

2. Garnier, Leonardo: Volver a la escuela luego de la COVID. ¿Por qué no un regreso al futuro?. Blog de acción 2020. Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible, 2022
3. Monterroso Martini, Susy Candelaria: Aprendizaje autorregulado y su incidencia en el rendimiento académico de los adolescentes. Tesis de Posgrado. Universidad Rafael Landívar. Guatemala de la Asunción, 2015
4. Opertti, Renato: Educación en un mundo post-COVID. Reflexiones en progreso no.43. IBE, UNESCO, International, Bureau of Education, IBE/2021/WP/CD/43 rev
5. Rodríguez Jiménez, Andrés: La autorregulación del aprendizaje como medio y meta de la educación del siglo XXI. Curso Preevento. Primer Taller Nacional de Didáctica. La Habana, Cuba. 2019

DEPRESIÓN EN LA GESTANTE Y EL PUERPERIO

DEPRESSION IN PREGNANT WOMEN AND POSTPARTUM

Autores:

1. Dra. Belkis Lois Sarabia: Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Máster en Urgencia Médica. MINSAP. Policlínico: "Julio Antonio Mella". Correo: remyram@infomed.sld.cu, Guanabacoa. Habana.
2. Dra. Yairys Cárdenas Rivero Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Máster en Atención Integral a la mujer. Correo: yairiscard@infomed.sld.cu. Guanabacoa. Habana. MINSAP Policlínico: Julio Antonio Mella. Cuba.
3. Dra. Marielys Grillo Martin: Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Correo: marielysgm@infomed.sld.cu, MINSAP. Policlínico: "Julio Antonio Mella". Municipio Guanabacoa. La Habana. Cuba

RESUMEN

Antecedentes: La depresión en la gestante y la puérpera es una patología que no es diagnosticada adecuadamente por los médicos de familia, la identificación de los síntomas y signos precozmente son necesarios para prevenir las consecuencias de un manejo inadecuado de esta patología. **Objetivos:** Incrementar los conocimientos de los médicos de familia acerca de los síntomas de la depresión en la gestante. **Método:** Se realizó una revisión bibliográfica actualizada sobre el tema **Resultados:** La presencia de síntomas

de depresión en la gestante aparecen en una de cada 10 mujeres y suele pasar inadvertida en su entorno y por los médicos. Los efectos para el desarrollo psicomotor del lactante son demostrados en la práctica diaria. Estudiar esta patología, así como los tratamientos indicados para este periodo de la vida.

Conclusiones: La depresión en la gestante es una patología que influye en la calidad de vida de la madre y el bebé por lo que su diagnóstico temprano y tratamiento.

Palabra clave: Depresión, perinatal, embarazo, prevención

ABSTRACT:

Background: Depression in pregnant women and postpartum women is a pathology that is not adequately diagnosed by family doctors, early identification of symptoms and signs is necessary to prevent the consequences of inadequate management of this pathology. **Objectives:** To increase the knowledge of family doctors about the symptoms of depression in pregnant women.

Method: An updated bibliographic review on the subject was carried out. **Results:** The presence of symptoms of depression in pregnant women appear in one out of every 10 women and usually goes unnoticed in her environment and by doctors.

The effects for the psychomotor development of the infant are demonstrated in daily practice. To study this pathology as well as the treatments indicated for this period of life. **Conclusions:** Depression in pregnant women is a pathology that influences the quality of life of the mother and the baby, so its early diagnosis and treatment

Key words: Depression, perinatal, pregnancy, prevention

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una etapa de felicidad en la vida de la mujer, la aparición de síntomas y signos de patologías que ensombrece este proceso son estudiadas por los médicos para lograr un buen término. Las enfermedades psiquiátricas pasan inadvertida por el personal de salud si la paciente no tiene antecedentes y si no pensamos es ellas. La depresión de la gestante puede ser una causa de discapacidad en las mujeres en edad fértil y tener efectos negativos en el desarrollo del bebé. Los médicos de familia muchas veces no somos capaces de diagnosticar los síntomas precoces de la depresión en la gestante y en la puérpera, se diagnostican ya en estados avanzados de la enfermedad y de remiten al psiquiatra del área cuando ya ha seguido su curso, es importante realizar esta revisión bibliográfica para actualizarnos sobre su diagnóstico y manejo a nivel de la atención primaria de salud

Embarazo y Depresión

La depresión antiguamente en nuestro país era mal tratada y se ingresaban a las pacientes en los hospitales psiquiátricos con tratamientos que generalmente acababan con la vida de la madre y su producto, lo que no difiere mucho con lo que pasaba en el resto del mundo. Fue la psiquiatra Gisela B. Oppenheim quien por primera vez hizo un cuestionamiento explícito al mito prevaleciente hasta entonces cuando, en un texto inglés de la época, inició el capítulo sobre trastornos psicológicos en el embarazo con la pregunta siguiente. "¿Sirve el embarazo, como se ha afirmado a menudo, para proteger a la futura madre de la enfermedad mental?"¹.

El médico que sigue la atención a la gestante debe conocer los antecedentes de enfermedades psiquiátricas o identificar síntomas nuevos que aparezcan en la misma para indicar el tratamiento adecuado para cada caso. En nuestro país existe el control del riesgo preconcepcional para las mujeres con riesgo de

sufrir una depresión en el embarazo y el puerperio, existen pacientes que no son enfermas, pero tienen algún riesgo de aparición de la enfermedad.

CONTENIDO

¿Qué es la depresión?

La depresión (también llamada trastorno depresivo grave o depresión clínica) es una condición médica que causa sentimientos fuertes de tristeza y falta de interés en las cosas que solía disfrutar hacer. Puede afectar como se siente, piensa y actúa, y puede interferir con su vida diaria. Este problema debe tratarse para poder mejorar.

La depresión en las mujeres es común. En los Estados Unidos, alrededor de 1 de cada 10 mujeres (10 por ciento) tiene señales o síntomas de depresión. Afecta a 1 de cada 7 mujeres (alrededor de 15 por ciento) en algún momento durante el embarazo y en el año después del embarazo. La depresión antes o durante el embarazo es distinta de la depresión posparto. Esta es un tipo de depresión que algunas mujeres tienen después del embarazo.²

¿Cómo sabe si tiene depresión?

El trastorno depresivo grave no es tan sólo sentirse abatida o triste durante unos pocos días. Puede tener depresión si tiene cualquiera de estas señales que duran más de 2 semanas:

Cambios en sus sentimientos

- Sentirse triste, desesperanzada o abrumada
- Sentirse inquieta o irritable
- Llorar mucho
- Sentirse despreciable o culpable
- Tener pensamientos de la muerte o suicidio

Cambios en su vida diaria

- Comer más o comer menos de lo que normalmente come
- Tener problemas para recordar cosas, concentrarse o tomar decisiones
- No poder dormir o dormir demasiado
- Recluirse de sus amigos y familiares
- Perder interés en las cosas que normalmente le gusta hacer

Cambios en su cuerpo

- No tener energía y sentirse cansada todo el tiempo
- Tener dolor de cabeza, problemas estomacales u otras molestias y dolores que no desaparecen

Factores de riesgo de la depresión

El principal factor de riesgo para cualquier depresión fue señalado por Freud hace noventa y un años (1917)³ y se refiere al hecho de haber sufrido una pérdida significativa. Las pérdidas pueden ser diversas, como: perder al esposo o compañero; un hijo/a (o de cualquier tipo de pérdida perinatal); los padres u otros familiares; el amor de la pareja; la ciudad o país de origen (en los casos de migración, principalmente por guerra, hambre o desastres naturales); o bien, la pérdida de la integridad corporal (por enfermedad, accidente, etc.).⁴

Durante el embarazo existe un aumento en la concentración sérica de globulina liberadora de hormonas y hay un aumento de T3 y T4; 13 días después del parto, se presenta un súbito cambio de estas concentraciones. Puede ocurrir que 5% de las mujeres en la etapa posparto sufran de un hipotiroidismo pasajero; se ha demostrado una asociación entre la presencia de anticuerpos anti tiroideos y depresión postnatal. Por otra parte, los anticuerpos anti tiroideos se presentan en 10% de las mujeres normales y resultaría fácil el estudiar los

anticuerpos anti tiroideos en la etapa posparto. Cabe hacer notar que la depresión mayor se ha asociado también con cambios en el funcionamiento tiroideo importante consignar, además, que durante el embarazo la cantidad de progesterona y estrógenos es varias veces mayor que después de éste; en el posparto hay una súbita caída en la cantidad de estas hormonas. Se ha sugerido como factor contribuyente una baja en el nivel sanguíneo de progesterona y una elevación del nivel de cortisol. Además, se ha encontrado una correlación entre la concentración elevada de cortisol y mayor tristeza posparto. Como se sabe, los corticosteroides suelen estar elevados en personas que sufren de depresión mayor. En cuanto a la progesterona, se ha observado que ésta tiene efectos sedantes en varios animales y puede que esto ocurra a través de facilitar la función del sistema de ácido gamma aminobutírico en el sistema nervioso central⁵

Existen factores de riesgo para la depresión que el médico de consultorio debe identificar desde la captación de la gestante:

Riesgos de no diagnosticar y tratar la depresión en la gestante

El no tratar la depresión en la gestante dificulta toda la atención prenatal de la gestante, su falta de interés y motivación hacen que la gestantes no acudan al control prenatal con la sistematización adecuada, no realización de los complementarios y llevar a cambios conductuales como [pobre nutrición](#), [tomando alcohol](#), [de fumar](#) y comportamiento suicidio por lo que ante una gestante o puérpera con sospecha debe ser valorada por el equipo básico de trabajo y los especialistas del Centro de Salud Mental de su área

Riesgo para el recién nacido

Existen consecuencias para el recién nacido y su desarrollo a lo largo de la vida, sea comprobado que los hijos de madres deprimida tienen riesgo de nacer prematuramente, bajo peso al nacer, problemas del desarrollo psicomotor son menos activos, muestran menos atención, o ser más agitados que los bebés nacido a madres quienes no son deprimidas

La depresión materna *per se* puede afectar negativamente el desarrollo del feto¹⁴. Aunque varios estudios sugieren que la depresión materna se asocia a un riesgo mayor de embarazos de pretérmino (cuando el nacimiento ocurre antes de las 37 semanas) o a un riesgo mayor de dar a luz recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG) o de peso bajo, una revisión reciente concluyó que la evidencia actual no permite apoyar ni refutar la validez de estas asociaciones específicas⁶

Depresión en puérpera

Es difícil para los médicos de familia diagnosticar la depresión en la puérpera porque el enfoque asistencial es hacia el recién nacido no prestándose muchas veces la atención a los síntomas de depresión de la puérpera y no existe un registro estadístico sobre su comportamiento real en Cuba.

En la actualidad se cuenta con más de una veintena de estudios en los que se han documentado los numerosos efectos adversos asociados a la depresión materna posparto. Estas investigaciones han encontrado consecuencias negativas a nivel del vínculo madre-hijo(a) y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales como cognitivos⁷. Hay y Cols, por ejemplo, encontraron que los preadolescentes cuyas madres presentaron una depresión a los tres meses de tenerlos; es decir, sufrieron de DPP, tuvieron coeficientes intelectuales significativamente más bajos que los niños cuyas madres no se deprimieron en ese período⁸. En otro estudio, este grupo de

investigadores dio a conocer una asociación entre DPP materna y violencia en los hijo(a)s, aún considerando la depresión durante la gestación, su historia de depresión y las características de la familia. Los hijo(a)s se mostraron más violento (a) s si las madres habían estado deprimidas al tercer mes posparto y al menos en una ocasión más durante el seguimiento, el cual se extendió hasta 11 años después del parto⁹. Pero la depresión puerperal no sólo puede afectar el modo como la madre se relaciona con su hijo sino también la manera como lo percibe. Se ha visto que las madres deprimidas perciben más negativamente a sus hijos y que los consideran más difíciles de criar que las madres controles no deprimidas¹⁰.

Tratamiento

El tratamiento se divide en medicamentoso y no medicamentoso, muchos profesionales se olvidan del tratamiento no medicamentoso en la depresión de la gestante y su importancia para lograr un bienestar completo de la misma.

Tratamiento no medicamentoso

1. Ejercicio– Ejercer naturalmente aumentan los niveles de serotonina y disminuyen los niveles de cortisol.
2. Obtener descanso adecuado– La falta de sueño afecta mucho la habilidad del cuerpo y la mente para manejar estrés y desafíos diarios. Trabaje en estableciendo un horario de sueño rutinario que se permite acostándose y levantándose a las mismas horas.
3. Dieta y Nutrición– Muchos alimentos ha estado vinculado a cambios de humor, la habilidad para manejar estrés y claridad mental. Dietas altas en cafeína, azúcar, carbohidratos procesados, aditivos artificiales y proteína baja pueden conducir a asuntos en relación con su salud mental y física. Haz una decisión consciente empezar alimentando su cuerpo con alimentos que puede ayudarse a sentirse
4. [Acupuntura](#)– Estudios nuevos informan la acupuntura ser una opción viable en el tratamiento de la depresión en mujeres embarazadas.
5. [Ácidos grasos de Omega-3](#) – Por años ha estado sabido que Omega-3 puede ayudar con un número de asuntos de salud, pero los más nuevos estudios están mostrando que tomando un suplemento diario de Omega-3/aceites de pescado pueden disminuir los síntomas de depresión. Mujeres embarazadas querría asegurar a tomar una versión de aceite de pescado sin mercurio y chequear con su proveedor de atención médica o nutricionista en una cantidad recomendada.
6. [Remedios de Hierbas](#)– Hay un número de suplementos de hierbas y vitaminas sabido afectar humores y la hormona serotonina. Hable con su proveedor de atención médica y nutricionista/herbolario sobre tanto si usar StJohn'sWort, SAM-e, 5-HTP, magnesio, vitamina B6 y remedios de flores. Muchos de estos no pueden estar usado en conjunción con antidepresivos y deben estar evaluado en las dosis para mujeres embarazadas.¹¹⁻¹²

Tratamiento medicamentoso

Existe una clasificación de riesgo para los medicamentos y su uso, su valoración para realizar las indicaciones debe ser valorada por el especialista, se debe tener presente la clasificación internacional del riesgo del uso de fármacos sobre el feto¹³⁻¹⁴

Tabla I. Grado de riesgo que representa para el feto el uso de fármacos durante el embarazo

Categoría	Interpretación
A	Estudios controlados revelan que no hay riesgo fetal
B	No hay evidencia de riesgo en humanos
C	No se puede excluir eventual riesgo fetal
D	Existe evidencia positiva de riesgo, aunque los beneficios potenciales pueden superar los eventuales riesgos
X	Contraindicación absoluta en el embarazo

* Según la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos de América.

Tabla 2. Grado de riesgo que representa para el feto/lactante el uso de algunos psicofármacos durante el embarazo / lactancia

		Riesgo en el embarazo según la FDA*	Riesgo en la lactancia según la AAP**
Antidepresivos			
ISRS	Citalopram	C	ND
	Escitalopram	C	ND
	Fluoxetina	C	Desc mp
	Paroxetina	D	Desc mp
	Sertralina	C	Desc mp
Tricíclicos y aminas secundarias	Amtriptilina	C	Desc mp
	Clomipramina	C	Desc mp
	Desipramina	C	Desc mp
	Imipramina	C	Desc mp
Otros	Bupropion	B	Desc mp
	Duloxetina	C	ND
	Mirtazapina	C	ND
	Venlafaxina	C	ND
Estabilizadores del ánimo			
	Carbamacepina	D	Compatible
	Carbonato de litio	D	Contraind.
	Lamotrigina	C	ND
	Oxcarbamacepina	C	ND
	Ácido Valproico	D	Compatible
Antipsicóticos			
Atípicos	Aripiprazole	C	ND
	Clozapina	B	Desc mp
	Olanzapina	C	ND
	Quetiapina	C	Desc mp
	Risperidona	C	ND
Convencionales	Clorpromazina	C	Desc mp
	Haloperidol	C	Desc mp
	Flufenacina	C	ND
	Tiordacina	C	ND
Ansiolíticos			
Benzodiacepinas	Alprazolam	D	Desc mp
	Clordiacepóxido	D	ND
	Clonacepam	D	ND
	Cloracepato	D	ND
	Diacepam	D	Desc mp
	Loracepam	D	Desc mp
	Oxacepam	D	ND

*Food and Drug Administration de los Estados Unidos de América. ** American Academy of Pediatrics.

ND = No Disponible. Desc mp = Desconocido, motivo de preocupación. Modificado de ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetricians- gynecologists Number 92, April 2008. Obstet Gynecol 2008²⁶.

CONCLUSION

Realizando esta revisión sobre este tema poco conocido por los médicos de familia y tratado de forma inadecuada en la atención primaria de salud, nos permitió obtener un conocimiento más profundo sobre los síntomas precoz de la depresión en la gestante que ayudaría a evitar todos los riesgos que para la gestante, la puérpera y el bebe tiene esta patología. Incentivar el diagnostico, estudio y tratamiento adecuado de la misma, la remisión a tiempo a los especialistas en psiquiatría evitaría las consecuencias negativas de una enfermedad que es curable

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Humberto Mendoza y el Dr. Sergio González García por la motivación para la investigación y desarrollo de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Oppenheim G. Psychological disorders in pregnancy. En: Priest R, editor. Psychological disorders in obstetrics and gynaecology. London: Butterworths, 1985
2. Mendoza ME, Martínez G, Pizano ML, Lartigue T. Violencia conyugal asociada a la autoestima en mujeres con y sin embarazo en un área urbana de la ciudad de México. En prensa.
3. Freud S. Duelo y melancolía. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1917, Tomo XIV
4. Bleichmar H. Avances en psicoterapia psicoanalítica. México: Paidós; 1997. Brown MA, Solchany JE. Two overlooked mood disorders in women: Subsyndromal depression and prenatal depression. Nurs Clin North Am 2004; 39(1): 83-95
5. Harris B. Biological and Hormonal Aspects of Postpartum Depressed Mood. British J Psych 1994; 164: 288-92.
6. Yonkers K, Wisner K, Stewart D, Oberlander T, Dell D, Stotland N, *et al*. The management of depression during pregnancy: A report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists 2009; 114 (3): 703-13.
7. Hostetter B, Stowe Z. Postpartum mood disorders. En: Lewis-Hall F, Williams T, Panetta J, Herrera J, editors. Psychiatric illness in women. Emerging treatments and research. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc, 2020. [[Links](#)]
8. Hay D, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. J Child Psychol Psychiatry 2018; 42 (7): 871-89. [[Links](#)]
9. Hay D, Pawlby S, Angold A, Harold G, Sharp D. Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. Dev Psychol 2003; 39(6): 1083-94. [[Links](#)]
10. Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R. The impact of postpartum depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. Child Dev 1996; 67: 2512-26. [[Links](#)]
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. 4th Edition. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2019. (tabla)
12. Perinatol Reprod Hum VOL. 22 No. 2; ABRIL-JUNIO 2008 Depresión en la etapa perinatal Depresión en la etapa perinatal* TERESA LARTIGUE, a. J. MARTÍN MALDONADO-DURÁN, b. ITZEL GONZÁLEZ-PACHECO, c. JUAN MANUEL SAUCEDA-GARCÍA, d
13. González I, Lartigue T, Vázquez G. Experiencias adversas en la infancia y/o adolescencia e infecciones de transmisión sexual en la gestación. Salud Mental 2019
En prensa
14. U.S. Department of Health and Human Services, <https://www.womenshealth.gov/> March of Dimes, <https://www.marchofdimes.com/> The American Congress of Obstetricians and

Gynecologist (ACOG), <https://www.acog.org> MGH Center for Women's Mental Health, <https://www.womensmentalhealth.org> Acupuncture for depression during pregnancy: a randomized control study. *ObstetGynecol*, 2010 Mar;115(3):511-20.PMID:20177281

15. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynaecologists. *ObstetGynecol* 2008; 11 (4): 1001-19. [[Links](#)]

16. Merlob P, Birk E, Sirota L, Linder N, Berant M, Stahl B, *et al*. Are selective serotonin reuptake inhibitors cardiac teratogens? Echocardiographic screening of newborns with persistent heart murmur. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2009; 85(10): 837-41. [[Links](#)]

17. Cole J, Ephross S, Cosmatos I, Walter A. Paroxetine in the first trimestre and the prevalence of congenital malformations. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2007; 16: 1075-85. [[Links](#)]

18. Einarson A, Pistelli A, Desantis M, Malm H, Paulus W, Panchaud A, *et al*. Evaluation of the risk of congenital cardiovascular defects associated with use of paroxetine during pregnancy. *Am J Psychiatry* 2008; 165 (6): 749-52. [[Links](#)]

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

STRATEGY OF EDUCATIONAL INTERVENTION IN ADULTS ELDERLY WITH ARTERIAL HYPERTENSION.

Autores:

1. Migdalia Abreu Díaz, Especialista I Grado Medicina General Integral. Profesora Asistente. Máster en Atención Integral a la Mujer. Policlínico Docente "Julio A Mella". migdaliaabreu@infomed.sld.cu ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5459-9704>. La Habana. Cuba.
2. Betsy Zujeiler Pentón Bassa, Especialista I Grado Medicina General Integral y en Angiología y cirugía vascular. Profesora Asistente. Dirección Municipal de Salud de Guanabacoa. bzpbassa@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5661-9417>. La Habana Cuba.
3. Carlos Alberto Palman Cuesta, Dr. Carlos Alberto Palman Cuesta. I Grado Medicina General Integral. Policlínico Docente "Julio A Mella". carlosapc@infomed.sld.cu. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7672-4257>. La Habana: Cuba.
4. Isabel Reyes Rodríguez, Dra. Isabel Reyes Rodríguez. Especialista I Grado Medicina General Integral. Profesora Auxiliar Policlínico Docente "Julio A Mella". isabel.reyes@infomed.sld.cu ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9755-3976>. La Habana. Cuba.
5. Michely Peñafuerte Oria. Dra. Michely Peñafuerte Oria. Especialista I grado Medicina General Integral. Profesora asistente. Dirección municipal de Salud de Guanabacoa. michely@infomed.sld.cu ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2221-4590>. La Habana. Cuba.