

PSIQUIATRIA DE GENERO: “Detección de síntomas depresivos y ansiosos en el Servicio de Tocoginecología del Hospital Dr. Alejandro Korn”

Dra. Gobbi Silvina

Hospital Neuropsiquiátrico “Dr. A. Korn”- Fac. Cs. Médicas (UNLP) y Fac. Cs. Médicas (UBA)
silvinagobbi@gmail.com

Director: Dr. Zieher Luis - Codirector: Dr. Zelaschi Norberto

Resumen

La depresión es la cuarta causa de discapacidad en el mundo (WHO 2001) y las mujeres duplican la prevalencia en relación a los hombres (WHO 2005). Esto se puede explicar teniendo cuenta una visión de género, donde existe no solo un dimorfismo biológico sino también psicosocial. Las mujeres enferman en los periodos de cambios endocrino-hormonales, coincidiendo con su etapa fértil.

El embarazo tradicionalmente fue considerado como un estado de plenitud, no obstante recientes investigaciones ponen en evidencia que hasta un 70% de las gestantes cursa con síntomas depresivos y / o ansiosos y la Depresión Materna Antenatal se registra entre un 10 al 16%.

Palabras claves: depresión materna antenatal, dimorfismo, factores psicosociales, HAD.

Introducción:

Es relevante empezar a comprender que en el proceso salud – enfermedad, hombres y mujeres lo hacemos de manera diferente; esto es conocer las diferencias de género. Entendiendo por tal como una construcción social compleja, donde se hace referencia a lo masculino y a lo femenino, siguiendo las pautas culturales, políticas y jurídicas de una determinada sociedad y en un determinado momento.

Es importante conocer como se juegan las relaciones de género y como se ejercen las relaciones de poder.

Existen diferentes aproximaciones para tratar de explicar las diferencias de LOS DESÓRDENES MENTALES entre géneros, que abarca lo:

- BIOLÓGICO: donde se hace hincapié en el *Dimorfismo cerebral, El Dimorfismo hormonal y Dimorfismo farmacológico.*
- PSICOSOCIAL: donde importa el *rol y posición social, la pobreza, el aislamiento, la violencia doméstica y sexual, la opresión patriarcal, la educación, el trabajo y la maternidad.*

Trastorno Depresivo Mayor, Depresión Materna Antenatal (DMA):

El término depresión se utiliza en tres sentidos:

- síntoma
- síndrome
- enfermedad

Como síntoma es utilizado para describir un sentimiento de tristeza relacionada con una situación desplacerera; como síndrome agrupa procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital. Ahora bien, como enfermedad implica un trastorno biológico en el cual se determinará etiología, clínica, curso, pronóstico y tratamiento.

La depresión es la cuarta causa de discapacidad en el mundo (WHO 2001) y las mujeres duplican la prevalencia en relación a los hombres, donde 5,8% se calcula son varones y 9,5% son mujeres (WHO 2005). Diferentes estudios multicéntricos demuestran que la relación hombre: mujer es 1:2, las mujeres inician a edades más tempranas la enfermedad que los hombres, coincidiendo con los periodos de cambios endocrino-hormonales, que son considerados eventos vitales tanto para la mujer como para la familia. Es por ello que la menarca, el embarazo, el parto, el puerperio y la perimenopausia son etapas consideradas de mayor vulnerabilidad social, psicológica y biológica (Burt Vk 2004; Kaplan H and Sadock; N.I.M.H). También es conocido que la depresión en las mujeres suele manifestarse con mayor sintomatología somática (somatizaciones) y ansiosa (depresión especial tipo somática ansiosa) (Kroenke K. and RL Spitzer 1998; Silverstein 2002)

El embarazo tradicionalmente fue considerado como un estado de plenitud, no obstante recientes investigaciones ponen en evidencia que hasta un 70% de las gestantes cursan con síntomas depresivos y / o ansiosos y la Depresión Materna Antenatal (DMA) se registra entre un 10 al 16% (Smith Mv, RA Rosenheck y col 2004). Es sabido que la clínica de la Depresión Materna Antenatal no difiere de las halladas en otras épocas de la vida, es más, presenta mayor comorbilidad con síntomas ansiosos debido al nuevo estado vital y a la incertidumbre de cómo será el futuro.

Se describen números factores predisponentes relacionados para el desarrollo de la Depresión Materna Antenatal, a saber: problemas matrimoniales, pobre contención social, embarazo no deseado y/o planificado, antecedentes familiares y/o personales de trastornos anímicos, drogodependencia (sobre abuso y dependencia del alcohol), madre soltera, múltipara, embarazo adolescente, malas condiciones de salud, mala situación socio-económica, bajos niveles educativos, trabajo “en casa” (ama de casa), etnicidad (Chung Esther 2004; Ruta Nonacs 2003; Stewart and Ashraf 2006).

La Depresión Mayor Antenatal constituye per. se un efecto adverso potencialmente grave, tanto para la madre como para el desarrollo fetal e infantil (Chung Esther 2004; Levey Lori, Newport Jeffrey, Stowe Z.N. and et al 2004 ; Weinberg M. Katherine, Ph. D. and Edward Tronick, Ph. D 1998), y se describen efectos agudos y efectos de largo plazo (o del desarrollo).

Finalmente, la Depresión Materna Antenatal es un factor de riesgo (FR) para el desarrollo de Depresión Posparto (Llewellyn A., Stowe Z.N., and Nemeroff 1997).

Objetivos:

- a) Detectar la prevalencia de síntomas depresivos y/o ansiosos en aquellas mujeres que concurren al control prenatal en el Hospital Dr. Alejandro Korn.
- b) Analizar si existen indicadores de relación entre las variables estudiadas.

Método:

Se realizó un estudio de tipo DESCRIPTIVO, OBSERVACIONAL.

Se utilizó como instrumento de detección la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (**HAD**) (Zigmong 1983) y las Historias Clínicas del Programa Materno Infantil de la Pcia. de Bs. As. con el fin de obtener los datos sobre variables sociodemográficas y de planificación familiar. Los datos obtenidos se estudiaron utilizando la prueba estadística de Chi Cuadrado.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Docencia e Investigación del Hospital Alejandro Korn en Mayo de 2006.

Se eligió trabajar en 2 diferentes consultorios, uno llamado de Obstetricia y el otro de “De Alto Riesgo”. Este último consultorio responde a la demanda de mujeres con embarazos considerados de alto riesgo como por Ej. Mujeres múltiparas, con cesáreas previas, o con Diabetes gestacional, o con hipertensión gestacional, o con enfermedades infectocontagiosas, entre otras.

Las escalas se tomaron aleatoriamente cuando concurrían a su control prenatal en la sala de espera de los Consultorios Externos que prestaron consentimiento informado verbal y que cumplieran con los criterios de inclusión, en un período de tiempo de 7 meses (jun – dic 2006)

Los Criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron para:

- Consultorio de Obstetricia: mujeres mayores de 17 años, en estado de gravidez confirmada ya sea por métodos de laboratorio o ecográficos, que sepan leer y escribir y sin patología clínica y psiquiátrica conocida.
- Consultorio de Alto Riesgo: mujeres mayores de 17 años, en estado de gravidez confirmada ya sea por métodos de laboratorio o ecográficos, que sepan leer y escribir, sin patología psiquiátrica conocida y que presenten complicaciones clínicas y / o gineco – obstétricas.

El Instrumento utilizado fue la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD): Es de *detección o cribado*, autoaplicada, para detectar trastornos depresivos y ansiosos en el marco de los servicios hospitalarios no psiquiátricos. Esta constituida por catorce ítems que se agrupan en dos subescalas de siete ítems cada una: Subescala de Ansiedad y Subescala de Depresión. El entrevistado contesta utilizando escala tipo Likert, donde se hace referencia a intensidad de síntomas y frecuencia de presentación, oscila entre 0 (cero punto) (nunca, ninguna intensidad) y 3 (tres puntos) (casi todo el día, muy intenso). Adaptada y validada al español. Puntos de corte para ambas subescalas son:

- ≥ 8 Pts.: síntomas depresivos o ansiosos, “caso probable” y
- \geq mayor de 11 Pts.: caso de depresión o ansiedad.

Resultados:

CONSULTORIO OBSTETRICIA:

De las 70 pacientes de la muestra con edad promedio 23,56 años DS: 5,46; 28 pacientes (40 %), presentaron síntomas de depresión, de ellas, la ansiedad apareció como comorbilidad en 24 (85%) [Ver cuadro n° 1]. La depresión aparece relacionada con el embarazo no deseado (n = 13), a diferencia de lo que ocurre con el embarazo planificado o sí deseado (n = 2); $X^2: 29,30$ $p < 0,005$ [Ver cuadro n° 2]

Los síntomas son mayormente detectados durante el tercer trimestre de la gestación.

Las pacientes con gestas no deseadas y / o planificadas (n = 13) y síntomas depresivos (escala HAD-D ≥ 8 ptos) solo 3 ptes utilizaban algún método anticonceptivo [Ver cuadro n° 3]

Cuadro: 1- SCREENING: PREVALENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS (HAD ≥ 8 puntos) (n = 70)

EMBARAZADAS con DEPRESIÓN	EMBARAZADAS con DEPRESIÓN
28 PACIENTES	40%
COMORBILIDAD con ANSIEDAD	COMORBILIDAD con ANSIEDAD
24 PACIENTES	85%

Cuadro: 2- DEPRESIÓN (HAD-D ≥ 8 PTOS) vs. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

N =28	Pts.	%
PLANIFICADO	2	7,14
NO PLANIFICADO	13	46,42
SIN REGISTRO	13	46,42

	DEPRESION	NO DEPRESION
EMB. PLANIFICADO	2 (8,25)	9 (2,75)
EMB. NO PLANIFICADO	13 (20,25)	14 (6,75)

$X^2 = 29,30$ $p < 0,005$

Cuadro: 3- EMBARAZOS NO DESEADOS CON HAD \geq 8 PTOS vs. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC)

	DEPRESIÓN (N = 13)
NO MAC	10
%	76,92
SI MAC	3
%	23,07
BARRERA	1
HORMONAL	2

CONSULTORIO DE ALTO RIESGO:

Se recolectaron 34 escalas de pacientes con edad promedio 27,35 años DS 6,29. Con un promedio de hijos por mujer de 2.

De esta muestra, 9 pacientes puntuaron para síntomas depresivos (26,47%) [Ver cuadro n° 1], a su vez 7 de ellas (77,77%) presentaban asociados síntomas ansiosos (HAD-A \geq 8 PTOS), aquí también el embarazo no deseado aparece relacionado con la depresión (n = 8); prueba de Chi-cuadrado: 22,96 $p < 0,005$; [ver cuadro n° 2] además sólo 3 ptes (37,5%) utilizaban MAC [ver cuadro n° 3].

Cuadro: 1- SCREENING: PREVALENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS (HAD \geq 8 puntos) (n = 34)

EMBARAZADAS con DEPRESION	EMBARAZADAS con DEPRESIÓN
9 PACIENTES	26,47%
COMORBILIDAD con ANSIEDAD	COMORBILIDAD con ANSIEDAD
7 PACIENTES	77,77%

Cuadro: 2- DEPRESIÓN (HAD-D \geq 8 PTOS) vs. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

N =9	Pts.	%
PLANIFICADO	0	0
NO PLANIFICADO	8	88,88
SIN REGISTRO	1	11,11

	DEPRESION	NO DEPRESION
EMB. PLANIFICADO	0 (3)	4 (1)
EMB. NO PLANIFICADO	8 (14,25)	11 (4,75)

$X^2 = 22,96 p < 0,005$

Cuadro: 3- EMBARAZOS NO DESEADOS CON HAD \geq 8 PTOS vs. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC)

	DEPRESIÓN (N = 8)
NO MAC	5
%	62,5
SI MAC	3
%	37,5
BARRERA	1
HORMONAL	2

Conclusiones:

- a- Se encontró que las pacientes embarazadas tanto en el consultorio de Obstetricia como en el de Alto Riego presentaban una importante prevalencia de síntomas depresivos, 40% y 26,47% respectivamente.
- b- Aquellas pacientes que no deseaban y/o planificaban sus gestas presentaron una significativa relación estadística con el desarrollo de síntomas depresivos.

- c- Paradójicamente aquellas pacientes en donde se registró que sus embarazos no fueron deseados, se halló que una reveladora cantidad de ellas no utilizaban métodos anticonceptivos de planificación familiar.

Comentarios Finales:

Creemos que mayores estudios son necesarios para arribar al diagnóstico de Depresión Materna Antenatal debido al alto impacto que este trastorno produce en la diada madre – hijo. Obstetras y pediatras deberían tener una mirada más atenta e interdisciplinaria sobre síntomas depresivos y ansiosos en las madres para lograr un oportuno diagnóstico y tratamiento, ya que muchas de las mujeres que utilizan los sistemas públicos de salud no demandan atención para ellas fuera de los procesos de embarazo y parto.

Bibliografía:

1. Burt V. Gender considerations in the treatment of physical symptoms of depression. Program and abstracts of the American Psychiatric Association 2004 Annual meeting; May 1-6, 2004; New York
2. Chung Esther, Mc Collum Kelly, Elo Helen and et al. "Maternal Depressive Symptoms and Infant Health Practices Among Low- Income Women". Pediatrics vol. 113 n° 6, June 2004
3. Kaplan Harold and Benjamín Sadock. Sinopsis de psiquiatría 8ª edición, Cáp.: (15) trastornos del estado de ánimo, Pág.: 593- 648. Editorial Panamericana. Abril 2000.
4. Kroenke K. and RL Spitzer. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. Psychosomatic Medicine vol. 60. issue 2/150- 155. 1998.
5. Levey Lori, Newport Jeffrey, Stowe Z.N. and et al." Psychiatric disorder in pregnancy". Neurol Clinics 22 (2004) 863 – 893
6. Llewellyn A., Stowe Z.N., and Nemeroff C.B. "Depression During Pregnancy and the Puerperium". Journal of Clinical Psychiatry. 58 [suppl. 15]:26-32 (1997).
7. N.I.M.H. Women are at greatest risk for depression than men. N.I.M.H: Depresión: what every women should know. www.nimh.nih.gov/publicat
8. Ruta Nonacs, MD, PhD and Lee Cohen, MD. Assessment and treatment of depression during pregnancy: an update. Psychiatric Clinics of North America 26 (2003) 547-562
9. Silverstein B. Gender differences in the prevalence of somatic versus pure depression: a replication. Am J Psychiatry 2002 Jun;159(6):1051-2 .
10. Smith Mv, RA Rosenheck y col. "Screening for and detection of depression, panic disorder, and PTSD in public sector obstetric clinics". Psychiatric serv. 2004 April; 55 (4) : 407-14
11. Stewart D.E., Ashraf I.J and Munce S.E. "Women's mental health: A silent cause of mortality and morbidity". Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics (94) 343 – 349. 2006
12. Weinberg M. Katherine, Ph. D. and Edward Tronick, Ph. D. "The impact of maternal psychiatric illness on infant development". J Clin Psychiatry 1998; 59 (suppl 2): 53-61
13. WHO- Mental and neurological disorders . Media centre. Fact sheet n 265, December 2001. www.who.org.com.
14. WHO- Gender and women's mental health. Publications. June 2005. www.who.org.com
15. Zigmong A.S. C , R.P. Snaigth. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psiquiatrica Scandinava. 1983;67:361-370.

