

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**ASPECTOS PSICOSOMATICOS EN PACIENTES CON PRODUCTOS
ANENCEFALOS**

Estudio efectuado en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemaleco de
Seguridad Social, diciembre 1993 a diciembre 1994.

TESIS

*Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.*

POR

MILVIA MARIBEL PEREZ CARRANZA

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, junio de 1995

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

FORMATO PARA SOLICITAR AUTORIZACION DE ESTUDIOS DE TESIS

Guatemala, 27 de marzo de 1995

Yo MILVIA MARIBEL PEREZ CARRANZA, estudiante de la Universidad de SAN CARLOS DE GUATEMALA, de la Facultad de: CIENCIAS MEDICAS, por este medio solicito sea autorizado realizar mi trabajo de Tesis en la Unidad: GINECO OBSTETRICIA del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, cuyo tema aprobado es: ASPECTOS PSICOSOMATICOS EN MADRES EMBARAZADAS CON PRODUCTOS ANENCEFALOS
siendo mi asesor Institucional: (debe ser miembro del personal del ICSS) DR. MARIO LOBOS, quien es: (puesto que ocupa) ESPECIALISTA
Comprometiéndome a cumplir con la Reglamentación vigente para estudios de investigación, así como a entregar un ejemplar de la Tesis a la Sección de Docencia e Investigación y a la Unidad donde efectúa el estudio.

APROBADO
Asesor: Dr. Mario Lobos Orellana (sello) MEDICO Y CIRUJANO Colegiado No. 7335 f)
Jefe de Departamento o (sello) Coordinador del programa Dr. Edwin Olanos Diaz f)
Dirección de la Unidad (sello)

USO EXCLUSIVO DE LA SECCION DE DOCENCIA E INVESTIGACION.

La Sección de Docencia e Investigación, hace constar: Que revisó el Protocolo de Investigación adjunto a esta solicitud, no encontrando ningún inconveniente en su ejecución, debido a que llena los requisitos académicos, éticos e internacionales, como tampoco representa erogación para el Instituto.

Autorizado
Jefe de la Sección de Docencia e Investigación Dr. Edwin Olanos Diaz (sello)
Jefe del Departamento Médico de Servicios Técnicos Dr. Edwin Olanos Diaz (sello)

Esta Sección se para autorizar el Informe Final. (Debe adjuntarse nota del asesor, aprobando al Informe Final).

La Sección de Docencia e Investigación, hace Constar: Que revisó el Informe Final de Tesis, autorizando al solicitante continuar sus trámites de impresión.

AUTORIZADO:
Jefe de la Sección de Docencia e Investigación Dr. Edwin Olanos Diaz (sello)
Jefe del Departamento Médico de Servicios Técnicos Dr. Edwin Olanos Diaz (sello)

Esta solicitud debe llenarse en triplicado, adjuntando inicialmente el Protocolo de Tesis, autorizado por la Facultad respectiva. Para autorizar el Informe Final debe traer nota del asesor de tesis institucional, dando aprueba su impresión.



Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Ciudad de Guatemala, C. A.

Oficio No. 167/95

Cablegráfica IGSSO
Postal: Apartado 349
Fono 26001-9.

5 de mayo de 1,995

Doctor
CARLOS ALBERTO VETTORAZZI VASQUEZ
Jefe de Departamento y Educación Médica
Hospital de Gineco Obstetricia
Presente.

Respetable doctor :

En atención a lo solicitado, me permito informarle que, he revisado el contenido del Protocolo de Investigación: ""ASPECTOS PSICOSOMATICOS EN MADRES EMBARAZADAS CON PRODUCTOS ANENCEFALOS "";manifestándole que, el trabajo llena los requisitos de calidad exigidos para ser realizado en esta Institución.

Atentamente,

Dr. E. Arturo Chacón L.
Médico y Cirujano
Colegiado No. 7702

DR. EDWIN ARTURO CHACON LEAL
Médico Docente del
Hospital de Gineco Obstetricia



EACHL/ede.



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 29 de mayo de 1995

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las
Ciencias de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS MILVIA MARIBEL
Titulo o diploma de diversificado, Nombres y ape-

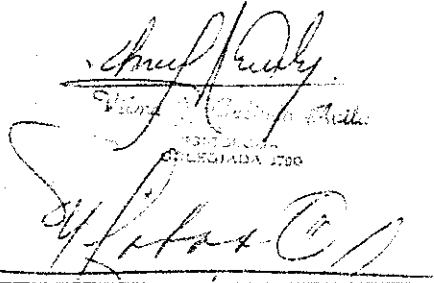
PEREZ CARRANZA

Carnet No. 89-13160

llidos completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
ASPECTOS PSICOSOMATICOS EN PACIENTES CON PRODUCTOS ANENCEFALOS

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma y sello personal

Asesor
Firma y sello personal

Dr. Mario Lobos Orellana
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 7333


Firma del estudiante


Dr. J. Amílcar Rodríguez A.
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 3121

Revisor
Firma y sello

Registro Personal 8296

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

El (La) Bachiller: MILVIA MARIBEL PEREZ CARRANZA

Carnet Universitario No. 89-13160

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al
Titulo de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:
ASPECTOS PSICOSOMATICOS EN PACIENTES CON PRODUCTOS ANENCEFALOS

Trabajo asesorado por: LIC. VILMA GALINDO AVILA

DR. MARIO LOBOS ORELLANA

y revisado por: DR. AMILCAR RODRIGUEZ A.

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
firma y sella la presente

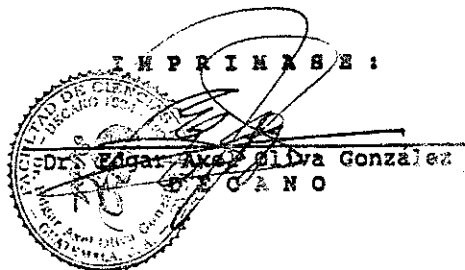
O R D E N D E I M P R E S I O N :

Guatemala, 2 de junio de 1995

DR. EDGAR DE LEON BARRILLAS
Por Unidad de Tesis

DR. RAUL CASTILLO RODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

I M P R I N S E :



INDICE

I.	INTRODUCCION.....	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA.....	2
III.	JUSTIFICACION.....	3
IV.	OBJETIVOS.....	4
V.	HIPOTESIS.....	5
VI.	REVISION BIBLIOGRAFICA.....	6
VII.	METODOLOGIA.....	22
VIII.	PRESENTACION DE RESULTADOS.....	24
IX.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	32
X.	CONCLUSIONES.....	36
XI.	RECOMENDACIONES.....	37
XII.	RESUMEN.....	38
XIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	39
XIV.	ANEXOS.....	41

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es un estudio de tipo descriptivo retrospectivo efectuado en el hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS, durante el periodo de diciembre de 1993 a diciembre de 1994.

La identificación de aspectos psicossomáticos en pacientes con productos anencefalos, la importancia del adecuado control pre-natal, el tratamiento psicológico hacia la pareja y la concientización al personal médico sobre la importancia de este problema son los puntos principales que se tratan en este estudio.

La incidencia de anencefalia en Estados Unidos, Irlanda y Gales ha sido de 1 a 5 por mil nacimientos, lo cual ha ido en ascenso. (2) En un estudio que se realizó de 5 años en el hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS, de anomalías del tubo neural, se encontró un promedio anual de 37.2% casos que representa una frecuencia de 2.6 por mil nacimientos. Debido a esta alta incidencia de anencefalia, surgió la necesidad de realizar un estudio que enfocara las principales reacciones adversas que presentan posteriormente estas madres. Se tomó la totalidad de los pacientes que tuvieron productos anencefalos durante el periodo antes mencionado. Estas pacientes fueron evaluadas por medio de una boleta de recolección de datos, en la cual se evaluó el aspecto psicológico posterior al parto del producto anencefalo. Se encontró que las principales reacciones adversas presentadas en estas pacientes fueron: depresión, tristeza y culpa: 100%; miedo: 95%; Angustia: 85% y negación 80%. Estas reacciones están relacionadas directamente con el inadecuado control pre-natal (90%) y falta de apoyo psicológico (97.5%).

La muerte del feto o recién nacido con frecuencia se experimenta como pérdida de una parte de la integridad de la madre. La aflicción es el proceso de adaptación a dicha pérdida que se manifiesta por ira, dolor, tristeza y otras reacciones según lo demuestra este estudio.

El nacimiento de un niño malformado representa drama familiar, y puede ser la causa de muchas situaciones conflictivas en la pareja, sobre todo si se trata del primer hijo; así, el padre o la madre pueden mostrar sentimiento de culpabilidad o de mutua acusación.

Este estudio pretende concientizar la importancia del control pre-natal adecuado, con el objeto de detectar antes del nacimiento la anomalía, para así brindar el apoyo psicológico adecuado; y de esta manera minimizar el trauma psicológico.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La Anencefalia es una malformación que se caracteriza por la ausencia completamente o parcial del cerebro y el cráneo. La causa de dicha entidad es la deficiencia de Acido Fólico, también se considera que intervienen factores genéticos, ambientales, físicos y nutricionales entre los que podemos mencionar: Composición del agua bebible, Hipertermia materna, Deficiencia de vitaminas, agentes tóxicos y teratógenos.

En la actualidad la anencefalia contribuye a un problema de salud mental en la madre, principalmente en aquellas que no se detecta dicha anomalía en la atención prenatal, y por eso no se brinda el apoyo psicológico adecuado.

La madre tanto durante el embarazo como posteriormente, presenta múltiples trastornos de su personalidad los cuales se manifiestan en gran número con pérdida de autoestima y sensación de desgracia tornándose en tristeza, desprecio por si misma, falta de ánimo, desesperanza, incapaz de tomar decisiones, pesimista y con temor de volver a concebir un producto igual.

El hecho de tener un producto anencéfalo es una experiencia que se acompaña de dolor el cual afecta a toda la familia y principalmente a la pareja, por lo que debiera darse apoyo no solo a la madre sino también al núcleo familiar, ya que este es un problema que puede prevenirse mediante tratamiento preconcepcional médico (Acido Fólico), aunado al tratamiento psicológico.

III. JUSTIFICACION

La revisión bibliográfica indica que en nuestro medio no existe un estudio previo sobre este tema, con enfoque psicológico. Se sabe sin embargo que el porcentaje de hijos que presenta anomalías del tubo neural esta en ascenso según las estadísticas existentes (2). Y que este causa problemas familiares y rompimiento del vínculo conyugal, por lo que se consideró importante hacer un estudio para conocer cuáles son los factores que intervienen dentro de la dinámica familiar de madres con hijos con anomalías del tubo neural, esto contribuirá a la atención integral que la institución debe dar a la madre y a su familia y así evitar que el núcleo familiar se rompa, sabiendo de la inestabilidad emocional que un problema de este tipo puede causar, y que al mismo tiempo se eduque a la paciente sobre cuál es su problema y qué medidas puede tomar para prevenir un embarazo igual en base a consejo genético.

Otros padres tienen dificultad para comprender que el trastorno del niño con anomalía del tubo neural es congénito, lo cual provoca trastornos en la personalidad, al atenderlo de esta manera provoca que los padres se sientan olvidados por Dios, actitudes que repercuten en la familia.

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

- Identificar aspectos psicomáticos en pacientes con producto anencéfalos.

ESPECÍFICOS:

- Identificar las reacciones emocionales que presentan lo matrimonios que tienen un hijo con anomalía del tubo neural
- Identificar cuales son las consecuencias familiares de nacimiento de un niño anencéfalo.
- Verificar si el personal médico tiene un enfoque psicobiológico de la paciente con producto anencéfalo.
- Determinar si las pacientes con productos anencéfalos le brindan el apoyo psicológico adecuado.

V. HIPOTESIS

El nacimiento de un niño con anomalía del tubo neural crea en las madres sentimiento de culpa, negación, miedo, depresión, tristeza y otras reacciones negativas, todo ello por la falta de apoyo psicológico adecuado.

VI. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ANENCEFALIA:

Es una malformación que se caracteriza por la ausencia completa o parcial del cerebro y el cráneo. En algunos casos la hipófisis también falta o es hipoplásica. La carencia de la bóveda craneal hace que la cara sea muy prominente y algo amplia; a menudo los ojos sobresalen de sus cuencas y la lengua pende fuera de la boca.

Cerca del 70% de los fetos anencefálicos son de sexo femenino (13-18). Además de la falta de tejido cerebral en los fetos anencefálicos suele apreciarse una disminución muy intensa del tamaño de las suprarrenales y pudiendo ser la suma de los pesos de ambas inferiores a un gramo en contraste con el peso habitual de cinco gramos que tienen los lactantes a término. El pequeño tamaño de las glándulas refleja la ausencia de corteza fetal o provisional; se cree que la hipoplasia suprarrenal es secundaria a la ausencia de la hipófisis (1).

EPIDEMIOLOGIA:

La incidencia de anencefalia en Estados Unidos, Irlanda y Gales ha sido de 1 a 5 por 1,000 nacimientos lo cual ha ido en ascenso (2). En un estudio que se realizó de 5 años en el Hospital de Gineco-Obstetricia de anomalías del tubo neural se encontró un promedio anual de 37.2 casos que presenta una frecuencia de 2.6 por 1,000 nacimientos (14).

Se ha publicado casos extremos de recidiva en hermanos, conociéndose el caso de la mujer que ha dado a luz a 4 fetos anencefálicos sucesivamente, no obstante las diferencias geográficas publicadas sobre la incidencia de anencefalia han hecho creer que la diferente condición ambiental en distintas áreas especialmente pobres en cuanto a condiciones de vida y a la alimentación adecuada que predispone a la anomalía (13).

De las malformaciones congénitas mayores las del sistema nervioso central son las más comunes en Guatemala (14). Si bien su incidencia se registra una variación geográfica considerable, en las anomalías que comprende la anencefalia, espina bífida que se encuentra en uno de cada cien nacimientos, lo que hace mayor tasa en el mundo (5-8). Todos los casos con esta anomalía son incompatibles con la vida. No obstante es motivo de dolor en la familia (5-13).

ETIOLOGIA:

La etiología de este accidente ya se conoce, aunque hay diferentes postulados que a continuación se mencionarán:

FACTORES NUTRICIONALES

Vitaminas: Smithells y Cols en 1,976 demostró que los niveles de Vitamina C y Acido Fólico estaban significativamente bajos en el primer trimestre de gestación de madres que subsecuentemente dieron a luz a niños con anencefalia, en relación a niveles vitamínicos de madres gestantes de niños no afectados. Más adelante Smithells en 1,980, indicó el suplemento vitamínico periconcepcional a la madre podría ayudar al cierre del tubo neural embrionario. Sin embargo, ellos postularon que a pesar que todas las madres de niños con defectos del cierre del tubo neural tienen niveles en eritrocitos de folato bajo, éstos no siempre fueron relacionados a un nivel de folatos séricos correspondientemente bajo, lo cual es sugestivo (En algunos casos por lo menos) que la deficiencia primaria podría ser de vitamina B-12 con la depresión concomitante de folatos en los tejidos y los glóbulos rojos (12).

Deficiencia de Zinc: La importancia del Zinc para el desarrollo embrionario fue demostrada primariamente en pollos por Hoekstra, como fue referido por Hurley. Otros trabajos en animales en experimentación revelaron que la deficiencia de zinc durante el desarrollo prenatal producía malformaciones, incluyendo anencefalia (20).

Papas: Perwcken 1,972 postuló la hipótesis que el 95% de casos de anencefalia era prevenible omitiendo la papa de la dieta de la mujer gestante (4-10).

FACTORES AMBIENTALES:

Composición del Agua: Se ha estudiado en áreas donde a habido una alta tasa de anencefalia y súbitamente se da una caída del promedio de prevalencia nacional asociada al ablandamiento del agua. En un estudio realizado en la península Fyde en Lancashire, Inglaterra se encontró evidencia del cambio de composición de agua de 1,962 a 1,969 de liviana a ligeramente pesada, llegando a la conclusión de que el agua liviana no parece ser un factor etiológico primario en anencefalia, pero que el agua más pesada podría mitigar el efecto de otros factores (12).

FACTORES FISICOS:

- a) Hipertermia Materna: Miller y Cole en 1,978 encontraron resultados sugestivos de que algunos casos de anencefalia, hasta un 10% podría estar directamente relacionados a hipertermia materna cercana al periodo correspondiente al cierre del tubo neural interior. La hipertermia podría ser intrínseca por ejemplo la enfermedad febril o extrínseca como un baño de sauna a alta temperatura (15).

ALCOHOLISMO CRONICO MATERNO:

Se ha reportado en la literatura de alcohol fetal ha sido descrito con más relación, se cree que la lesión está medida con la toxicidad directa del etanol, que atraviesa fácilmente la barrera placentaria, especialmente en el segundo mes de gestación. También se ha atribuido a los catabolitos del etanol como acetaldehído, así como al estado de desnutrición crónica de la madre inducida por el alcohol (12).

METODOS ANTICONCEPTIVOS:

- a) Ritmo: Se ha observado que la prevalencia de relaciones sexuales en la mitad del ciclo asociado a tiempo de la concepción de niños nacidos con defecto de cierre de tubo neural era solo de 5.7% (8 de 119) en comparación con el 9.8% (32 de 325) en el tiempo de la concepción en los hermanos no afectados. Ellos constituyen una evidencia sugestiva contra la abstinencia en la mitad del ciclo y por inferencia una sobre madurez del óvulo como una causa posible de defectos del cierre del tubo neural.
- b) Dispositivo Intrauterino: Los dispositivos intrauterinos con cobre son utilizados cada día más como métodos anticonceptivos. Un número creciente de embarazos que subsecuentemente puede llegar a término se está exponiendo a niveles de cobre muy altos en el periodo crítico de la organogénesis con un posible riesgo de teratogenia. Gram y Com en 1,980 exponen reportes de casos de anencéfalos en madres con esta condición (12).

EMBRIOLOGIA:

Durante el desarrollo fetal normal la placa neural primitiva que se deriva del ectodermo se desarrolla en relación dorsal al concordio. Aproximadamente a 18 días después de la fecundación la

placa neural experimenta un proceso de repliegues y pliegues neurales laterales con un surco neural central.

Los bordes dorsolaterales de estos pliegues se fusionan en la parte media del disco embrional y forman un tubo neural con su conducto central. Antes de terminar la fusión en las direcciones cefálicas y caudal la apertura a nivel del extremo cefálico del tubo se conoce como neurópodo posterior (5-20). La fusión del tubo neural progresa con rapidez con cierre del neurópodo anterior hacia el día 24 del desarrollo fetal, y del neurópodo posterior hacia el día 26 del día fetal en general, se considera que los defectos del cierre del tubo neural son causados por la fusión deficiente de los pliegues neurales para formar el tubo neural, aunque también existe la posibilidad que sea resultado de alteración del tubo neural subsecuentemente a la fusión anormal.

Aunque estos defectos del desarrollo del sistema nervioso central son primarios invariablemente se acompaña de efectos secundarios de las estructuras mesodérmicas circundantes. El examen histopatológico sugiere que estos defectos experimentan degeneración y modificación considerable durante la vida fetal (5-8).

La nomenclatura de los defectos del cierre del tubo neural se basa en la región del sistema nervioso central afectada a las estructuras anatómicas que quedan dentro del defecto. El defecto de la porción craneal del tubo neural, que formaría el encéfalo es anencefalia. De una parte importante del mismo queda por resultado masa amorfa de tejido neural, anencefalia, acompañada por un defecto del desarrollo del cráneo y el cuero cabelludo (Acracia) es el fenómeno más común e impresionante de este grupo (5-13).

La anencefalia y la espina bífida quística se produce con frecuencia aproximadamente iguales, y juntas constituyen la mayor parte del cierre del tubo neural.

En el término defecto "abierto" el tubo neural se aplica a 90% de los defectos que no están cubierto, por lo tanto se pueden diagnosticar midiendo la concentración de Alfa feto proteína como se discutirá a continuación (5-12).

DIAGNOSTICO PRENATAL DE LA ANENCEFALIA:

El diagnóstico prenatal de los efectos del cierre del tubo neural se debe efectuar mediante estudios fenotípicos porque aún no se pueden identificar los genes o factores ambientales que son importantes en su desarrollo. El método primario de diagnóstico consiste en medir el Alfa feto proteína del líquido amniótico. El

valor de las mediciones en el líquido debe ser entre las semanas 16 y 18 de gestación para descubrir una anomalía fetal, especialmente defecto abierto del tubo neural (anencefalia) (8-13).

El lugar de producción de la mayor parte de alfa feto proteína en exceso, sino de toda, es el feto. Esta es la principal proteína del suero del embrión y del feto precoz (13). Al principio se produce en el saco vitelino, pero al final del tercer trimestre casi todo es de origen hepático. Tanto en el suero fetal como en el líquido amniótico, la concentración de alfa feto proteína es máxima hacia la semana 13 del embarazo. La concentración en el suero fetal es aproximadamente es 150 veces la del líquido amniótico, en éste la fuente normal de proteína atraviesa las membranas fetales para entrar a la circulación materna (8).

Aunque se encuentre una concentración elevada de esta proteína en caso de defecto abierto del tubo neural, no es específica de los defectos del tubo neural, ya que se puede observar en otros trastornos fetales o ciertas complicaciones obstétricas. Por esta razón la alfa feto proteína del líquido amniótico en concentraciones normales es un índice de gran seguridad de que el feto no tiene un defecto abierto del tubo neural pero cuando está elevada se requerirá pruebas de líquido amniótico o estudios anatómicos de confirmación antes de poder establecer el diagnóstico positivo (20).

Por esta razón lo ideal, sin embargo es que el diagnóstico prenatal de estos defectos se efectúe definiendo la anatomía de éste. Esto es potencialmente posible mediante ultrasonografía, amniografía o visualización fetal mediante fetoscopia. Sin embargo cada uno de estos métodos tiene sus limitaciones diagnósticas.

Entre otras pruebas de líquido amniótico están la medición de la glucosa que es el producto de la degradación de la fibrina, indicios de proteína beta de líquido cefalorraquídeo y otras proteínas. Así como la elevación de la acetilcolinesterasa (20).

Conjuntamente con el problema orgánico del nacimiento del niño con anencefalia la persona emocionalmente tendrá sufrimiento lo cual conlleva a problema psicológico.

PSICOSOMA:

Es la unión de los elementos psíquicos y somáticos (3).

COSOMATICOS:

El problema que se refiere a las relaciones consistentes entre psiquismo y el cuerpo, interpretado como antes separado (3).

EFACTOS PSICOSOMATICOS DE LA OBSTETRICIA:

El embarazo siempre ha sido un período de ajuste psicológico para muchas mujeres. En décadas recientes han habido muchos cambios adicionales en los estilos de vida de las actividades de las mujeres, que tienen efectos sobre los aspectos psicológicos del embarazo (18).

Muchos varones desean una mayor participación en la gestación de la mujer. Por último el ambiente legal ha afectado en medida la práctica de obstetricia y ginecología. De hecho el médico se enfrenta a nuevos retos y tensiones en el cuidado de la mujer con diversos antecedentes étnicos, económicos y sociales de manera visible atenta y sumamente experimental (18).

El buen cuidado obstétrico y ginecológico requiere considerar a cada mujer como un individuo. Para establecer una relación adecuada de trabajo con la mujer que busca tratamiento, el médico no solo debe tener experiencia en medicina sino también ser un buen observador y comunicador con un enfoque biopsicológico ya que el médico ve a una persona y no a una enfermedad.

MOTIVACIONES PARA EL EMBARAZO:

Las motivaciones para un embarazo son diversas y complejas. El deseo de un embarazo no siempre es el mismo que el deseo de un hijo. Puede desearse una gestación para confirmar la propia salud sexual o dar prueba de integridad y capacidad productiva. El deseo de un embarazo puede ser también una respuesta a la pérdida o a sentimientos de soledad. Una mujer puede identificarse con un hijo fantaseado como alguien a quien amar y que lo amará a su vez puede desear preservar la relación con su compañero o responder a las presiones familiares de tener un hijo (18).

DESORDENES PSICOSOMATICOS:

Se denominan desórdenes psicossomáticos a aquellas afecciones somáticas derivadas de trastornos emocionales anteriores o actuales.

En el campo de la patología es difícil delimitar y determinar con precisión cuáles son los trastornos o enfermedades genuinamente psicosomáticos. Podemos afirmar sin embargo que una tercera parte de los enfermos que acuden al consultorio de medicina general, excluidos los psicóticos, son personas que no acusan ninguna alteración patológica orgánica a la que se puede atribuir la enfermedad y otra tercera parte presentan síntomas que no corresponden a ninguna enfermedad orgánica concreta, o los síntomas que muestran son desproporcionadas a la enfermedad diagnosticada. A continuación consignamos un conjunto de afecciones o trastornos en los cuáles los factores emocionales son la causa o coadyuvan a la formación del cuadro clínico.

Aparato Digestivo: Úlcera Gástrica, indigestión, diarrea, colitis ulcerosa, estreñimiento, obesidad, falta de apetito.

Aparato Respiratorio: Asma, tos, alergias, disnea.

Aparato Genitourinario: Amenorrea, dismenorrea, espasmos, prurito vulvar, trastornos de la micción.

Piel: Urticaria, dermatitis, exemas, sudoración excesiva, psoriasis.

Sistema Musculoesquelético: Reumatismo, dolores óseos, dolores musculares, dolor de espalda.

Sistema Cardiovascular: Taquicardia, hipertensión, trastornos vasomotores.

Sistema nervioso: Cansancio, dolor de cabeza, vértigos, dificultad en concentración, irritabilidad, insomnio.

Para algunos autores, los enfermos psicosomáticos tendrían una personalidad frágil e inmadura que imposibilita al psiquismo para asegurar sus conflictos en el terreno vegetativo y visceral con lo cual este tipo de enfermos en vez de llorar sufren una crisis de asma o en vez de enfadarse experimentan una subida de la tensión arterial (11).

El tratamiento de estos pacientes es básicamente psicológico y su afección mejora o desaparece cuando se convence de que sus síntomas pueden deberse a un trastorno emocional o a un problema determinado que han de procurar conocer, delimitar, valorar y resolver (11).

FACTORES PSICOLOGICOS:

La familia es la unidad social indispensable para que sus

distintos miembros crezcan, desarrollen y maduren dentro de ella, en vez de ser percibidas como experiencias valiosas, se vuelven amenazadas para los individuos, el conflicto familiar provocan separaciones innecesarias debido a la inmadurez de los miembros que la forman (6).

Desde el punto de vista psicológico debemos considerar la madurez como un estado de equilibrio con el medio, el cual el individuo pueda dar salidas satisfactorias a sus necesidades. El hombre llega a su madurez cuando llega a insertarse a un mundo determinado y satisfacer sus necesidades. Madurez psicológica sería entonces la armonía con un principio de la realidad determinando a nivel consciente como satisfacción o felicidad (6).

En el matrimonio el nacimiento de los niños modifica esencialmente las relaciones de la pareja. En este momento es cuando se pone definitivamente a prueba la identificación con la figura paterna y la identificación con la figura materna. El hombre puede proyectar toda su infancia frustrada en los niños (6)

DESORDENES PSICOLOGICOS:

La conducta que sugiere de desordenes psicológicos puede tener un número de causas. Puede ser el resultado de un aprendizaje normal en un ambiente poco común puede ser la manifestación de una lesión del sistema nervioso, o puede presentarse el colapso de la habilidad normal para resolver problemas y de los mecanismos de defensa normales que han fracasado de proteger al individuo de su ansiedad (9-17).

Los estados de ansiedad es un sentimiento de angustia es característico de la mayoría de la neurosis, aunque a veces puede presentarse aislado de cuadro neurótico específico en forma de ataques agudos de ansiedad o pánico intenso (Con palpitaciones, sudores, dolores de cabeza, estómago y vientre), en forma de estados de ansiedad crónica o bien bajo la apariencia de un síndrome hipocondríaco.

Desde un punto de vista analítico, la angustia es siempre la expresión del miedo a la separación o pérdida de una persona amada. El tratamiento de los estados de ansiedad recorre una amplia gama de actuaciones que, según los casos, pueden resultar altamente efectivas:

Desde la presencia tranquilizadora en el momento oportuno, del adulto, hasta un cambio de actitud de los padres, unas vacaciones, la ayuda en la casa de algún familiar, y si es necesario el tratamiento psicológico (11).

Podemos clasificar los desórdenes psicológicos en cuatro categorías:

- 1) Una neurosis, en la cual la persona desarrolla un síntoma deformante de origen psicológico caracterizada por conflictos psíquicos que inhiben las conductas sociales, y por lo tanto se trata de enfermedades mentales menores que perturban el equilibrio interior del individuo antes que sus relaciones con la realidad, su percepción del mundo.
- 2) Desórdenes psicológicos, donde una enfermedad física puede parcialmente ser originada por tensión psicológica.
- 3) Psicosis, cuando la persona se retira de la realidad a un mundo privado de fantasías.
- 4) Desórdenes de la conducta antisocial (9-17).

La neurosis puede manifestarse por una variedad de síntomas complejos. Se clasifica de la siguiente manera según la Asociación Psiquiátrica Americana.

- a) Reacción de Ansiedad.
- b) Reacción de Fobia: Son miedos persistentes, fuertes e irracionales aunque los miedos son bastante específicos, las personas que sufren de una fobia neurótica son incapaces de explicar el miedo. La fobia es como la reacción a la ansiedad en que el individuo, en situaciones donde el estímulo temido esta presente, sufre la ansiedad. Pero la fobia tiene ventajas de que el individuo teme frecuentemente que evitar la situación temida, de manera que puede evitarse cierta paz (9-17).
- c) Reacción depresiva: Se caracteriza por sentimiento de tristeza e inutilidad y por falta de energía mientras todo el mundo desarrolla síntomas de depresión en ciertas situaciones, las reacciones son desproporcionadas en relación con el otro objetivo (9-17).
- d) Reacción disociativa: Son neurosis que se caracterizan por pérdida de identidad personal (9-17).
- e) Reacción Obsesiva-Compulsiva: Una obsesión es una idea irresistible persistente. Una compulsión es una irresistible tendencia hacia la ejecución de un acto o un patrón de conducta, el cual se repite una y otra vez (9-17).

- f) Reacción de Conversión o histeria: Una persona desarrolla el síntoma más crítico en ausencia de una verdadera patología física (9-17).

DESORDEN DISTIMICO:

Es el trastorno crónico no psicótico, que involucra un estado de ánimo deprimido y una baja en cuanto a las actividades sociales y de interés propio; es un padecimiento de larga duración y por lo menos dos años de síntomas sostenidos e intermitentes, el trastorno puede empezar en la adultez temprana aunque el momento exacto de un apareamiento no es claro, dentro de este cuadro parecen las depresiones enmascaradas (17).

CAUSAS:

Las teorías propuestas son características de personalidad propuesta relacionada con el trastorno de personalidad.

Limitaciones en el desarrollo que culminan en el adolescente.

FACTORES PSICOSOCIALES:

Son precipitantes de trastornos crónicos no tratados adecuadamente en el episodio anterior (17).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Son síntomas complejos no psicóticos de por lo menos dos años de duración en el humor como tristeza, aburrimiento, de bajón o más lento. La vida puede ser descrita como oscura, negra, tenebrosa in razón de ser, puede ser persistente o intermitente, hay períodos de un estado de ánimo normal que puede durar de pocos días a pocas semanas (17).

Puede tener manifestaciones no psicóticas como limitaciones en el apetito, pérdida en el apetito, habla lenta dentro de los períodos depresivos si hay alucinaciones o alucines, puede existir además insomnio, fatiga, pérdida de interés, hay que tomar en cuenta como se realiza el acto sexual si hay sentimiento de culpa, autoproche, queja indecisión, sentimiento de incapacidad, desesperanza y pesimismo y en la vida puede presentarse dificultades en el matrimonio podría ser de personalidades asoquistas (6-17).

CICLOTIMIA:

Fue acuñada por Koulband a mediados del siglo XIX se llamaba insanidad circular y se manifestaba por estudios crónicos no psicóticos síntoma de manía, no se presenta a un tratamiento psiquiátrico, considera sus malestares normales y por esta misma razón no busca ayuda. La familia puede estar afectada por el estado de ánimo (17).

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Son disturbios crónicos que involucran frecuentes períodos durante los cuales, se presentan síntomas no psicóticos, características de Síndrome Depresivo: Como de maníaco. Los síntomas no son de duración para llevar el criterio de un episodio completo maníaco o depresivo (17).

ASPECTOS PSICOPATOLOGICOS:

Psicopatología es la definición de los trastornos en el funcionamiento de la personalidad al principio se limitaba a reconocer las alteraciones obvias y fácilmente distinguibles en la conducta humana, en términos de acción, pensamiento y conciencia; actualmente se ha expandido e incluye las variaciones en las pautas totales de las reacciones del individuo ante la vida, o sea los que reconocemos como personalidad (1).

Si la personalidad se sujeta a tensiones productoras de angustia más allá de los límites de su capacidad para adaptarse, puede desorganizarse tanto en la conducta exterior como en la conducta simbólica (1).

Cuando el individuo no ve realizados sus planes como él hubiera querido se angustia y surge en él la indecisión lo que con el tiempo lo hace sentirse culpable de no haber actuado en su oportunidad como piensa ahora y haberlo hecho en mejor forma. Esta falta de decisión de actuar en forma positiva pueden deberse a dos factores: a la forma en la cual actuó o por propia decisión (1).

La culpa es en una u otra forma dolorosa y de sus rasgos mayores visibilidad, que cualquier otro estímulo (7).

El rasgo principal de la vivencia de culpa es el sentimiento que la acompaña. Es un sentimiento de pesar. Lo que experimenta el culpable ante toda situación es el peso de la culpa. No exactamente pena, tristeza, lo que siente es pensar (7).

Se ha considerado dar tratamiento psicoterapéutico adecuado al problema que se presenta por ejemplo: Los padres de los niños con anomalías del tubo neural (Anencefalia) ante la posibilidad de modificar el cuadro que se presenta su hijo se sienten culpables del trastorno del mismo, sentimiento que altera la relación conyugal degenerando esta en reclamo, acusación, tristeza, angustia, pena, preocupación, pesar, sentimientos que ven entrelazados por el mismo problema (6-7).

La preocupación afecta a los padres en su actuar diario y la culpa les impide tener conciencia de lo importante que es su enfrentamiento a la realidad y aceptar el cuadro de su hijo como reto a la naturaleza ya que la vida de estos niños es corta y deja al final de su estancia dentro del hogar un recuerdo conjugado con tristeza, angustia, pesar y finalmente sus padres se dan cuenta que el amor que pudieron proporcionarle fue envuelto con sentimiento de culpa al que no les permitió darle el cuidado necesario y poder así brindarle el calor de hogar que su hijo desea y necesitaba (7).

Posteriormente a los problemas psicológicos que han detallado por el diagnóstico de la anencefalia puede darse como consecuencia de una no resolución favorable al problema. Darse en la paciente un trastorno de tipo psiquiátrico, por lo que debemos brindarle atención psiquiátrica en el embarazo y en el puerperio.

TRASTORNOS DEPRESIVOS:

El término depresión se refiere a un estado de ánimo, síntoma o grupos de síndromes. El estado de ánimo, sentirse triste es parte de la experiencia humana que se relaciona con tristeza, frustración, desaliento o sentirse deprimido. Las mujeres experimentan estos estados de ánimo en las semanas posteriores al parto. El síntoma puede ser parte de otra enfermedad física o psicológica, el síndrome conocido como trastorno depresivo o afectivo clínico, se caracteriza por un grupo específico de síntomas relacionado con un cambio con el estado de ánimo. Esto dura un período de por lo menos dos semanas y es lo suficientemente severo para interferir con las actividades cotidianas (18).

En general las reacciones depresivas se dividen en dos tipos.

TRISTEZA POSTPARTO:

Este proceso es un trastorno en el estado de ánimo después del parto y suele ocurrir con cambios hormonales máximos. Se caracteriza por llanto, irritabilidad, ansiedad, falta de memoria, tristeza o exaltación (18).

DEPRESION MODERADA:

Este proceso es un síndrome depresivo no psicótico durante la gestación pero ocurre con mayor frecuencia en las semanas y meses posteriores al parto. Sus síntomas incluyen cambios en el estado de ánimo en los patrones de sueño, en la alimentación y en la concentración mental o en la libido que pueden incluir sensaciones somáticas (18).

PSICODINAMIA FAMILIAR

Es lo que nos permite conocer las diferentes reacciones, actitudes, agresiones y ansiedades dentro de la familia exteriorizadas por los padres o los hijos y viceversa que traerán desequilibrio emocional en su dinámica familiar, o a la comprensión o estabilidad de la misma.

Dentro de las tres situaciones básicas de la familiar podemos mencionar: La paterna, la materna y la afilial, su meta principal es alcanzar la comunicación entre la misma (19).

Los estudios y la observación hecha en los niños a permitido conocer que su comportamiento es el reflejo de su conflictiva familiar (19).

Dentro del conflicto familiar siempre esta presente uno de los integrantes de la familia que ocupará el sitio del archivo emisario, en quien recae la culpa de todo lo que sucede sin tener una participación directa despertando ansiedad, desesperación o agresividad en la familia, la que es manejada por los progenitores ante su incapacidad a enfrentarse a su familia.

Para los padres es difícil enfrentarse a situaciones inesperadas como es el advenimiento de un niño con anomalías del tubo neural, estos actúan de forma negativa y convierten al niño en archivo emisario, quien no tiene la culpa del conflicto que ha ocasionado su nacimiento ya que es un niño inocente con limitaciones físicas y psíquicas que ha venido a enfrentarse al mundo, señalado por la naturaleza y rechazado por el grupo familiar (6).

Para mejorar el estado emocional de los padres al igual que la relación familiar la mejor ayuda que se les puede ofrecer es la terapia familiar, matrimonial o individual.

TERAPIA FAMILIAR:

Puede orientar a los padres como a los hijos a comprender que la estancia de la mayoría de estos niños en sus hogares será corta, por lo que debe brindarse todo el afecto y cuidado que se necesite. La agresividad y el reclamo continuo entre los cónyuges y sus familiares no logrará mejorar su convivencia dentro del hogar, sino que al contrario el poco cuidado que al niño se le proporcione, ocasionará complicaciones mayores que solo empeorarán su estado físico (19).

TERAPIA MATRIMONIAL:

Puede orientar a la pareja a concientizar que es el momento preciso que necesitan tanto el padre como la madre de su comprensión, amor y comunicación aceptada al niño con anomalía y darle el calor de hogar que tanto necesita (19).

TERAPIA INDIVIDUAL:

Podrá orientar a la o las personas que forman el círculo familiar para que éstas comprendan que las anomalías del tubo digestivo es una enfermedad causada por deficiencia de ácido fólico y que ninguno de los padres es culpable del cuadro que su hijo presenta (19).

RESISTENCIA:

Produce una oposición profundamente acentuada aunque los deseos reprimidos se vuelvan conscientes. Por medio de la resistencia del individuo trata de evitar los recursos que provocarían angustia y serían dolorosos, se encaran de manera consciente (19).

OLERA: IRA

Reacciones provocadas por restricciones auténticas e imaginarias caracterizada por cualidades hedónicas mixtas en las que predomina el desagrado.

CONFLICTO:

Estado emotivo doloroso producido por una tensión entre deseos opuestos y contradictorios.

TRISTEZA:

Actitud afectiva caracterizada por un tono sentimental desagradable que se expresa con suspiros, lágrimas y pasividad.

PREOCUPACION:

Actitud emotiva caracterizada por desagrado, deprimente o excitante, provocada por alguna situación cuya presencia causa indecisión o conflicto.

NEGACION:

Negativa o censura de alguna afirmación o rechazo de una sugerencia, caracterizado por una fuerza de resistencia a las sugerencias que proceden de otros.

ESPERANZA:

Actitud o sentimiento que tiene una cualidad hedónica mixta, caracterizado por la idea del feliz resultado de sucesos futuros.

CONFUSION:

Mezcla de elementos de cualquier índole pero en especial de ideas que carecen de asociación lógica, que resulte imposible una clara indiscriminación.

MIEDO:

Comportamiento emotivo caracterizado por un tono afectivo de desagrado.

CULPA:

El hombre piensa, planea y desarrolla sus proyectos, cualquier cambio dentro de éstos o que no se realice tarde o temprano provocan frustración ante la imposibilidad de no haberse hecho en el momento preciso (7).

ANGUSTIA:

Se considera como un estado de atención que revela la posibilidad como un desastre inminente con una señal de peligro que nace de la represión de las actitudes internas inaceptables, que surgen de pronto en la conciencia o en forma de acción con las consecuencias respuestas de la personalidad individual o de la sociedad a dicha erupción (11).

REPRESION:

Es uno de los mecanismos mentales más comunes y se desarrolla para manejar el conflicto, es decir los deseos irreconciliables, los anhelos que compiten entre sí y las tendencias a hacer cosas que contribuyen a la amenaza o a la imagen que tenemos de nosotros mismos (11).

RACIONALIZACION:

Este mecanismo proporciona explicaciones racionales e intelectuales de la conducta que en realidad ha sido provocada por motivos no reconocidos. Pensamos que podemos modificar nuestra conducta, pero nuestras explicaciones nos engañan. Nuestros deseos y actitudes reales permanecen ocultos y disfarzados (11).

VII. METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDIO:

El presente trabajo es un estudio de tipo descriptivo con diseño retrospectivo, en el que se estudió los aspectos psicosomáticos de madres embarazadas con productos anencéfalos.

2. SUJETO DE ESTUDIO:

El grupo de casos estuvo definido por todas las pacientes embarazadas con producto anencéfalo que consultaron al hospital de Gineco-obstetricia del ICSS, comprendidos en el período de diciembre de 1993 a diciembre de 1994.

3. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El tamaño de la muestra estuvo constituida por la totalidad de madres con productos anencéfalos durante el período de diciembre de 1993 a diciembre de 1994.

4. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:

INCLUSION: - Pacientes con productos anencéfalos.
- Pacientes que consultaron al hospital de Gineco-Obstetricia durante diciembre de 1993 a diciembre de 1994, con productos anencéfalos.

EXCLUSION: - Toda paciente que no llene los criterios de inclusión.

5. VARIABLES:

a) Edad: Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento. Incluyendo a pacientes en edad reproductiva.

b) Antecedentes Gineco-Obstétricos: Todas las personas que se encuentren en edad reproductiva son mayores y requieren una historia obstétrica, aunque las circunstancias varían con la edad y con las

circunstancias de la visita. Esto se obtendrá en la boleta de recolección de datos para saber si ha tenido abortos que contribuiría a que la afección psicológica sea mayor, y aún más si es primigesta.

- c) Control pre-natal: Se define como el control que se lleva durante el embarazo con el objeto de detectar antes del nacimiento algún defecto congénito y así dar el apoyo psicológico para minimizar el trauma que esto puede llevar.
- d) Depresión: Se define como cambios en el estado de ánimo que es una reacción característica importante de la reacción de la madre hacia el producto.
- e) Distimia: Es el cambio en el estado de ánimo de corta duración.

6. RECURSOS

- Físicos: - Boleta de recolección de datos.
- Expedientes de pacientes con diagnóstico requerido.
- Humanos: - Pacientes incluidos en el estudio.

7. PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS:

Se revisó el libro de labor y partos así como el de alto riesgo donde se obtuvo el número de afiliación de las madres con productos anencéfalos durante diciembre de 1993 a diciembre de 1994.

Se utilizó cada uno de los expedientes de los pacientes para obtener la dirección y luego se citaron por telegrama en varias ocasiones y los que no se presentaron se les visitó en su domicilio para recolectar la información por medio de la boleta.

Luego de obtener la información se tabularon datos y se presentaron en cuadros y se hizo análisis de cada uno de ellos.

VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

EDAD DE LAS MADRES EMBARAZADAS CON PRODUCTOS ANENCEFALOS EN
 HOSPITAL GINECO-OBSTETRICIA I.G.S.S. DICIEMBRE/93
 DICIEMBRE/94

EDAD	No.	PORCENTAJE
< 15 años	0	0%
15 - 24 años	34	85%
25 - 34 años	4	10%
35 - 44 años	2	5%
> 45 años	0	0%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO No. 2

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS DE MADRES EMBARAZADAS CON
PRODUCTOS ANENCEFALOS EN HOSPITAL GINECO-OBSTETRICIA
I.G.S.S. DICIEMBRE/93 - DICIEMBRE/94.

No. de Embarazos	PARTOS		ABORTOS		CESAREAS		TOTAL	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
1	27	67.5	0	0.0	1	2.5	28	70%
2	5	12.5	3	7.5	0	0.0	8	20%
3	1	2.5	1	2.5	0	0.0	2	5%
4 o más	2	5.0	0	0.0	0	0.0	2	5%
TOTAL	35	87.5	4	10.0	1	2.5	40	100%

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO No. 3

TIPO DE CONTROL PRE-NATAL Y DIAGNOSTICO DURANTE EL MISMO DE ANENCEFALIA EN MADRES QUE TUVIERON SU PARTO EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL IGSS. DICIEMBRE DE 1993 A DICIEMBRE DE 1994.

DIAGNOSTICO DE ANENCEFALIA

TIPO DE CONTROL PRE-NATAL	S I		N O		TOTAL	%
	NUMERO	%	NUMERO	%		
Adecuado	4	10	0	0	4	10
Inadecuado	0	0	36	90	36	90
TOTAL	4	10	36	90	40	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.4

TIPO DE DEPRESION DE LA MADRE AL OBSERVAR EL PRODUCTO CON ANENCEFALIA AL MOMENTO DE NACER EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL IGSS. DICIEMBRE/93-DICIEMBRE/94.

CONOCIO AL PRODUCTO	TOTAL	%	DEPRESION			
			CORTO		CONTINUO	
			No.	%	No.	%
SI	24	60	4	10	20	50
NO	16	40	4	10	12	30
TOTAL	40	100	8	20	32	80

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 5

REACCIONES QUE PRESENTARON LAS MADRES CON PRODUCTOS ANENCEFALOS DURANTE EL PERIODO DEL POST-PARTO EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL IGSS. DICIEMBRE/93-DICIEMBRE/94.

TIPO DE REACCIONES	NUMERO	%
Tristeza	40	100
Angustia	34	85
Cólera	20	50
Negación	32	80
Miedo	38	95
Culpa	40	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 3

DESARROLLO DE CONFLICTOS EN PAREJAS QUE TUVIERON PRODUCTOS
ANENCEFALOS. HOSPITAL GINECO-OBSTETRICIA DEL IGSS.
DICIEMBRE DE 1983 A DICIEMBRE DE 1994.

CONFLICTO FAMILIAR	NUMERO	%
Si	35	88
No	5	12
TOTAL	40	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 7

TRATAMIENTO MEDICO Y PSICOLOGICO QUE RECIBIO LA PACIENTE CON PRODUCTO ANENCEFALO RELACIONADO CON EL TEMOR DE OTRO PRODUCTO IGUAL. HOSPITAL GINECO-OBSTETRICIA DEL IGSSS DESDE DICIEMBRE DE 1993 A DICIEMBRE DE 1994.

	SI		NO	
	NUMERO	%	NUMERO	%
Temor de otro embarazo igual	39	97.5	1	2.5
Tratamiento médico-psicológico	1	2.5	39	97.5
TOTAL	40	100	40	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 8

RESOLUCION DE PROBLEMAS EMOCIONALES EN MADRES CON PRODUCTOS ANENCEFALOS EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL IGSSS DURANTE DICIEMBRE DE 1993 A DICIEMERE DE 1994.

RESOLUCION DE PROBLEMA EMOCIONAL	NUMERO	%
Si resolvió	2	5
No resolvió	38	95
TOTAL	40	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 9

REACCIONES ACTUALES DE LAS PACIENTES CON PRODUCTOS ANENCEFALOS
 EN HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL IGSS DESDE
 DICIEMBRE/1993 - DICIEMBRE/1994.

REACCIONES ACTUALES	SI	%	NO	%	TOTAL
Culpa	28	70	12	30	40
Tristeza	36	90	4	10	40
Miedo	28	70	12	30	40
Depresión	20	50	20	50	40

Fuente: Boleta de recolección de datos.

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1:

Del presente cuadro se puede deducir que la mayor incidencia de anomalías del tubo neural se presentaron en madres jóvenes comprendidas entre 15 - 24 años de edad, correspondiéndoles el 85% y las menos afectadas fueron las comprendidas entre 35 - 44 años en un 5%. Lo cual viene a confirmar lo referido en la literatura que indica que ocurre con mayor frecuencia las anomalías en las edades de 20 - 24 años. Esto también se puede justificar si tomamos en cuenta que la mayor incidencia se encuentra en la edad reproductiva, la cual es entre 20 a 35 años, lo que redundará con que se encuentren más casos en esta edad.

CUADRO No. 2:

Este cuadro demuestra la distribución de los antecedentes gineco - obstétricos de la población estudiada; puede observarse que el 70% corresponde a pacientes primigestas y el 20% a pacientes secundigestas; de este último grupo de pacientes el 7.5% ha presentado un aborto. Estos resultados son importantes ya que la mayoría de pacientes que tuvieron productos anencéfalos son primigestas y siendo estas pacientes son más susceptibles a presentar posteriormente sentimientos de culpa, depresión, tristeza, etc. Analizando las pacientes secundigestas, más de la mitad de ellas han tenido un aborto y si a esto se le suma el producto anencéfalo, es de esperarse que aumente el sentimiento de frustración u otros problemas emocionales.

CUADRO No. 3:

Este cuadro muestra la relación entre el tipo de control prenatal y el diagnóstico de anencefalia durante el mismo. Los tipos de control pre-natal han sido divididos en:

Adecuado, que se refiere a pacientes que han acudido por más de 5 citas; e inadecuado, el cual se refiere a pacientes que han consultado a su control por menos de 5 citas. (13, 14)

Se puede observar que el 90% de los pacientes tuvieron control pre-natal inadecuado, lo cual demuestra que el mismo no llena su función ya que a ninguna de estas pacientes se le realizó diagnóstico, y por lo mismo no permitió brindarles el apoyo psicológico pertinente. Es de hacer notar que por el contrario el

10% de las pacientes si tuvieron un control prenatal adecuado y si se les realizó diagnóstico de anencefalia, lo que confirma la importancia de las visitas durante el período pre-natal.

CUADRO No. 4:

En el presente cuadro se puede observar el tipo de depresión en relación a que si la madre conoció o no al producto anencéfalo al momento de nacer. En la población estudiada el 80% de las pacientes presentó una depresión de tipo continuo o ciclotimia, el cual se define como padecimiento psicológico de más de 2 años de duración, de síntomas sostenidos e intermitentes que afectan en las actividades diarias. (17). El resto de la población presentó depresión de corta duración o distimia que se define como cambios en el estado de ánimo que pueden durar pocas semanas o meses. (17)

Se estudiaron dos grupos de pacientes: las que si conocieron al producto con anencefalia al momento de nacer y las que no lo conocieron, no encontrando diferencias significativas entre dichos grupos. Sin embargo en revisiones precedentes se ha demostrado la importancia que tiene el que la madre conozca al producto anencéfalo (18) para posteriormente aclarar, informar y aconsejar a la pareja sobre las causas de dicha entidad, prevención de mismo, y al mismo tiempo brindarles apoyo psicológico adecuado.

CUADRO No. 5:

En este cuadro se puede observar las diferentes reacciones por las que se vieron afectadas las madres con productos anencéfalos e el período post-parto. Las reacciones estudiadas fueron tristeza culpa, angustia, cólera, negación y miedo. De éstas las que se presentan con mayor frecuencia son tristeza y culpa en un 100%. Es de resaltar que el total de la población estudiada presentaron más de algún problema de tipo psicológico.

CUADRO No. 6:

Este cuadro muestra que el 88% de los pacientes que tuvieron productos anencéfalos presentaron posteriormente situaciones de conflicto: discusiones, peleas, sentimiento de culpa, y en otras ocasiones más graves considerar la separación. Contrariamente el resto de la población no presentó conflicto familiar; tratándose del mismo grupo poblacional que se observa en el cuadro No. 3 que si llevaron un control pre-natal adecuado, a quienes se les brindó a algunas pacientes información y el apoyo psicológico adecuado,

para evitar que el nacimiento de un niño mal formado sea la causa de dichos conflictos.

CUADRO No. 7:

El presente cuadro relaciona el tratamiento e información que recibió la paciente de parte del médico juntamente con el apoyo psicológico por el temor de otro embarazo igual. Se observa que el 97.5% de los pacientes no tuvieron tratamiento psicológico y por lo tanto presentaron temor de tener otro hijo con anomalía, de ahí la importancia que tiene hoy día el poder informar, aclarar y finalmente aconsejar a la pareja con motivo de nacimientos posteriores por medio de consejo genético y apoyo psicológico.

CUADRO No. 8:

Este cuadro muestra la resolución de problemas emocionales de madres con productos anencéfalos, en el cual se observa que el 95% no resolvió dicho problema.

Estos resultados se relacionan directamente con el cuadro No. 7 ya que las pacientes que no se les brindó el apoyo psicológico pertinente fueron las mismas que persisten con problemas emocionales.

CUADRO No. 9:

En el presente cuadro se observa las diferentes reacciones psicológicas por las cuales las madres aun están afectadas en el momento de la evaluación. El 90% de las pacientes presentaban tristeza, el 70% sentimiento de culpa al igual que miedo. Este cuadro tiene relación con el cuadro No. 7 que por la falta de apoyo psicológico un alto porcentaje de los pacientes aun se ven afectadas por dichas reacciones.

X. CONCLUSIONES

- 1.- Las madres jóvenes entre 15 - 24 años de edad (85%) fueron las más afectadas.
- 2.- Entre las madres con productos anencefálicos, la mayor frecuencia fue en mujeres primigestas en 70%.
- 3.- El 85% de las pacientes llevaron control pre-natal inadecuado.
- 4.- El diagnóstico de anencefalia en el período pre-natal se realizó en un 10% de las pacientes.
- 5.- El principal problema emocional que presentaron las pacientes fue depresión tipo continuo en un 80%.
- 6.- El 100% de las pacientes con productos anencefálicos presentaron diferentes reacciones emocionales como depresión, tristeza, culpa, miedo y otras.
- 7.- El 97.5% de las pacientes no tuvieron tratamiento médico psicológico.
- 8.- El 95% de las madres afectadas por las diferentes reacciones emocionales, aun no han resuelto su problema.
- 9.- El 88% de las pacientes presentaron conflictos familiares.

XI. RECOMENDACIONES

- 1.- Orientar a las madres sobre la importancia que tiene el llevar control pre-natal adecuado con el objeto de detectar antes del nacimiento la anomalía y así darles el apoyo psicológico adecuado para minimizar el trauma que esto les provoca.
- 2.- Implementar una clínica de asesoramiento genético para pacientes con riesgo de presentar fetos con anomalías del tubo neural.
- 3.- Instaurar el programa de orientación psicológica a padres de niños con anomalías congénitas, dentro de la atención que presta a sus afiliados la clínica de psicología del departamento de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

XII. RESUMEN

La presente investigación fue realizada en el hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el período comprendido de diciembre de 1993 a diciembre de 1994. Siendo los objetivos identificar aspectos psicosomáticos en madres embarazadas con productos anencéfalos, así como identificar las consecuencias familiares del nacimiento de un niño con anencefalia; y verificar si reciben información de parte del médico tratante con respecto a la anomalía y si tienen el apoyo psicológico adecuado.

Se revisaron los expedientes médicos de todos los pacientes cuyos recién nacidos presentaron anencefalia durante el período antes mencionado, citándose a todos los pacientes para llenar la boleta de recolección de datos.

Del total de nacimientos, en un año se obtuvo 40 casos de recién nacidos con anomalía del tubo neural (anencefalia).

De los resultados obtenidos podemos concluir que las pacientes se ven afectadas en mayor porcentaje por depresión de tipo continuo, seguido por tristeza, miedo, angustia, negación y cólera.

Los padres con hijos con anomalías del tubo neural crean consecuencias de conflicto familiar así como sentimiento de culpa.

Del 100% de las pacientes, el 95% de ellas no habían resuelto su problema emocional al momento de la encuesta por lo tanto tenían miedo de concebir otro hijo igual.

Del estudio actual deducimos la necesidad de implementar un programa de psicoterapia familiar para evitar así los problemas emocionales por los cuales se ven afectadas las madres con productos anencéfalos. Así como la existencias de una clínica de asesoramiento genético para estas pacientes con riesgo de presentar fetos con anomalías del tubo neural.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Alonzo Fernández, Francisco. COMPENDIO DE PSIOUIATRIA. 2a. Edición San Ernesto, Madrid. Editorial Panamericana 1,989. Págs. 217-228.
- 2) Arias, Fernando. EMBARAZO DE ALTO RIESGO. 2a. Edición España. Editorial Panamericana 1,984. Págs. 27-29 y 335-336.
- 3) Belc, Szckely. PSIOUE. Diccionario Enciclopédico de la Psicología General y Aplicada. 10a. Edición Buenos Aires. Editorial Caridad. 1,986. Págs. 502-505.
- 4) Buston, Benjamin. NUTRICION HUMANA. 2a. Edición Barcelona. Editorial Panamericana 1,982. Págs. 23-26.
- 5) Behiman, Nelson. TRATADO DE PEDIATRIA. 13a. Edición México. Editorial Panamericana. 1,989. Vol. II. Págs. 1402-1406.
- 6) Castellanos, Lillian. DE LOS PADRES PROBLEMAS. Monterrey, México. Editorial Castillo 1,982. Págs. 39-65.
- 7) Castillo Del Pino, Carlos. LA CULPA. Madrid. Editorial Madrid 1,982. Pág. 311.
- 8) Dexeus Carrera. TRATADO DE OBSTETRICIA. 3a. Edición. Buenos Aires. Editorial Salvat 1,989. Vol. II. Págs. 219-241.
- 9) Doyle, Mekeachie. PSICOLOGIA. 2a. Edición. México. Editorial Panamericana 1,981. Págs. 474-479.
- 10) Fischer, Paty. VALOR NUTRITIVO DE LOS ALIMENTOS. Barcelona. Editorial Centro Regional de Ayuda Técnica 1,980. Págs. 20-28.
- 11) Gisper, Carlos. TRANSTORNOS DEL DESARROLLO. Enciclopedia de la psicología infantil y juvenil. Barcelona. Editorial Océano 1,984. Vol. III. Págs. 150-159.

- 12) Homes, Lib. Et. Al. ETHIOLOGIC HETEROGENITY OF NEURAL TUBE DEFECTS. N. England Medicine 1,976. Págs. 249-365.
- 13) Jack S. Et. Al. OBSTETRICIA DE WILLIAMS. 3a. Edición. Barcelona. Editorial Melosa 1,987. Págs. 269-290.
- 14) Lomos, Mario. ANOMALIAS DEL TUBO NEURAL. Hospital de Gineco-Obstetricia 1,993. Págs. 1-20.
- 15) Miller Smith. Et. Al. T. MATERNAL HYPERTERMIA AS A POSSIBLE CAUSE OF ANENCEPHALY. Lacint Masch 1,978. Págs. 519-533.
- 16) Muñiz Fuentes, Ramón. PSICOLOGIA MEDICA. 18a. Edición. México, Monterrey. Editorial Fondo de Cultura Económica 1,970. Págs. 304-309 y 329-350.
- 17) Pichot, Pierre. MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE TRANSTORNOS MENTALES. 2a. Edición. American Pediatric España. Editorial Interamericana 1,986. Págs. 202-210.
- 18) Peinoll, Martín. DIAGNOSTICO DE TRATAMIENTO DE GINECO-OBSTETRICIA. 6a. Edición. Bogotá. Editorial Manual Moderno 1,989. Págs. 1329-1337.
- 19) Scifer, Raquel. PSICODINAMISMO DE LA FAMILIA CON NIÑOS. Buenos Aires. Editorial Pepalú 1,980. Págs. 197-198.
- 20) Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica. DIAGNOSTICO PRENATAL. México. Editorial Interamericana 1,989. Vol. II.

XIV. ANEXOS



BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Esta es una boleta para la elaboración de trabajo de tesis de Médico y Cirujano. Esta es completamente anónima por lo que se pide que los datos sean verídicos, para la elaboración de dicho trabajo.

NO. DE AFILIACION _____

- 1) Edad: _____
- 2) Antecedentes Gineco-Obstétricos:
Número de Embarazos _____ Partos _____ Abortos _____
Cesáreas _____
- 3) En su control prenatal a cuántas citas asistió:
1-2 citas _____
3-4 citas _____
5-6 citas _____
7 o más _____
- 4) Durante su control prenatal le informaron si su hijo había desarrollado alguna anomalía:
SI _____ NO _____
- 5) Conoció usted a su hijo con anomalía al momento del nacimiento:
SI _____ NO _____

Las siguientes preguntas evaluarán su estado psicológico de acuerdo a lo que usted sintió al tener un hijo con anomalía:

- 6) Al saber que su hijo naciera con anencefalia se sintió usted con cambios en su estado de ánimo que interfirió en sus actividades diarias (Depresión):
SI _____ NO _____
- 7) De estos cambios en su estado de ánimo fue un padecimiento de:
a) Corta duración: _____
b) Continuo: _____
- 8) En algún momento se sintió usted con actitud afectiva caracterizada con: suspiros, lágrimas, exaltación (Tristeza):
SI _____ NO _____

- 9) Usted en algún momento tuvo sentimiento de tensión interior, espera dolorosa y ansiedad importante (Angustia):
 SI _____ NO _____
- 10) La reacción que presentó usted fue de enojo, ira e irritable (Cólera):
 SI _____ NO _____
- 11) En algún momento rechazó usted a su hijo con anencefalia:
 SI _____ NO _____
- 12) Reaccionó usted con tono de desagrado, temor al nacer su hijo con anomalía:
 SI _____ NO _____
- 13) En algún momento su esposo delegó la responsabilidad en usted haciéndole reclamos y acusaciones (Culpa):
 SI _____ NO _____
- 14) Como pareja en algún momento quisieron modificar el cuadro de su hijo con anencefalia (Culpa):
 SI _____ NO _____
- 15) El nacimiento del niño malformado provocó situaciones de conflicto en la pareja:
 SI _____ NO _____
- 16) Teme usted a otro embarazo similar:
 SI _____ NO _____
- 17) Recibió usted de parte del médico tratante información acerca de la anomalía que presentaba su hijo, y a qué se debió:
 SI _____ NO _____
- 18) Recibió usted tratamiento psicológico antes y después del parto:
 SI _____ NO _____
- 19) En cuánto tiempo cree que resolvió su problema emocional:

- 20) Actualmente se siente usted con los siguientes sentimientos:
 Sentimiento de Culpa _____
 Tristeza _____
 Miedo _____
 Depresión _____

...
 ...
 ...