

EL PROBLEMA DE LA DEPRESIÓN EN LAS MUJERES. SITUACIÓN EN MÉXICO

Dra. Ma. Asunción Lara

Instituto Nacional de Psiquiatría

Ramón de la Fuente Muñiz



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Seminario Permanente de Género y Salud
Dpto. de Salud Pública. 3 de Marzo, 2014

Qué es la depresión

- ✓ Estado de ánimo deprimido
- ✓ Disminución del interés o capacidad disfrutar casi todas las actividades

✓ Pérdida importante de peso o aumento del apetito

✓ Insomnio o hipersomnia

✓ Agitación o lentitud

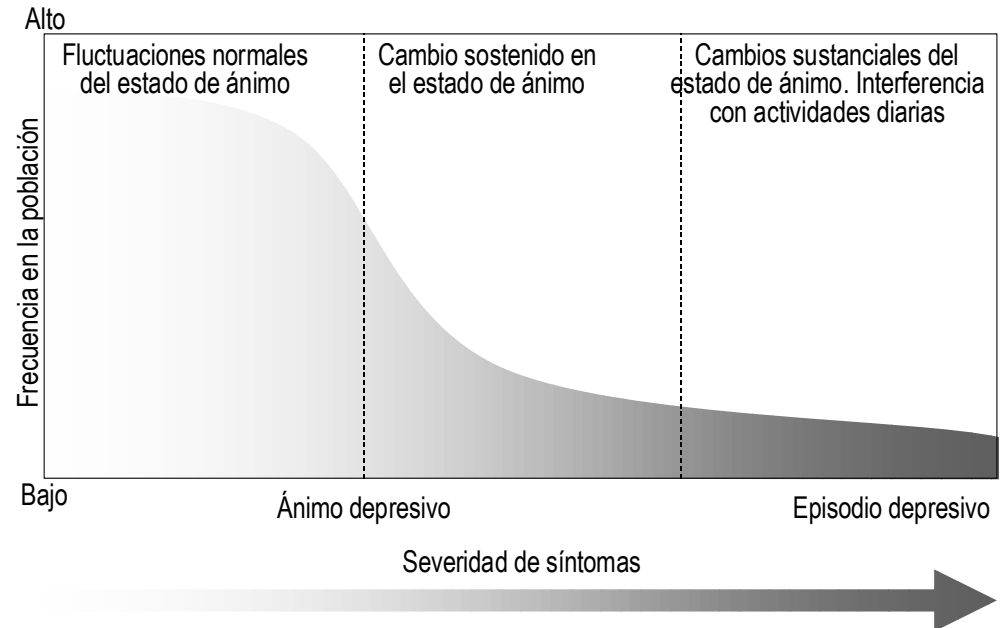
psicomotoras

✓ Fatiga o pérdida de energía

✓ Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva

✓ Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse

✓ Pensamientos recurrentes de muerte.



Fuente: The World Health Report, 2001

Sintomatología depresiva
VS
Depresión clínica

Prevalencia de depresión en México

Journal of Affective Disorders 138 (2012) 165–169



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Journal of Affective Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad



Brief report

Depression, gender, and the treatment gap in Mexico

Claudia Rafful, María Elena Medina-Mora*, Guilherme Borges, Corina Benjet, Ricardo Orozco

National Institute of Psychiatry, Calzada México Xochimilco No 101-Col. San Lorenzo Huipulco, México D.F., C.P. 14370, Mexico City, Mexico

Prevalencia en la vida:

Mujeres: 10.4%

Hombres: 5.4%

Más mujeres que hombres tienen un primer episodio depresivo, una vez que se da un primer episodio, no hay diferencias en número o duración de los episodios entre los sexos.

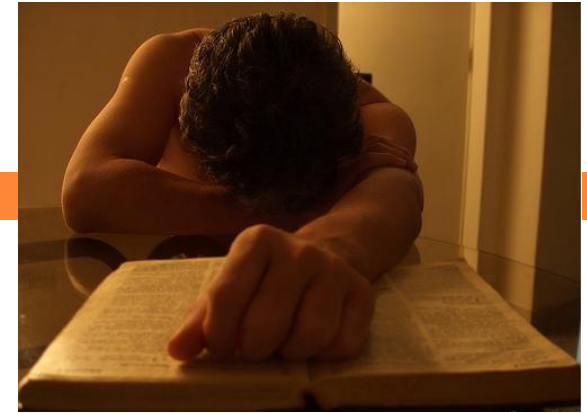
Discapacidad

- 4^º causa de discapacidad en el mundo. (Años de vida saludable perdidos)

Murray y López. Harvard University Press, World Health Organization and The World Bank, 1996.

- 1^º causa de discapacidad en las mujeres
- 9^º causa en los hombres

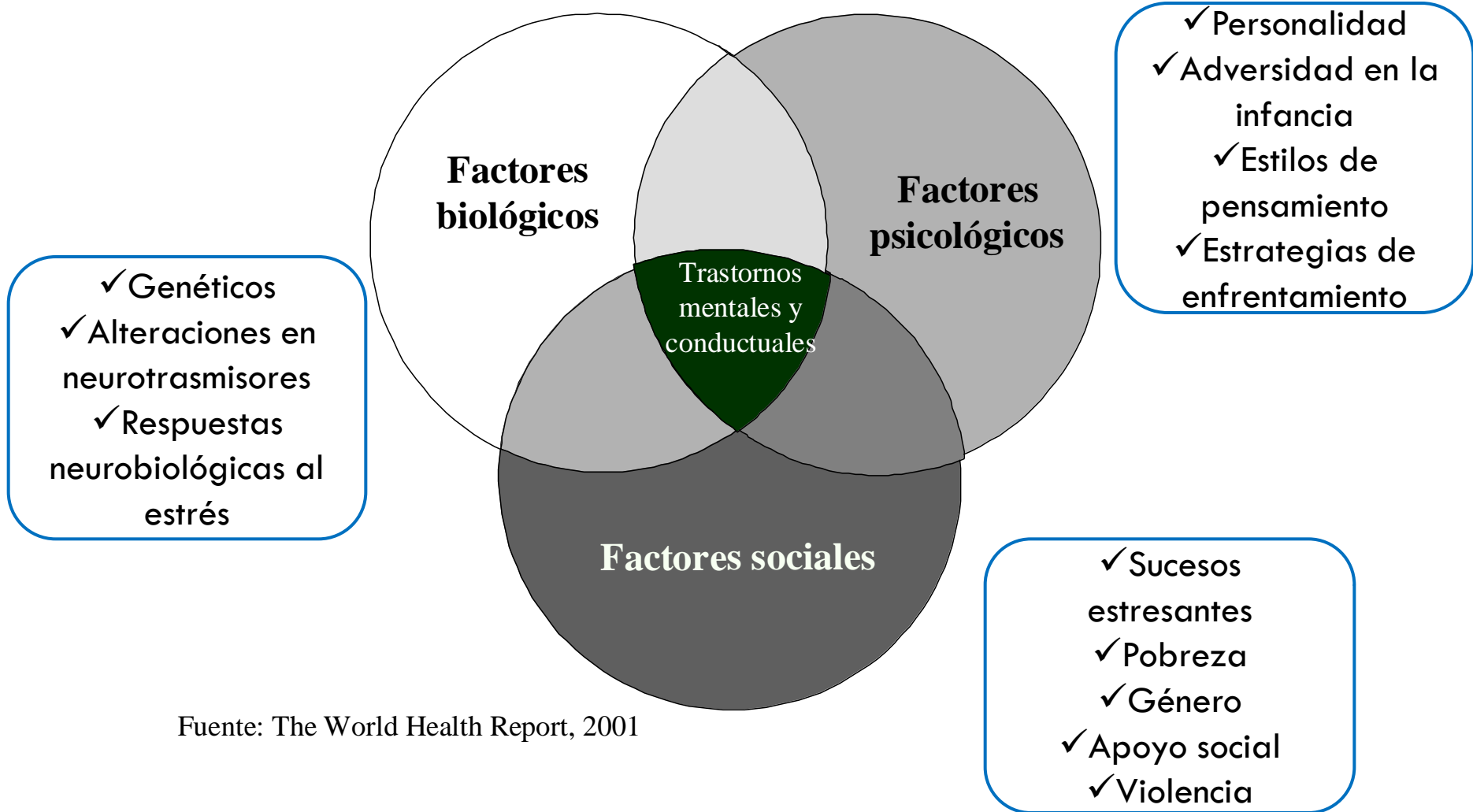
González-Pier et al. *Salud Pública Méx*, 2007



La depresión produce mayor discapacidad que las condiciones crónicas como diabetes, trastornos respiratorios, enfermedades cardíacas.

Personas con depresión pierden hasta 2.7 más días de trabajo que aquellas con otro tipo de enfermedades crónicas.

Por qué nos deprimimos



Fuente: The World Health Report, 2001

Multicausalidad de la depresión

Dificultades y acontecimientos de vida (estresantes) en el año anterior

Factores genéticos

Neuroticismo

Historia previa de depresión

Inicio temprano de ansiedad y trastorno de la conducta

Problemas maritales en el último año

(Kendler y cols., 2002)

En algunas mujeres el primer episodio depresivo se relaciona con periodos de intensos cambios hormonales: pubertad, fase premenstrual, periodo perinatal, menopausia.

Los cambios hormonales en estos periodos pueden alterar el funcionamiento de los neurotransmisores que regulan el afecto y dispara una depresión en personas genéticamente vulnerables.

Importantes cambios sociales y demandas sobre el comportamiento de las mujeres se dan en estos periodos que afectan su estado de ánimo.

Las mujeres pueden tener mayor vulnerabilidad a factores estresantes y a comportamientos que lleva a la depresión que los hombres.

Condiciones adversas en la infancia

- ❖ Pérdida de la madre antes de los 10 años
- ❖ Negligencia
- ❖ Abuso verbal
- ❖ Abuso físico
- ❖ Abuso sexual



Prevalencia de abuso en la infancia

- Abuso sexual:
 - mujeres: 32.3%
 - hombres de 14.2%.
- Abuso físico:
 - mujeres 19.5%,
 - hombres 22.2%.

(Briere. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1205-1222, 2003)

35% de la diferencia por género en depresión podría explicarse por el abuso sexual ocurrido en la infancia a niñas.

Cutler & Nolen Hoensema, 1992

Abuso antes de los 17 años

Mujeres que buscan ayuda para su depresión

Abuso sexual: 56%

85% le afectó y 62% el efecto fue severo

Navarrete, Navarro & Lara. *Psiquiatría*, Época 2, 23(3), 8-13, 2007

Embarazadas con síntomas de depresión (N=357)

- Abuso sexual 33%
- Abuso físico 55%
- Abuso verbal 59%

Lara et al (2013)

Abuso antes de los 17 años y salud mental en mujeres embarazadas (N=357)

□ **Abuso sexual:**

S. Depresión. OR: 2.6

S. Ansiedad. OR: 2.5

H. Suicidalidad. OR: 3.7

□ **Abuso físico:**

S. Ansiedad. OR: 2.5

H. Suicidalidad. OR: 2.6

□ **Tres abusos (sexual, físico y verbal):**

S. Depresión. OR: 3.0

S. Ansiedad. OR: 3.7

H. Suicidalidad. OR: 13.7

Sucesos vitales (estresantes)

- Diversos tipos de adversidad que tienen efectos sobre la salud mental (sucesos vitales).
- Muerte o enfermedad de familiares, separación/divorcio, pérdida del empleo, aborto

Entre el 75% y el 90% de los episodios depresivos muestran que un **suceso vital** (estresantes) ocurre poco tiempo antes del episodio depresivo.

Estrés interpersonal

Las mujeres tienen una tendencia mayor que los hombres a las relaciones interpersonales lo cual las pone en mayor riesgo de estrés relacionado con las mismas.

Padecen el alcoholismo de la pareja. Por lo general, permanecen con esta y tratan de ayudarla

Cuidadoras de personas enfermas o con dificultades: enorme carga que recae primordialmente en las mujeres.

La ruptura de la pareja es factor de depresión. La vulnerabilidad se relaciona con la importancia que dan mujeres a relaciones íntimas, como parte de su orientación hacia los otros.

Adversidad económica

Mayor pobreza en mujeres que en hombres.

70% de los 1.2 billones de personas que viven en pobreza son mujeres.

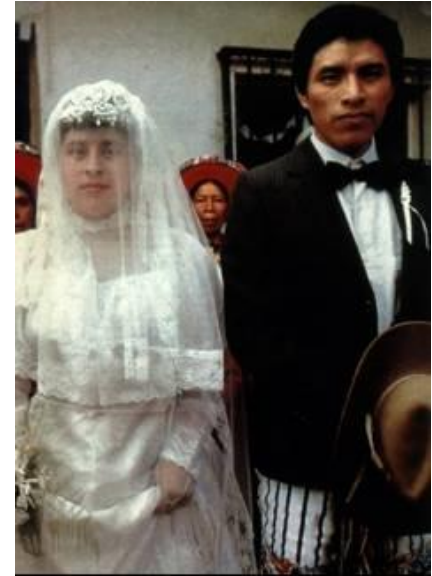
(Gaviria, 2009)

La pobreza duplica el riesgo de depresión, relacionada con mayor violencia doméstica, problema de adicción en algún miembro de la familia, presencia de ancianos y enfermos crónicos en la familia, mayor exposición a la enfermedad, al trabajo arduo y menor apoyo social.

Estatus social de la mujer

“La salud de las mujeres se encuentra inexorablemente ligado a su estatus en la sociedad. Se beneficia de la igualdad y sufre con la discriminación. En la actualidad, el estatus y el bienestar de millones de mujeres en todo el mundo siguen siendo trágicamente bajos.”

The World Health Report, 1998



Papeles de género

- Las mujeres que adoptan un papel tradicional de pasividad y sumisión presentan mayores niveles de sintomatología depresiva.
- La construcción de la identidad femenina como pasiva y dependiente contribuye a respuestas de afrontamiento poco efectivas, a sentimientos de desesperación y a una actitud de autocrítica negativa, que se convierten en precursores de la depresión.

Papel tradicional femenino

Mujeres con embarazo de alto riesgo

- Creen que un nuevo embarazo puede retener a la pareja.
- Nuevo embarazo para: *querer darle un hijo a la pareja.*
- Ellas y su pareja se sienten más satisfechas si el hijo es varón
- Con frecuencia son abandonadas por la pareja después de tener el hijo.

Relación del papel tradicional femenino con otras variables

	Embarazo	Posparto
Escolaridad	-.428**	
Barreras para acudir a tratamiento	.504**	.512*
Resiliencia	-.652**	
Sucesos estresantes	.324*	
Satisfacción con la relación de pareja	-.577*	
Sintomatología depresiva	.496*	.528*

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.001$

Lara et al., 2012

Reducción en inequidad de género

- Las diferencias por género en trastornos mentales se reducen en la medida en que se producen cambios en el rol tradicional femenino.
- El incremento de oportunidades para la mujer, en términos laborales, control natal, escolaridad, edad de matrimonio y uso de anticonceptivos mejora la salud mental de las mujeres, al reducir la exposición a situaciones estresantes que pueden llevar a la depresión e incrementar su acceso a recursos que ayudan a enfrentar la depresión.

Estudio trasnacional (Seedat et al., 2009)

Violencia doméstica

- Existe amplia evidencia sobre la relación entre la **violencia de la pareja y la depresión**, en estudio en población general, en medicina general y atención primaria, en servicios de urgencias y en agencias para la violencia.
- Víctimas de violencia doméstica experimentan desesperación, discapacidad, autoestima baja, limitación en la expresión de sus afectos, altos niveles de autocrítica y dificultades en las relaciones íntimas y **depresión**

Prevalencia violencia pareja

- Apaleado por su pareja:

Mujeres: 10.7%

Hombres:0.8%

Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica Medina Mora et al., *Salud Pública de México* / vol.47, no.1, enero-febrero de 2005

Trabajo extradoméstico

- Desigual distribución del trabajo doméstico entre los sexos.
- Inequidad en el ámbito laboral

Mayores estrés laboral.

El trabajo extradoméstico disminuye la presencia de depresión en comparación con solo dedicarse al hogar.

(Repetti, et al. 1989; Trovato & Vos, 1992; Uribe et al. 1991; Lara et al. 1993)



Desempeñar varios roles puede disminuir los efectos negativos de otros roles; trabajar fuera del hogar aumentan las fuentes de apoyo social en las mujeres; las ama de casa se encuentran más aislada socialmente y esto reduce que reciban apoyo social práctico.

Trabajo remunerado en embarazadas

Estrés relacionado con:	Con trabajo remunerado	Sin trabajo remunerado
	Media (DS)	
Enfermedad/lesión grave de ella***	0.38 (0.91)	0.65 (1.40)
Dificultad para educar/corregir/poner límites a hijos***	0.60 (1.09)	0.89 (1.47)
Dificultades con otros parientes (no hijos, ni pareja)*	0.54 (1.05)	1.02 (1.51)
Problemas económicos serios*	0.71 (1.11)	1.27 (1.62)
Alcoholismo o drogadicción en la pareja *	0.17 (0.64)	0.49 (1.19)
Amenazas e insultos de la pareja**	0.37 (0.99)	0.71 (1.47)
Golpes de la pareja***	0.13 (0.61)	0.31 (1.03)

* p<0.00, ** p<0.01, ***p<0.05

Lara et al. (2009). *Psiquiatría*, 25(1), 14-18

Trastornos depresivos (CIE 10 y DSM-IV) por sector laboral en mujeres

Sector informal: 27.5%

Trabajo doméstico: 11.7%

Sector formal: 9%

Estudio representativo en cuatro colonias del D.F.

Berenzon y Alanís. *Psiquiatría, Época 2*, Vol. 25, No. 1, 2009

Un trabajo remunerado y gratificante puede ayudar a la mujer a disminuir su riesgo a deprimirse, pero sólo en los casos en los que ella lo ha elegido, más que sentirse forzada a hacerlo por presiones económicas (Gaviria, 2009)



Depresión en el embarazo y el posparto

Depresión en el embarazo

En el mundo:

Depresión mayor: 2 a 21% (Bennett y cols., 2004)

Escalas de síntomas: 8 y 31% (Bennett y cols., 2004)

□ **En México:**

Depresión mayor: 9%

Síntomas de depresión: 16.6%

(Lara et al., 2015)

Factores de riesgo de depresión en el embarazo



- Ser madre soltera
- Embarazo no planeado en mujeres adultas
- No desear estar embarazada
- Embarazo adolescente
- Carencia de apoyo social
- Historia previa de depresión
- Violencia doméstica

Depresión posparto

- Depresión mayor: 12%
- Síntomas de depresión en el posparto: 14%

O'Hara y Swain, 1996

- Depresión mayor: 13% - 13.8%
- Síntomas de depresión: 17% - 20%

Lara et al, 2015

Factores de riesgo de depresión posparto

Internacional:

Depresión previa

Carencia de apoyo social

Mala relación de pareja

Presencia de sucesos estresantes

México:

Ansiedad en el embarazo

Ideación suicida

Nivel socioeconómico y escolaridad

Tradicionalismo en el papel femenino

Abortos

Internacional:

Depresión previa

Carencia de apoyo social

Mala relación de pareja

Presencia de sucesos
estresantes

México:

Ansiedad en el
embarazo

Ideación suicida

Ingreso, ocupación, sin
pareja y escolaridad

Tradicionalismo en el
papel femenino

Abortos

Embarazo no planeado

Consecuencias de la depresión materna

- **En el embarazo:** mayor morbilidad de la madre y del feto, cuidado prenatal inadecuado, bajo peso al nacer, pre-eclampsia, abuso de sustancias
- **En el posparto:** déficit en la interacción temprana que afecta el funcionamiento cognitivo y el patrón de apego.

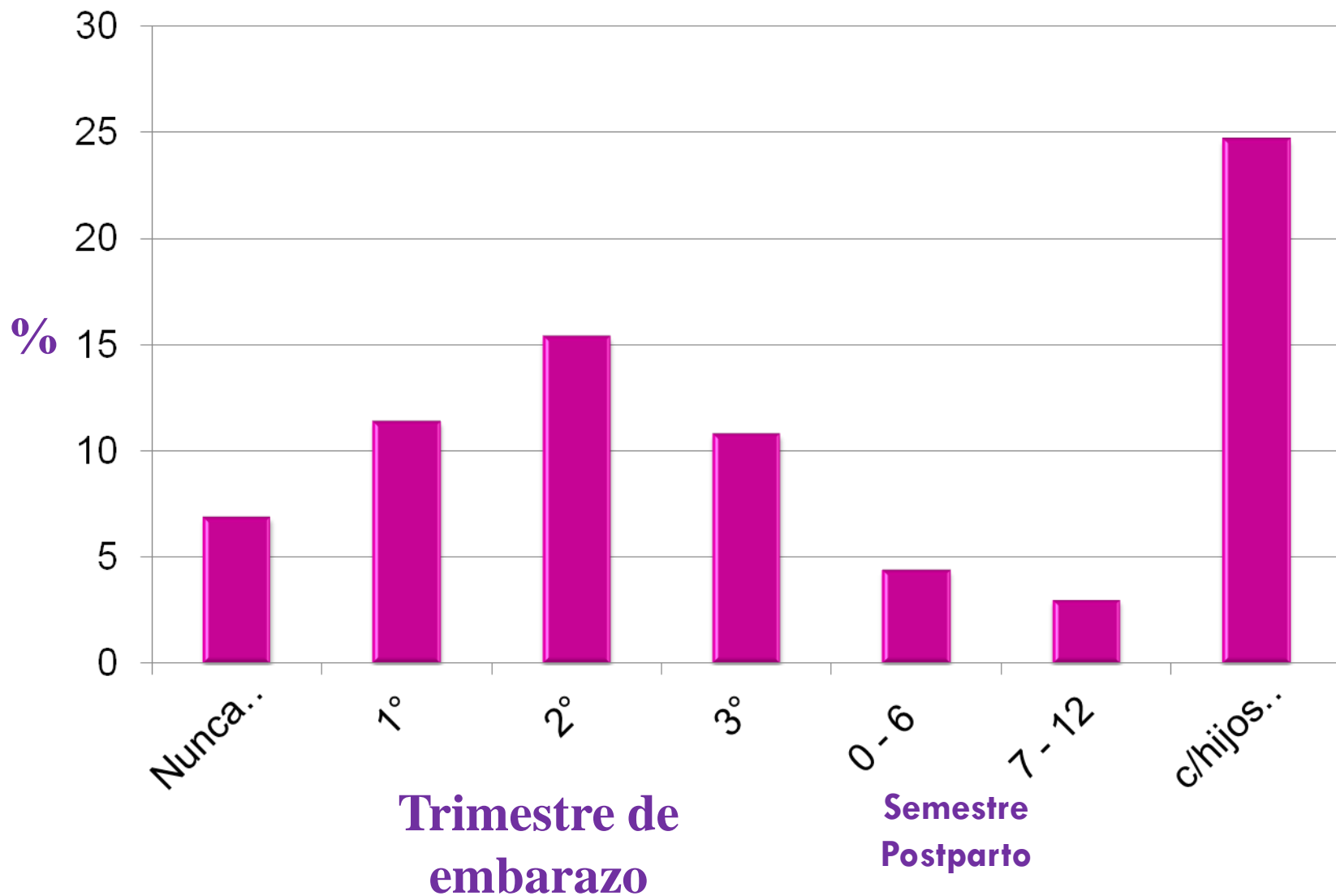
Maternidad adolescente

Jóvenes de 13 a 19 años

Encuesta Nacional en México (INPRFM, Medina Mora et al., 2008)

- 3.9% embarazadas
- 3.3% posparto
- 4.4% mamás de pequeño de un año o mayor

Prevalencia de sintomatología depresiva grave (CES-D \geq 24)



Factores que aumentan el riesgo de depresión en adolescentes

- No tener pareja
(11-44% no tenían)
- **No estar en la escuela**
(95-99% no estaba)
- Estar en el primero o segundo trimestre de gestación
- Estar en el segundo del posparto
- **Tener un hijo/a de un año o más**

Sintomatología significativa
Sintomatología grave





Prevención de la depresión en mujeres

Diseminación

Prevention of
postpartum
depression
2003-2007

2014

Revised Self-help for
depression
online

2009 - 2013

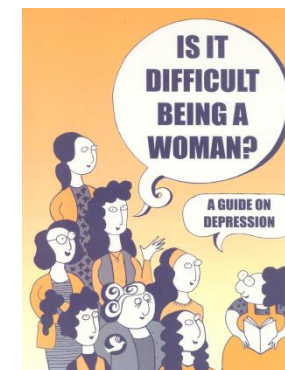
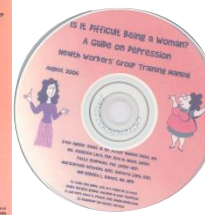
Evaluation:
28,000 visits

2009

Self-help for
depression
online

2006

Translation and
adaptation
to English




Depresión posparto

PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSPARTO: INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

MA. ASUNCIÓN LARA
MA. TERESA GARCÍA HUBARD

¡Qué preocupada estuve antes!
Ahora, gracias a los ejercicios aprendí a querarme y cuidarme amando a mi bebé.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Despertando tu amor para recibir a tu bebé

Ma. Asunción Lara
Ma. Teresa García Hubard

Cómo prevenir la ansiedad y la depresión en el embarazo y después del parto



¿COMO TRATARLA?

El tratamiento incluye medicamentos, psicoterapia o la combinación de ambos.

Hay diversos medicamentos antidepresivos para las madres lactantes.

La empatía y comprensión, así como la ayuda para que la mujer entienda su situación, sin sentimientos de culpa, son indispensables.

Es beneficioso que las madres aprendan técnicas para manejar su estado de ánimo y enfrentar los problemas cotidianos.

Si no se trata, la depresión posparto puede durar meses o años y las complicaciones potenciales de largo plazo son las mismas que en la depresión grave.

Si te interesa saber más puedes consultar:

LIBRO: Despertando tu amor para recibir a tu bebé. Cómo prevenir la tristeza y depresión en el embarazo y después del parto. Lara MA y García HT. Editorial Pax, 2009.

Guía para orientadoras/tes: Prevención de la depresión posparto. Lara MA, García HT (2010). Instituto Psiquiátrico de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

También puedes recibir información y ayuda en línea en:
www.ayudaparadepresion.org.mx

Depresión posparto

Proyecto: Salud Mental de Mamas y Bebés. Prevención de la depresión posparto. Conacyt (Salud/2003/C01/021)





Gracias

laracan@imp.edu.mx

cismad@imp.edu.mx