

***PSICOLOGÍA
IBEROAMERICANA***

Psicología Iberoamericana

ISSN: 1405-0943

psicología.iberoamericana@uia.mx

Universidad Iberoamericana, Ciudad de
México
México

Gómez López, Ma. Eugenia; Aldana Calva, Evangelina; Carreño Meléndez, Jorge; Sánchez Bravo,
Claudia

Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada

Psicología Iberoamericana, vol. 14, núm. 2, diciembre, 2006, pp. 28-35

Universidad Iberoamericana, Ciudad de México

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133920321004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada

Psychological Disturbances in Pregnant Women

Ma. Eugenia Gómez López,* Evangelina Aldana Calva, Jorge Carreño Meléndez,
Claudia Sánchez Bravo**

Resumen

La atención psicológica de la mujer embarazada en instituciones médicas es importante para evitar cualquier alteración emocional que afecte el desarrollo y resolución del mismo, así como sus consecuencias sobre el producto.

Se realizó un estudio exploratorio para conocer las alteraciones psicológicas de las mujeres embarazadas, pacientes del INPER, atendidas por Psicología durante 2004.

Basados en la primera entrevista clínica y los diagnósticos del DSM-IV, se analizó su frecuencia, para decidir el tratamiento pertinente.

Las alteraciones psicológicas encontradas fueron: trastornos adaptativos, del estado de ánimo, duelo, abuso de drogas y problemas conyugales, entre otros.

Conocer las alteraciones psicológicas de la mujer embarazada facilita al psicólogo establecer un modelo de intervención acorde a sus necesidades.

Palabras clave: embarazo, depresión, ansiedad, psicoterapia.

Abstract

The psychological treatment of pregnant women in health facilities is of the utmost importance in order to avoid any emotional disturbance that may affect the development and outcome of the pregnancy, as well as negative consequences on the offspring.

An exploratory study was carried out to assess the psychological disturbances of pregnant women. The sample was made up by patients of INPER, treated by the Psychology Department during 2004.

Based on their first clinical assessment and on the diagnosis determined throughout the DSM-IV, the frequency of disturbances was analyzed in order to decide what would be the most appropriate treatment.

Amongst others, the main psychological disturbances found were: adaptive disorders, mood disorders, bereavement, substance abuse, and marital problems.

Assessing the principal psychological disturbances affecting pregnant women can aid the psychologist in establishing an adequate intervention model to fit their needs.

Key words: pregnancy, depression, anxiety, psychotherapy.

Introducción

El embarazo representa un cambio en la vida de la mujer y de su pareja, y además se le considera un periodo crítico del desarrollo psicológico, porque pone a prueba el nivel de madurez emocional de la mujer, su identidad y la relación con su madre; así mismo,

representa una oportunidad de crecimiento psicológico para ella.

En este sentido, la salud emocional de la mujer embarazada podrá evaluarse principalmente a partir de su capacidad o no para enfrentar este evento y de su posibilidad o no de adaptarse a los cambios que éste conlleve. Es decir, no sólo se ponen a prueba di-

*megl97@yahoo.com.mx

** Todos adscritos del Departamento de Psicología. Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes".

chas capacidades, sino que habrá de establecerse cómo se estructuraron desde la infancia.

Una evaluación más precisa del estado emocional de la mujer durante el embarazo permite establecer el tipo de intervención psicológica más conveniente.

En el caso del embarazo, dadas sus características propias, podría considerarse que produce una alteración psicológica transitoria en la mujer, ya que requiere de adaptarse a la nueva situación y esto puede provocar alguna manifestación aguda, con disminución de las funciones vitales, con restricción temporal de la conciencia, reactiva y funcional, que actúe sobre el yo y sea egodistónica, sin impacto en la estructura de personalidad, por lo que se considera entonces una inhibición o malestar psicológico. Éste último se entiende como un conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, y que no puede agruparse en una condición sintomática por no reunir los criterios propuestos, donde se experimenta incomodidad subjetiva (Morales-Carmona, Díaz-Franco, Espíndola-Hernández, Henales-Almaraz, Meza-Rodríguez, Mota-González y Pimentel-Nieto, 2004).

Sin embargo, cuando el embarazo es el que reactiva conflictos anteriores no resueltos, los cuales se han cronificado, causan angustia, son persistentes y recurrentes, y otorgan ganancias secundarias, entonces se habla de síntomas.

Dada la trascendencia que tiene la maternidad para la mujer, su respuesta afectiva es más contundente y, por tanto, requiere de un proceso de adaptación frente al mismo, ya que se modifican en ella su estructura y su proyecto de vida a partir del evento.

Durante el embarazo entran en juego aspectos internos y externos a la mujer, por lo que es posible que los conflictos psicológicos que se presentan en esta etapa pueden ser la combinación de ambos o el predominio de uno sobre otro.

Para la mujer, la maternidad representa uno de los eventos más importantes en su vida. Dado que la sociedad y la cultura le han dado un valor especial, estableciendo lo que se espera de ella en esta etapa, cómo debe ser y comportarse para ser una “buena madre”, además de que se le considera una función exclusiva de ella. Por otra parte, influyen aspectos sociales como la presión que ejerce el que su embarazo no se dé en circunstancias socialmente deseables, es decir, con una pareja estable y en una situación económica apropiada, lo cual se agrava cuando no cuenta con apoyo familiar por la misma situación. Esto no favorece la adaptación de la mujer a su nuevo estado y le causa

un conflicto por no cumplir con las exigencias del exterior, lo que a su vez impacta en su estado emocional, generando por lo regular manifestaciones ansiosas o depresivas.

Sin embargo, estudios anteriores han podido establecer que existen manifestaciones emocionales propias de la mujer embarazada, las cuales ayudan al especialista a comprender mejor su expresión como parte del evento reproductivo, y a distinguir aquellos casos que no corresponden a esto y que podrían considerarse manifestaciones patológicas (Morales-Carmona, González, y Valderrama, 1988; Attie, y Morales-Carmona, 1992).

Entre estas manifestaciones emocionales se encuentran las de *tipo depresivo* como reacciones de ajuste a la situación transitoria a través de fluctuaciones en el estado de ánimo, mayor labilidad e hipersensibilidad emocional, pesimismo, preocupación e interés significativo por su salud, traducido en varias quejas somáticas. Así mismo, existen sentimientos de tristeza por la pérdida del estado anterior, así como un resentimiento por la pérdida de independencia y atractivo personal. Paradójicamente, también tiende a elevarse la autoestima de la mujer que vive el embarazo como un logro. Además puede presentarse ansiedad transitoria como adaptación a su estado, la cual puede incrementarse más en casos de presión social que por el propio embarazo, así como por temor a la pérdida y miedo a lo desconocido, y al propio papel de madre y a la situación económica. De igual modo, pueden surgir sentimientos de inseguridad, dependencia e introversión. Respecto al deseo sexual, éste puede ser variable.

Como se observa, estas características son de tipo transitorio y están supeditadas al desarrollo y resolución del embarazo, de ahí su carácter inhibitorio o malestar psicológico; sin embargo, en ocasiones se requiere la intervención terapéutica de apoyo para su mejor resolución, dado que su manifestación dificulta la adaptación de la mujer frente al evento y le origina conflictos internos, externos o ambos.

Alteraciones psicológicas durante en el embarazo

Algunos estudios señalan que la depresión afecta a las mujeres dos veces más que a los hombres. Tiene muchas causas, entre ellas: desequilibrios químicos en el cerebro, estrés importante, tristeza, antecedentes familiares, conflictos psicológicos o cualquier combinación de factores (Berman y Berman, 2001).

El embarazo y el puerperio pueden traer muchos cambios emocionales, físicos y sociales para la madre, su pareja y el resto de la familia. Mientras que muchas madres disfrutaban en gran medida estos cambios –como la experiencia del embarazo o el agregar un nuevo miembro a la familia– algunas no comparten estos sentimientos y con frecuencia padecen algún trastorno psicológico que resulta en una grave angustia reactiva a problemas psicológicos, físicos o sociales. Este periodo de angustia no es sólo asunto de la madre y su familia, la que incrementa el riesgo de una crisis psicológica, de enfermedad mental y de trastornos del desarrollo, pero además, si no se trata, podrían presentarse intentos de atentar contra su propia vida o la del producto (Currid, 2004).

La morbilidad psicológica y en especial la depresión y ansiedad que surgen en el periodo prenatal, son más comunes que en el periodo posnatal. La valoración psicosocial de todas las mujeres embarazadas es una parte integral del cuidado prenatal adecuado, ya que con frecuencia la depresión experimentada por éstas permanece sin identificarse. La falta de un manejo apropiado de la depresión puede resultar en una sustancial carga física, social y económica para la paciente, su familia y el sistema de salud.

Muchas mujeres embarazadas que padecen depresión dejarán los medicamentos antidepresivos, de esta manera, con frecuencia las intervenciones psicológicas serán el tratamiento de primera línea. Cuando se requiere medicación, estudios prospectivos controlados sugieren que los antidepresivos son relativamente seguros. El manejo de los casos graves o complejos necesitan estar en contacto con un psiquiatra y un equipo experto en adicciones y quizás se requiera una notificación prenatal de un niño “de riesgo” (Austin, 2003; Bennett, Einarson, Taddio, Koren y Einarson, 2004).

En estudios anteriores (Ross, Sellers, Gilbert, Evans y Romach, 2004), se planteó un modelo prenatal donde se analizaba la influencia de las variables biológicas y psicosociales en el desarrollo de depresión y ansiedad en mujeres embarazadas, concluyendo que durante el embarazo las variables biológicas no tenían ningún efecto directo sobre los síntomas depresivos. Sin embargo, actuaban indirectamente a lo largo de sus efectos significativos sobre los estresores psicosociales y los síntomas de ansiedad. El mismo modelo no se adaptó a los datos posparto, sugiriendo que podrían estar implicadas diversas variables causales en el estado de ánimo posparto.

Los hallazgos sugieren que los trastornos depresivos y ansiosos antenatales se asocian con la amplificación de los síntomas físicos del embarazo (Kelly, Russo y Katon, 2001). Además, otros resultados sugieren que el estrés crónico durante la gestación puede ser el reflejo de disposiciones subyacentes que contribuyen a resultados adversos durante el nacimiento (Lobel, DeVincent, Kaminer y Meyer, 2000).

Los antecedentes de depresión, salud general deficiente, consecuencias por el uso excesivo de alcohol, fumar, ser soltera, desempleada y con nivel educativo bajo, fueron factores que se asociaron significativamente con síntomas de depresión durante el embarazo (Marcus, Flynn y Blow, 2003).

Estos datos muestran que un número sustancial de mujeres embarazadas evaluadas en ambientes obstétricos tienen síntomas significativos de depresión, y la mayoría de ellas no fueron supervisadas en tratamiento durante este periodo vulnerable. Esta información puede utilizarse para justificar y modernizar el rastreo sistemático de la depresión en ambientes clínicos con mujeres embarazadas, como un primer paso para determinar quiénes pueden requerir mayor tratamiento para sus síntomas del estado de ánimo.

Los índices de depresión durante el embarazo incluso son más altos de lo que se creía. Algunos autores estiman que la prevalencia de depresión en mujeres embarazadas es de 7.4% durante el primer trimestre de gestación; de 12.8%, en el segundo; y de 12%, en el tercero (Bennett, Einarson, Taddio, Koren y Einarson, 2004). Sin embargo, otros estudios proponen que los trastornos psiquiátricos se presentaron en 14.1% de las mujeres embarazadas. La prevalencia de trastorno depresivo mayor fue en 3.3% de las pacientes, y para depresión menor en 6.9% de ellas. Los trastornos de ansiedad se presentaron en 6.6% de las pacientes. Mujeres con trastornos psiquiátricos mostraron significativamente más síntomas somáticos y un temor pronunciado al parto. Entre las pacientes diagnosticadas, sólo 5.5% tuvieron alguna forma de tratamiento (Andersson, Sundstrom-Poromaa, Bixo, Wulff, Bondestam y Astrom, 2003).

Sin embargo, en otro estudio realizado con pacientes obstétricas se encontró que la ansiedad y las reacciones de crisis previas causadas por el embarazo, el temor a complicaciones durante el parto, problemas familiares y preocupaciones por el feto, fueron los motivos predominantes para derivar a las pacientes a atención psicológica. Asimismo, después de realizar un análisis retrospectivo de las pacientes embarazadas atendidas en el servicio de psicología de un hos-

pital público de Dinamarca, se encontró que 87% de ellas presentaban trastornos adaptativos (de acuerdo con la clasificación del ICD-10), mientras que los trastornos psicóticos no eran frecuentes en esta población (Knop y Osterberg-Larsen, 2001).

Por otra parte, en un estudio realizado en México con pacientes obstétricas y ginecológicas se encontró que las pacientes obstétricas referían mayor sintomatología, pero no de suficiente intensidad como para generar un diagnóstico; y que las pacientes ginecológicas, aun cuando mostraron menos síntomas, éstos fueron de mayor severidad (Gómez-Espinoza, Morales-Carmona, Aretia-Pulgar, y Gutiérrez, 1990).

En otro estudio más reciente (Morales-Carmona, 2005), también realizado en México, se detectó que los principales factores de riesgo para presentar alteración en el estado emocional de la mujer atendida en una institución médica para salud reproductiva, son los siguientes: 1) ser paciente obstétrica; 2) tener un hijo vivo o más; 3) no tener pareja; 4) dedicarse al hogar, ser comerciante o desempleada; 5) ser mayor de 35 años, y 6) con escolaridad de 0 a 9 años. Esto confirma que la mujer embarazada es más vulnerable a presentar alguna alteración emocional que requiera atención y tratamiento psicológicos.

En el Instituto Nacional de Perinatología (INPER) de la ciudad de México, institución médica de tercer nivel especializada en la atención de la salud reproductiva, basada en un modelo interdisciplinario, se da particular importancia al estado emocional de la mujer durante la gestación para el adecuado desarrollo y resolución de su embarazo.

Dado que en esta institución principalmente se atienden los embarazos de alto riesgo, esto incrementa la posibilidad de que las mujeres presenten alguna alteración psicológica asociada a la evolución del mismo. Algunas de éstas responden más a experiencias previas relacionadas con problemas reproductivos como pérdidas recurrentes o esterilidad, o al padecimiento de enfermedades físicas o mentales que ponen en riesgo el desarrollo del embarazo, como en el caso de la hipertensión, diabetes, cardiopatías, lupus, epilepsia, entre otras, o de depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación y esquizofrenia, en el caso de los trastornos psiquiátricos (Gómez-L., Sánchez-B. y Carreño-M., en preparación.)

Es en este sentido que el profesional de la salud mental se inserta para apoyar al médico en los casos en que las alteraciones psicológicas constituyen una barrera para el tratamiento eficaz del paciente; así

como para investigar los principales aspectos y problemas psicológicos que afectan a la población consultante en un momento determinado, de tal forma que puedan ofrecerse medidas normativas para su detección y prevención (Gómez-Espinoza, Morales-Carmona, Aretia-Pulgar y Gutiérrez, 1990).

En el Departamento de Psicología del INPER existen 14 programas de atención dirigidos a los diversos problemas reproductivos atendidos por la institución: embarazo de riesgo, infertilidad, esterilidad, climatario, entre otros. A través de ellos, y con base en un modelo de intervención psicológica institucional de tipo breve, los psicólogos clínicos adscritos buscan brindar atención especializada para cada problema, fundamentada en los datos obtenidos a través de la investigación. El modelo terapéutico es la psicoterapia de grupo en instituciones.

Uno de estos programas es el de Embarazo y ansiedad, cuyo objetivo principal es atender a aquellas pacientes que por su embarazo de riesgo, presentan alteraciones psicológicas, principalmente depresión y ansiedad, que pudieran afectar tanto el desarrollo y resolución del mismo, como su atención médica y su adherencia al tratamiento; así como aquellas con antecedentes del algún trastorno psiquiátrico previo que por el embarazo ameriten seguimiento. En algunas ocasiones es la propia paciente quien solicita el apoyo psicológico por estar viviendo situaciones de vida conflictivas (ya sea con la pareja, la familia, económicas, u otras) que le afectan más durante su embarazo y que alteran su estado emocional.

Estas pacientes son canalizadas al Departamento de Psicología por su médico tratante, a partir de las alteraciones emocionales que observa en la paciente, casi siempre manifestadas por ésta durante la consulta médica de rutina. Todavía no existe en el INPER un procedimiento sistematizado para que los médicos deriven a Psicología a aquellas pacientes que en verdad lo requieran, aunque hay proyectos para utilizar instrumentos de tamizaje confiables y validados con esta población, que detecten específicamente a quienes necesitan la atención. Por tanto, hasta el momento, los psicólogos adscritos al Departamento de Psicología son los encargados de evaluar la necesidad de tratamiento psicológico para la paciente.

En primera instancia, se realiza una entrevista clínica, semiestructurada, con preguntas abiertas, a través de la cual se recaban los datos sociodemográficos de la paciente, la historia de vida, la relación con la familia de origen, la relación de pareja, la dinámica familiar actual, inicio de lo que en ese momento se con-

sidera el motivo de consulta, su evolución, duración, persistencia y recurrencia, atención y tratamiento previos, así como la sintomatología psicológica básica y complementaria asociada y, por último, el diagnóstico propuesto con base en las categorías y ejes del DSM-IV.

Con base en lo anterior y con la intención de conocer los principales problemas psicológicos presentados por las pacientes durante su embarazo, se realizó un estudio exploratorio con el objetivo de describir las principales características sociodemográficas y psicológicas de todas las pacientes atendidas por el Departamento de Psicología del INPER, a través del Programa de embarazo y ansiedad, durante el 2004, obtenidas a través de la entrevista clínica de primera vez.

Con base en esta entrevista, realizada por primera vez a las pacientes, y a través de los diagnósticos establecidos por el DSM-IV, se analizó la frecuencia de los mismos, con el fin de conocer cuáles eran los más comunes, y decidir el tratamiento más adecuado para cada uno (psicológico, psiquiátrico o ambos).

Material y método

El estudio se realizó en el Instituto Nacional de Perinatología (INPER) de la ciudad de México, con las pacientes que acudieron al Departamento de Psicología remitidas por su médico tratante, dado que por su condición de embarazo de alto riesgo presentaban alguna alteración psicológica, o que tuvieran antecedentes de algún trastorno psiquiátrico previo al embarazo; las cuales participaron en el Programa de embarazo y ansiedad, durante el 2004.

Se hizo un estudio poblacional, no experimental y descriptivo, de una sola muestra de 127 pacientes embarazadas, la selección fue por un lapso de 12 meses.

Se incluyó a todas las pacientes canalizadas al servicio para evaluación psicológica durante el 2004, que cursaran por un embarazo de riesgo y tuvieran 18 años o más, y se excluyó a aquellas que padecieran diabetes (gestacional o mellitus) o que el producto presentara malformaciones, ya que éstas fueron atendidas por otros programas del Departamento de Psicología.

A partir de la entrevista clínica realizada, la cual es semiestructurada y comprende datos sociodemográficos de la paciente, historia de vida, relación con la familia de origen, relación de pareja, dinámica familiar actual, inicio de lo que en ese momento se considera el motivo

de consulta, evolución, duración, persistencia y recurrencia del mismo, atención y tratamiento previos, así como sintomatología psicológica asociada y, por último, diagnóstico propuesto con base en las categorías del DSM-IV; se estableció dicho diagnóstico, y se dio el tratamiento necesario (psicológico, psiquiátrico o ambos).

Se utilizó estadística descriptiva para analizar los resultados y describir a la población evaluada.

Resultados

Todas las pacientes atendidas fueron entrevistadas para realizar su historia clínica y establecer su diagnóstico a partir de la clasificación diagnóstica propuesta por el DSM-IV.

Tabla 1. Datos sociodemográficos

Variable	n=127	Frec	%	X	DE
Estado civil	Casada	46	36.2		
	Soltera	48	37.8		
	Unión libre	24	18.9		
	Separada	5	3.9		
	Divorciada	2	1.6		
	Viuda	2	1.6		
Escolaridad	0-6	13	10.2	11.4	2.9
	7-9	25	19.7		
	10-12	64	50.3		
	13-16	22	17.4		
	16+	3	2.4		
Edad	18-24	47	37	28.2	7.5
	25-34	49	38.5		
	35+	31	24.4		

Las principales características sociodemográficas de la muestra se presentan en la tabla 1.

Las pacientes atendidas cursaban entre la semana 7 y 38 de gestación, con un promedio de 22.7 sdg.

Para 53.5% de las pacientes ésta era su primera gesta, para 24.4% la segunda, para 15.7% la tercera, para 3.9% la cuarta, para 0.8% la quinta y para 1.6% la sexta gesta.

Tabla 2. Principales trastornos psicológicos de la mujer embarazada

Trastorno	Clasificación	%	f
Trastornos adaptativos	con ansiedad.	23.6	30
	con edo. de ánimo depresivo.	6.3	8
	Mixto.	12.6	17
Trastornos del edo. de ánimo	Depresión mayor recidivante leve.	7.2	9
	Depresión mayor recidivante moderada.	7.9	10
	Depresión mayor recidivante grave.	1.6	2
	Depresión mayor episodio único leve.	1.6	2
	Depresión mayor episodio único moderado.	1.6	2
	Trastorno distímico.	2.4	3
	Trastorno bipolar tipo I	0.8	1
Duelo		7.2	9
Abuso, dependencia y/o abstinencia de diversas sustancias			
	Abuso de alucinógenos.	1.6	2
	Dependencia del alcohol	1.6	2
	Abstinencia de cocaína, sedantes.	0.8	1
	Dependencia de nicotina.	0.8	1
	Dependencia de cocaína.	0.8	1
	Abuso varias sustancias.	0.8	1
Trastornos por angustia	sin agorafobia.	2.4	3
	con agorafobia.	3.2	4
Problemas conyugales		5.5	7
Trastorno de personalidad			
	límite por dependencia.	1.6	2
Otros		2.4	3
	Trastorno depresivo secundario a epilepsia.	0.8	1
	Retraso mental leve	1.6	2

Sin diagnóstico	Esquizofrenia paranoide.	0.8	1
	Trastorno por estrés postraumático.	0.8	1
	Anorexia nerviosa.	0.8	1
		0.8	1
TOTAL		100	127

Respecto a los trastornos psicológicos presentados de manera más común por las pacientes, en la tabla 2 pueden apreciarse los más frecuentes. Se muestra tanto la clasificación general de cada trastorno como las subclasificaciones encontradas en cada uno.

Como puede observarse, los trastornos adaptativos fueron los más frecuentes entre las pacientes, siendo más común el de ansiedad (23.6%), los cuales se manifestaron en reacción al embarazo y a los cambios físicos y emocionales que éste conlleva.

En cuanto a los trastornos del estado de ánimo, los más frecuentes fueron los trastornos depresivos mayores recidivantes leves y moderados (15.1%), de manifestación sintomática previa al embarazo, pero exacerbados por éste.

Respecto al duelo, éste generalmente se presentó en pacientes con pérdidas recurrentes previas, cuya experiencia había alterado su estado emocional y les dificultaba enfrentar un nuevo embarazo.

El abuso, dependencia o abstinencia de diversas sustancias como alcohol, nicotina, cocaína, *cannabis*, sedantes y alucinógenos también ocupó un lugar destacado dentro de los motivos de consulta psicológica (6.4%), dada la repercusión que esto puede tener sobre el feto.

Los trastornos de angustia con y sin agorafobia se presentaron en 5.6% de las pacientes, lo mismo que los problemas conyugales manifestados a raíz del embarazo, o incluso de inicio previo, pero que estaban afectando su estado emocional durante la gestación.

Tanto los trastornos de personalidad como de otro tipo (retraso mental, esquizofrenia paranoide, trastorno por estrés postraumático), se encontraron de manera poco común entre las pacientes.

Así mismo, en un caso no se estableció ningún diagnóstico de índole psicológico, dada la imposibilidad de la paciente para proporcionar la información necesaria por problemas de hipoacusia.

Respecto a la modalidad de atención psicológica, más de la mitad de las pacientes requerían únicamente de psicoterapia de grupo, aunque algunas se beneficiaron tanto de la psicoterapia como del tratamiento

Tabla 3. Atención propuesta

<i>Modalidad</i>	<i>%</i>
Grupo psicoterapéutico	53.5
Psiquiatría	3.1
Grupo y psiquiatría	23.6
Seguimiento	16.5
Psiquiatría y seguimiento	3.1
Total	100

psiquiátrico (23.6%), dado el trastorno que padecían y la necesidad de recibir tratamiento farmacológico paralelo para el mismo, esto con la intención de que el estado emocional de las mujeres se mantuviera estable a lo largo del embarazo. Aquellas a quienes únicamente se les dio seguimiento individual, fue por la dificultad que tenían para asistir regularmente a psicoterapia, ya fuera por vivir lejos, incluso fuera de la ciudad, por dificultades económicas para pagar las consultas semanales, o porque dada su condición de salud requerían permanecer en reposo absoluto. En estos casos, se programaban citas de acuerdo con su necesidad de acudir a otros servicios y se vigilaba la evolución de su estado emocional con apoyo psicológico individual. Finalmente, 44.8% de las pacientes atendidas en el servicio recibieron psicoterapia de grupo, quienes asistieron en promedio a 5.4 sesiones, dentro de un rango de 1 a 18 sesiones como máximo.

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio permiten conocer las principales alteraciones psicológicas presentadas por la mujer embarazada, lo cual facilita al especialista en salud mental establecer un modelo de intervención acorde a sus necesidades.

Por otra parte, a partir de la información obtenida es posible distinguir dos áreas principales que originan alteraciones psicológicas en la mujer embarazada: 1) aquella asociada al evento mismo como reacción de ajuste a la situación transitoria a través de fluctuaciones en el estado de ánimo o malestar psicológico y 2) aquella en la que el embarazo reactiva conflictos anteriores no resueltos, a través de síntomas, los cuales se han cronificado, causan angustia, son inconscientes, persistentes y recurrentes.

En este sentido, se diría que los trastornos adaptativos (con estado de ánimo depresivo, ansiedad y mixtos) corresponden a la primera área, ya que se

presentan como una reacción de ajuste al embarazo y que remiten con la resolución del mismo. En esta misma se encuentran el duelo y algunos problemas conyugales.

En la segunda área se ubicarían los trastornos del estado de ánimo, el abuso, dependencia o abstinencia de sustancias, así como los trastornos de angustia y de personalidad.

Cabe señalar, que dado que la población estudiada cursaba por un embarazo de riesgo, esto incidía obviamente en su estado emocional y tendía a alterarlo de manera más frecuente. Aunque la literatura existente sobre el tema presenta distintos resultados en cuanto a la frecuencia de alteraciones psicológicas durante el embarazo, sí se coincide en que éste vuelve a la mujer más vulnerable psicológicamente, lo que favorece la manifestación de alteraciones en su estado de ánimo, siendo las más estudiadas la ansiedad y la depresión perinatal.

Por otra parte, es importante destacar que 37.8% de la población estudiada era soltera, porcentaje ligeramente mayor que las que estaban casadas (36.2%), y además para 53.5% de estas mujeres era por su primer embarazo, ambos datos podrían reflejar la influencia de estos aspectos para que la mujer embarazada desarrolle malestar psicológico, lo cual se explica por la dificultad de ésta para adaptarse a los cambios que el embarazo mismo conlleva y que se ven obstaculizados por la presión social y familiar hacia las condiciones socioeconómicas en las que se da el embarazo.

Dentro de la atención psicológica que se ofrece a las pacientes del INPER la principal es la Psicoterapia psicoanalítica des grupo de tipo breve, cuyo objetivo es atender a un número mayor de pacientes al mismo tiempo, y favorecer, a partir de la interacción de éstas, un proceso terapéutico que les permita, con base en las diferentes experiencias planteadas, alcanzar una conciencia acerca de lo que las origina y, finalmente, encontrar maneras más adaptativas para solucionarlas, con la intención de que las mujeres cursen su embarazo sin alteraciones importantes en su estado de ánimo y asuman su maternidad de forma adecuada. Las sesiones de psicoterapia son semanales, con una duración de 90 minutos, se maneja un grupo abierto, cuya duración varía dependiendo las semanas de gestación que tenga la paciente y que finaliza con la resolución del embarazo.

Retomando las áreas que originan alteraciones psicológicas en la mujer embarazada mencionadas antes, podría decirse que, en la población estudiada, aquellas con problemas adaptativos se beneficiaron

tanto de la información, la orientación como de la psicoterapia breve de grupo, para la solución de sus conflictos. Por otro lado, aquellas mujeres con conflictos correspondientes a la segunda área recibieron tanto psicoterapia de grupo como apoyo psiquiátrico para aquellas que por su trastorno necesitaban medicación, y que, en conjunto, constituyeron una alternativa para la atención de aquellos problemas que implicaban mayor patología.

Asimismo, es fundamental que dentro de las instituciones de salud se establezcan sistemas eficientes de

detección del estado emocional como parte integral del cuidado prenatal adecuado que permitan identificar a tiempo alteraciones psicológicas como la depresión y la ansiedad en mujeres embarazadas, como un primer paso para determinar quiénes pueden requerir un tratamiento combinado para sus síntomas del estado de ánimo. Además es muy importante continuar investigando el impacto de estas alteraciones psicológicas sobre la mujer y el producto, que generen modelos de intervención más específicos y eficaces para su atención.

Referencias

- Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K. & Astrom, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 189(1), 148-154.
- Attie, A. C. L. y Morales-Carmona, F. (1992). Aspectos psicológicos del embarazo de alto riesgo: una revisión. La embarazada con cardiopatía congénita. *Archivos del Instituto de Cardiología de México*, 62, 461-464.
- Austin, M. -P. (2003). Perinatal mental health: opportunities and challenges for psychiatry. *Australasian Psychiatry*, 11(4), 399-403.
- Bennett, H. A.; Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Depression During Pregnancy. *Clinical Drug Investigation*, 24(3), 157-179.
- Berman, J. y Berman, L. (2001). *For women only* (en red). Disponible en: www.The-Clitoris.com.htm
- Currid T.J. (2004). Improving perinatal mental health care. *Nurs Stand*, 19(3), 40-3.
- Gómez-Espinoza, M., Morales-Carmona, F., Aretia-Pulgar, A. y Gutiérrez, E. (1990). Detección de alteraciones emocionales en pacientes obstétricas y ginecológicas. *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, 58, 112-116.
- Gómez-L., M.E., Sánchez-B., C. y Carreño-M., J. Atención psicológica de la mujer con embarazo de alto riesgo (en preparación.)
- Kelly R. H., Russo J., & Katon W. (2001). Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *Gen Hosp Psychiatry*, 23(3), 107-13.
- Knop, J. & Osterberg-Larsen, B. (2001). Psychological intervention during pregnancy. A multidisciplinary hospital network. *Ugeskrift for Laeger*, 163(37):5018-22.
- Lobel M., DeVincent C. J., Kaminer A & Meyer B.A. (2000). The impact of prenatal maternal stress and optimistic disposition on birth outcomes in medically high-risk women. *Health Psychology*, 19(6), 544-553.
- Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C. & Barry, K. L. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health*, 12(4), 373-80.
- Morales-Carmona, F. Detección y vigilancia de condiciones psicológicas críticas durante el embarazo. Ponencia presentada en la XXII Reunión Anual del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", 25-29 de abril de 2005.
- Morales-Carmona, F., Díaz-Franco, E., Espíndola-Hernández, J. G., Henales-Almaraz, C., Meza-Rodríguez, M. P., Mota-González C. y Pimentel-Nieto, D. (2004). Concepto de salud psicológica. En Universidad Iberoamericana (ed.). *Temas selectos en orientación psicológica. Creando alternativas*, México: Manual Moderno:49-61.
- Morales-Carmona, F., González, C. G. y Valderrama, B. G. (1988). Perfil de personalidad de un grupo de mujeres embarazadas. *Perinatología y reproducción humana*, 2(4), 165-174.
- Ross, L. E., Sellers, E. M., Gilbert Evans, S. E. & Romach, M. K. (2004). Mood changes during pregnancy and the postpartum period: Development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 457-466.