aceptado: 17 de febrero de 2014.

Yrmina Lázara Reyes Cruz. Centro Psiquiátrico José Galigarcía. La Habana, Cuba. Correo electrónico: yrge@infomed.sld.cu