

Universidad San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Estudios de Postgrado



TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO

**LESBIA ORALIA MONZON SUMALE
CARLOS ESTUARDO GIL LOARCA**

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Posgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas,
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestros en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
FEBRERO 2015



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

Los Doctores:

Lesbia Oralia Monzón Sumalé

Carné Universitario No.: 100021379

Carlos Estuardo Gil Loarca

Carné Universitario No.: 100021139

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestros en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis "Trastornos psicológicos en el embarazo de alto riesgo".

Que fue asesorado: Dra. Gloria Veronica Ocampo Antillón MSc.

Y revisado por: Dr. Jorge David Alvarado Andrade MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para febrero 2015.

Guatemala, 03 de febrero de 2015


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo



Guatemala 3 de octubre de 2013

Doctor

Oscar Fernando Castañeda

Coordinador Específico de Programas del Posgrado.

Universidad de San Carlos de Guatemala

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Presente.

Estimado Dr. Castañeda

Por este medio le informo que revise el contenido del Informe Final de tesis con el título **"TRASTORNOS PSICOLOGICOS EN EMBARAZO DE ALTO RIESGO** perteneciente a la **Dra. LESBIA ORALIA MONZON SUMALE** y a el **Dr. CARLOS ESTUARDO GIL LOARCA** el cual apruebo por llenar los requisitos solicitado por el Post-Grado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me despido de usted

Atentamente

Dra. GLORIA VERONICA OCAMPO

Asesor de Tesis

Dra. Gloria Ocampo
Ginecóloga y Obstetra
Col. No. 10,436

Hospital de Ginecología y Obstetricia

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.



Guatemala 3 de octubre de 2013

Doctor

Oscar Fernando Castañeda

Coordinador Específico de Programas del Posgrado.

Universidad de San Carlos de Guatemala

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Presente.

Estimado Dr. Castañeda

Por este medio le informo que revise el contenido del Informe Final de tesis con el título **"TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN EMBARAZO DE ALTO RIESGO**, perteneciente a la **Dra. LESBIA ORALIA MONZON SUMALE** y a el **Dr. CARLOS ESTUARDO GIL LOARCA**, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitado por el Post-Grado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me despido de usted

Atentamente

Dr. Jorge David Alvarado Andrade

Revisor de Tesis

Hospital de Ginecología y Obstetricia

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.





Guatemala 3 de octubre de 2013

Doctor

Edgar Rodolfo Herrarte Méndez

Docente Responsable

Maestría en Ginecología y Obstetricia

Hospital Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Respetable Doctor

Por este medio envío el informe final de tesis **"TRASTORNOS PSICOLOGICOS EN EMBARAZO DE ALTO RIESGO"** perteneciente a la **Dra. LESBIA ORALIA MONZON SUMALE** y a el **Dr. CARLO ESTUARDO GIL LOARCA** el cual ha sido revisado y **APROBADO.**

Sin otro particular, de usted deferentemente

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dra. Gloria Ocampo
Ginecóloga y Obstetra
Col. No. 10,436

Dra. GLORIA VERONICA OCAMPO

Ginecóloga y Obstetra.

Asesor de Tesis

Especialista A

Hospital de Ginecología y Obstetricia

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.



Guatemala 3 de octubre 2013

Doctor

Edgar Rodolfo Herrarte Méndez

Docente Responsable

Maestría en Ginecología y Obstetricia

Hospital Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Respetable Doctor

Por este medio envío el informe final de tesis **“TRASTORNOS PSICOLOGICOS EN EMBARAZO DE ALTO RIESGO”** perteneciente a la **Dra. LESBIA ORALIA MONZON SUMALE** y a el **DR. CARLOS ESTUARDO GIL LOARCA** el cual ha sido revisado y **APROBADO.**

Sin otro particular, de usted deferentemente

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Jorge David Alvarado Andrade
GINECOLOGO Y OBSTETRA
COL. 11,112
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
I.G.S.S.

Ginecólogo y Obstetra.

Revisor de Tesis

Especialista A

Hospital de Ginecología y Obstetricia

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

AGRADECIMIENTOS

Dra. Lesbia Oralia Monzón Sumalé

A Dios por darme la vida, por permitirme ser una profesional y por ser mi guía y protegerme toda la vida.

A mis padres por su apoyo incondicional, y por ser un ejemplo de superación.

A mi esposo por su amor y apoyo incondicional.

A mis hijos por ser parte de este sueño.

A mis hermanos, primos, tíos, familiares y amigos que con sus oraciones me acompañaron en este proceso.

A la Universidad San Carlos de Guatemala, al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, maestros y compañeros que fueron parte importante de mi formación como profesional.

Dr. Carlos Estuardo Gil Loarca

A Dios, por poner dentro de su plan perfecto para mí la oportunidad de servirle como ginecólogo y obstetra.

A mi madre por ser el impulso para dar cada paso en la búsqueda de la culminación de mis sueños.

A mi amada esposa y amados hijos; ustedes son la razón por la cual anhelo vivir cada día.

A mis familiares y amigos por llenarme de alegrías y formar parte de este sueño.

Al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, y a la Universidad San Carlos de Guatemala, por darme la oportunidad de formarme con la excelencia académica que siempre desee.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE TABLAS.....	i
INDICE DE GRAFICAS.....	i
RESUMEN.....	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. OBJETIVOS.....	20
3.1 General.....	20
3.2 Específico.....	20
IV. MATERIAL Y MÉTODOS.....	21
4.1 Tipo de estudio.....	21
4.2 Población.....	21
4.3 Área de estudio.....	21
4.4 Calculo de muestra.....	21
4.5 Criterios de inclusión.....	22
4.6 Criterios de exclusión.....	22
4.7 Selección de muestra	22
4.8 Definición de casos y controles	22
4.9 Operacionalización de variables.....	23
4.10 Análisis estadístico.....	25
V. RESULTADOS.....	26
VI. DISCUSION Y ANÁLISIS.....	34
6.1 Conclusiones.....	36
6.2 Recomendaciones.....	37
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	38
VIII. ANEXOS.....	41

INDICE DE TABLAS

Tabla No. 1 26
Tabla No. 2 26
Tabla No. 3 27
Tabla No. 4 27
Tabla No. 5 28
Tabla No. 6 29
Tabla No. 7 29

INDICE DE GRAFICAS

Grafica No. 1	30
Grafica No. 2	31
Grafica No. 3	32
Grafica No. 4	33

RESUMEN

Los cambios fisiológicos, anatómicos y psicológicos que experimenta la mujer durante el embarazo son múltiples, estos se ven incrementados en la paciente que presenta factores de riesgo predisponentes, por lo que la atención psicológica de la paciente con embarazo de alto riesgo en las instituciones medicas es fundamental para evitar cualquier alteración emocional que afecte el desarrollo y resolución del mismo, así como las consecuencias sobre el producto. Se realizo un estudio analítico de casos y controles que compara el perfil psicológico de las pacientes con embarazo de alto riesgo y bajo riesgo, realizando una encuesta basada en el test perinatóológico de EDINBURGH, las pacientes con una puntuación mayor de 12 puntos fueron evaluadas en la clínica de psicología, se tomo una muestra de 183 pacientes como caso y 183 controles, de los cuales solo 172 y 178 fueron incluidas finalmente en el estudio, obteniendo entre los resultados 51 pacientes (29%) con test positivo en clínica de alto riesgo y 19 (10%) de bajo riesgo, con OR de 3.52 y un IC de 1.9799 a 6.2835, los trastornos más frecuentes fueron los anímicos encabezados por distimias y ciclotimias, por lo que podemos concluir que el presentar un embarazo de alto riesgo es un factor de riesgo significativo para desarrollar principalmente trastornos psicológicos de tipo afectivo.

I. INTRODUCCION

El embarazo representa un cambio en la vida de la mujer, se considera como un periodo crítico del desarrollo psicológico de la vida en el ser humano; ya que pone a prueba el nivel emocional y la identidad de la mujer, representa una oportunidad de crecimiento psicológico.

Considerando este principio la salud emocional de la mujer embarazada podrá evaluarse a partir de su capacidad para enfrentarse a este suceso de cambios y de su capacidad de adaptación.

Una evaluación precisa del estado emocional de la paciente embarazada permite establecer una intervención psicológica adecuada, ya que conociendo las características del embarazo y los cambios que este produce, se considera una alteración psicológica transitoria en la mujer ya que ella requiere adaptarse a esta nueva situación; lo que puede desencadenar una manifestación aguda con disminución y restricción temporal de la conciencia reactiva y funcional lo que supone una inhibición y malestar psicológico.

Este proceso asociado a otros factores psicosociales como; factores socioeconómicos, fisiológicos, psicológicos, estrés, falta de apoyo social; no favorecen la adaptación de la mujer a este nuevo estado y la ponen en riesgo de manifestar trastornos psicológicos agudos y crónicos ocultos.

Entre las manifestaciones emocionales descritas en estudios se encuentran las de tipo depresivo, labilidad emocional hipersensibilidad emocional, pesimismo, preocupación, tristeza, ansiedad, inseguridad, dependencia e introversión, todas se consideran transitorias pero en ocasiones puede ser necesaria la intervención terapéutica para su resolución y mejor adaptación frente al evento que origino el conflicto.

El conocimiento de esta patología en el embarazo brinda las bases para este estudio, ya que relevar la importancia de describir los rasgos psicológicos distintivos de la mujer con un embarazo de alto riesgo, y las de bajo riesgo con el fin de reconocer rasgos típicos de las pacientes para poder identificar patrones específicos que indiquen anomalías o patologías psicológica que estén afectando a las pacientes, y permite crear

planes de prevención de trastornos psicológicos , para las pacientes que cursan con este tipo de alteración y brindar una atención integral a la paciente durante todo el embarazo y después de la resolución del mismo.

II. ANTECEDENTES

2.1 Generalidades

El embarazo se considera uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de alteraciones psicológicas debido a los múltiples cambios, psicológicos, anatómicos, fisiológicos que sufre una mujer, el riesgo de una alteración psicológica se incrementa cuando este se asocia a factores de riesgo predisponentes, como patologías asociadas, en la actualidad el embarazo de alto riesgo constituye un problema de Salud Pública de considerable magnitud, de acuerdo a los altos índices de morbilidad perinatal, según publicaciones nacionales, las tasas de morbilidad perinatal son muy elevadas (45%), observándose un incremento en la incidencia de embarazos de alto riesgo entre 20% a 30% se ha descrito como la alteración psicológica más frecuente la depresión posparto afectando a 1 de cada 8 mujeres, en el estudio

“Trastornos Psicológicos Durante el embarazo y sus complicaciones” realizado en el periodo de enero a junio del 2008 se describe que la mayoría de pacientes que presentan trastornos psicológicos se encuentran entre las edades de 20- 39 años, no necesariamente asociada a patología preexistente; el principal trastorno psicológico descrito fue la ciclotimia, y la patología preexistente que más se asocia a trastornos psicológicos fue la diabetes mellitus tipo II.

En el Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", de Ciudad de México, el departamento de psicología, realizó una investigación durante más de 20 años con mujeres con embarazos de alto riesgo, encontrando que sólo 4% de las pacientes presenta psicopatología severa, y entre 33.9% y 62% manifiesta malestar psicológico como la alteración emocional más común durante este evento reproductivo, teniendo como incidencia un 14 % durante todo el embarazo (10)

Se define como embarazo de alto riesgo aquel en el que la madre, el feto o recién nacido presentan mayor riesgo de morbimortalidad antes, durante o después del parto. A esto se asocian varios factores incluyendo la salud de la madre, antecedentes obstétricos y enfermedades fetales; los trastornos obstétricos por si solos pueden imponer un riesgo adicional para la madre y el feto; como desprendimiento de placenta, Prematurez, Preeclampsia, eclampsia, y retardo del crecimiento fetal entre otros. (1)

El embarazo de alto riesgo constituye el 10- 20 % de total de embarazos y se considera responsable de un 75 % de causas de morbimortalidad en el feto y recién nacido. Por esta razón, y considerando la importancia del embarazo de alto riesgo es esencial la identificación temprana de los factores de riesgo y el manejo de los mismos con el objetivo de brindar una atención médica adecuada y concentrar los recursos a las pacientes con factores de riesgo identificables. (2)

Un factor de riesgo es toda circunstancia o característica que se detecta en un individuo que se asocia con la probabilidad de provocar un daño a la salud; estos factores de riesgo pueden ser (biológicos, ambientales, socioculturales, económicos).(3)

Diferentes autores han propuesto sistemas de identificación del embarazo de alto riesgo, esto depende de la institución que brinde la atención prenatal a la paciente; de una forma general se consideran como criterios los siguientes.

- Patologías materna previa al embarazo, tales como hipertensión, diabetes, coagulopatías, epilepsia, obesidad, bajo peso materno, alteraciones endocrinológicas, malformaciones uterinas, etc.(2).
- Un segundo grupo lo forman las gestantes con antecedentes obstétricos desfavorables, es decir, pacientes con embarazos anteriores con patología materna o fetal asociada, como crecimiento intrauterino retardado, Preeclampsia o eclampsia (hipertensión inducida por la gestación), Colestasis intrahepática del embarazo, malformaciones fetales anteriores, parto prematuro, muerte fetal intraútero, etc. (2,4).
- Por último un tercer grupo lo forman las causas feto-placentarias, como embarazo múltiple, malformaciones fetales, retrasos del crecimiento, placenta previa, etc.(4)

Los embarazos de alto riesgo precisan un seguimiento exhaustivo durante todo el tiempo de la gestación, tanto médico como analítico y ecográficos, y en algunos casos requieren la colaboración de otros especialistas como endocrinólogos, cardiólogos, intensivistas, etc.

Si existe una condición de riesgo materno o fetal lo ideal será realizar un control preconcepcional para el control óptimo y el seguimiento cuidadoso del embarazo. (5)

En las pacientes con embarazo de alto riesgo está indicada la realización de ecografías, con intervalos menores con el seguimiento de exploraciones específicas como

el estudio doppler, que permite evaluar el riego sanguíneo de los vasos fetales y placentarios. Y en los últimos años se ha incorporado la ecografía en cuatro dimensiones que permite visualizar en tiempo real la morfología fetal en tres dimensiones, pudiendo aportar gran información en el caso de malformaciones fetales (6).

El embarazo de alto riesgo supone un periodo de estrés añadido en el cual la mujer es más vulnerable a padecer algún tipo de problema psicológico, como puede ser la ansiedad o trastornos afectivos, entre otros. (7)

IMPORTANCIA DE LA SALUD PSICOLOGICA EN EL EMBARAZO.

Al contrario de lo que se pensaba hace varios años, el embarazo no es un factor protector de los trastornos psicológicos; sino que afecta el curso o la aparición de estos.

Ya que la gestación es un periodo de vulnerabilidad en la mujer, para el inicio o la recaída de algunas de las enfermedades psiquiátricas; ya que es un evento potencialmente estresante y puede suponer un riesgo para las pacientes vulnerables. Se ha estimado la morbilidad psiquiátrica durante el embarazo representa el 20-40%.(7)

La enfermedad psiquiátrica se considera la principal variable relacionada con la mortalidad materna en el período perinatal en los países desarrollados, y alcanza el 28% en los casos en los que el diagnóstico es incorrecto o no reciben tratamiento.

El puerperio se considera el período de vulnerabilidad máxima para la mujer frente al inicio de la enfermedad, o de recaídas, tanto depresiva, maníaca o psicótica. Entre un 10 y un 15% de las mujeres presenta un episodio depresivo posnatal, el 0,1-0,2% desarrolla un episodio psicótico y las mujeres con trastorno bipolar tienen un 60% de riesgo de recaída. (7)

El embarazo es un periodo de cambios biológicos y psicológicos radicales, de adaptación para una mujer, y existen experiencias únicas e irrepetibles para cada mujer. Por lo que

el embarazo puede ser el desencadenante de reacciones psicológicas que varían desde el estrés emocional leve a trastornos psicológicos graves.

En otras mujeres un trastorno psiquiátrico preexistente complica su experiencia del embarazo, ya que este se asocia a cambios en la conducta alimentaria, sueño y actividad sexual, se describen a menudo sentimientos de ansiedad, ambivalencia y labilidad del humor. (8)

Malestar psicológico:

El malestar psicológico es el conjunto de cambios emocionales que se relacionan estrechamente con un evento, circunstancia o suceso y que no puede agruparse en una condición sintomática ya que no reúne los criterios propuestos donde se experimenta incomodidad subjetiva. (9)

El embarazo puede provocar una alteración psicológica transitoria en la mujer, generando alguna condición aguda, con la disminución de las funciones lloicas, así como restricción temporal de la conciencia reactiva y funcional, que actúa sobre el yo y es egodistónica, sin impacto en la estructura de la personalidad. (10)

Los principales síntomas psicológicos durante el embarazo son:

- Ansiosos: como su nombre lo indica puede incluir, ansiedad, angustia, desesperación, irritabilidad, miedo, crisis nerviosas, insomnio, inquietud, preocupación.
- Disfórico: llanto, desanimo, apatía, tristeza, irritabilidad, falta de apetito, cansancio.
- Eufóricos: alegría, entusiasmo desbordante.(9)

Cuando el embarazo es el que reactiva los conflictos anteriores no resueltos los cuales se han cronificado, son persistentes y recurrentes se habla de síntomas y estos se presentan a partir del embarazo y pueden durar toda la gestación y remitir después de la resolución del embarazo.(10)

Por las características de su manifestación, el malestar psicológico puede clasificarse como:

1. Predominantemente eufórico: caracterizado por la presencia de un sentimiento exagerado de bienestar o alegría.

2. Predominantemente disfórico: en donde aparece un estado de ánimo desagradable, como tristeza o irritabilidad. La salud emocional de la mujer embarazada deberá 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.

3. Predominantemente ansioso: en donde se observan reacciones anticipatorias de miedo o aprensión, de peligro o amenaza inespecífica, preocupación y angustia.

4. Mixto eufórico-ansioso: en donde aparece una combinación de alegría exagerada con miedo, angustia y preocupación.

5. Mixto disfórico-ansioso: en donde se observa una combinación de tristeza o irritabilidad con miedo, angustia y preocupación. (9)

Se ha evidenciado que en cada trimestre se presentan cambios psicológicos y de comportamiento que aumentan la posibilidad de presentar principalmente, episodios depresivos; provocando que la prevalencia de un episodio depresivo mayor en el embarazo varíe en cada trimestre. (11)

FACTORES ASOCIADOS CON ALTERACIONES PSICOLÓGICAS DURANTE EL EMBARAZO:

Factores psicosociales: Son cualquier acontecimiento o cambio vital que se puede asociar temporalmente, o causalmente, al inicio de ocurrencia o exacerbación de un trastorno mental. (9)

Durante el embarazo los más importantes son:

1. Factores socioeconómicos: empleo, pobreza y trabajo doméstico.

2. Factores fisiológicos: enfermedades físicas crónicas.

3. Factores psicológicos: eventos de vida y aislamiento social.

4. Nivel socioeconómico: educación, ingresos, empleo.

5. Estrés: conflictos de pareja, eventos de vida negativos, insatisfacción con respecto al embarazo, sentirse enferma.

6. Apoyo social: apoyo de la pareja, de amigos y familiares, número de amigos. (9)

Las mujeres en etapa reproductiva pueden presentar malestar psicológico secundario a varios factores que incluyen:

1. Factores reproductivos:

a) Por embarazo.

b) Evolución del riesgo obstétrico.

c) Pérdidas perinatales recurrentes.

d) Antecedente de esterilidad.

e) Enfermedades crónicas anteriores al embarazo.

f) Temor a los procedimientos médicos y resolución del embarazo. (10)

2. Factores psicosociales:

a) Disfunción marital.

b) Disfunción familiar.

c) Disfunción social y/o laboral.

MALESTAR O DISTRES PSICOLOGICO EN LA PACIENTE DE ALTO RIESGO:

Puede ser secundario a factores reproductivos:

a) Por embarazo.

- Dificultad para aceptar el embarazo.
- Tristeza, angustia.
- Ansiedad por los cambios físicos y emocionales que el embarazo conlleva.
- Dificultad para adaptarse a la nueva situación.
- Temor de enfrentar la situación.

b) Evolución del riesgo

- Angustia y temores por las posibles complicaciones asociadas con el embarazo.
- Miedo a perder o afectar al producto.
- Miedo a morir en el parto.

c) Pérdidas previas.

- Ansiedad por lograr el embarazo actual
- Temor de repetir la pérdida.
- Preocupación excesiva por su estado físico y salud del producto.
- Obsesión por la sintomatología física propia del embarazo.
- Reactivación de duelo previo no resuelto (tristeza, llanto, angustia, culpa).

d) Antecedentes de esterilidad.

- Obsesión por conseguir el embarazo.
- Ansiedad por lograr el embarazo actual.
- Temor de abortar.
- Preocupación excesiva por su estado físico y salud del producto.

- Obsesión por sintomatología física propia del embarazo.

e) Enfermedades crónicas anteriores al embarazo.

- Ansiedad por lograr el embarazo.
- Temor por la salud del producto.
- Temor a morir en el parto.
- Negación de la gravedad de la situación
- Sentimientos de frustración y enojo.

f) Temor a los procedimientos médicos y resolución del embarazo.

- Ansiedad y angustia frente a la exploración ginecológica.
- Miedo a la cesárea.
- Miedo al parto.

2. Secundario a factores psicosociales:

a) Disfunción marital.

- Dificultad para aceptar el embarazo.
- Miedo de asumir responsabilidades compromisos relacionados con el embarazo.
- Distanciamiento y poca comunicación.
- Divergencia en las expectativas y fantasías hacia el embarazo.

b) Disfunción familiar.

- Dificultad para aceptar el embarazo.
- Dificultad para aceptar un embarazo sin pareja.

- Rechazo hacia la pareja.

c) Disfunción social y/o laboral.

- Ansiedad y angustia frente al desempleo.
- Miedo a perder el trabajo.
- Miedo a no poder hacer frente a los gastos.
- Miedo a no tener dónde vivir. (9,10)

Impacto Emocional en Embarazo de Alto Riesgo:

Para comprender el impacto emocional del embarazo de alto riesgo, es conveniente considerar las características psicológicas del embarazo normal; de hecho la madurez de una pareja está señalada por la disposición y capacidad de ser padres; en el ámbito psicológico el embarazo es el periodo en el cual se realizan tareas de madurez emocional que preparan a la mujer para el futuro papel de madre, no se consideran tareas fáciles ni exentas de patologías. (12)

2.2 Diagnóstico y tratamiento de los trastornos del estado de ánimo durante el embarazo:

El diagnóstico de los trastornos psicológicos durante el embarazo se dificulta debido a que los cambios del sueño y del apetito, así como los síntomas de fatiga y los cambios en el deseo sexual son característicos del embarazo y por lo tanto no sugieren un trastorno afectivo necesariamente. (13)

Se ha visto que las mujeres embarazadas tienen mayor nivel de fatiga que las no embarazadas y que esta tiene un efecto negativo en la calidad de vida, y se puede asociar a depresión y ansiedad, así mismo se pone de manifiesto la relación que existe entre algunas variables psicológicas como(ansiedad, depresión, estrés, baja autoestima), con mala evolución del embarazo y complicaciones intraparto. El período

puerperal requiere, especial atención, ya que múltiples investigaciones han encontrado que la adaptación de la mujer a este período puede verse modificada o alterada. (14)

Principales trastornos Psicológicos durante el Embarazo:

Trastornos adaptativos: se presentan comúnmente con ansiedad, estado de ánimo depresivo o mixto.

Trastornos del estado de ánimo: Se manifiestan con Depresión mayor recidivante leve, moderada o grave; Depresión mayor con episodio único leve o moderado; Trastorno distímico, Trastorno bipolar tipo I.

Duelo, Abuso, dependencia y/o abstinencia de diversas sustancias: este se manifiesta como, abuso de alucinógenos, dependencia del alcohol, abstinencia de cocaína, sedantes, dependencia de nicotina, dependencia de cocaína, abuso varias sustancias.

Trastornos de angustia: sin agorafobia, con agorafobia.

Problemas conyugales.

Trastorno de personalidad. Por dependencia.

Otros: Trastorno depresivo secundario a epilepsia, Retraso mental leve Esquizofrenia paranoide, trastorno por estrés postraumático anorexia nerviosa. (15)

DEPRESIÓN Y EMBARAZO:

Se considera que aproximadamente el 50% de la mujeres presentan depresión perinatal y un 16% la presentan en el puerperio, en ambos casos se puede prevenir con un seguimiento durante embarazo. Los síntomas depresivos previos al embarazo predicen un riesgo de depresión elevado durante el tercer trimestre y si se asocia con falta de apoyo conyugal ó embarazo prolongado; aumenta la posibilidad de depresión hasta 6 meses después del parto.

Las madres jóvenes están más deprimidas son mas variables en su afecto y están menos inclinadas emocionalmente hacia sus hijos. (16)

Por otra parte las puntuaciones altas en depresión durante el primer trimestre están determinadas por factores psicosociales (situación económica, problemas de vivienda, situación laboral, etc.), síntomas fisiológicos (nauseas, vómitos, anorexia) factores obstétricos, falta de atención materna, embarazo no deseado, escaso apoyo conyugal. (17)

Las características clínicas de la depresión mayor en el embarazo son similares a las observadas en los episodios depresivos que se presentan en otras épocas de la vida. Los síntomas de depresión mayor, según la definición de la Asociación Americana de Psiquiatría del año 2000 son los siguientes.

- Animo depresivo la mayor parte del tiempo, casi todos los días, o por dos semanas y/o.
- Perdida de interés en o de la capacidad de gozar de actividades que la persona regularmente disfruta
- Fatiga o falta de energía
- Inquietud o sensación de enlentecimiento
- Sentimiento de culpa o minusvalía
- Dificultad para concentrarse
- Alteración del sueño
- Pensamiento de muerte o suicidio.(18)

De acuerdo con el DSM-IV, el episodio depresivo mayor se caracteriza por un periodo de al menos dos semanas, en el que existe un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer para casi todas las actividades. El sujeto debe experimentar además de los síntomas anteriores, al menos cuatro síntomas adicionales, como: cambios en el apetito o peso corporal; alteraciones en el sueño y la actividad psicomotora; falta de energía y sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, y/o intentos suicidas; que pueden incrementarse durante el puerperio en pacientes con factores de riesgo.(19)

La evidencia en la literatura mundial indica que su prevalencia va de 2 a 21%, sin embargo algunos estudios señalan que la depresión mayor se presenta en 3.1 a 4.9% de

las mujeres embarazadas, dependiendo de la semana de gestación. La depresión menor y mayor combinadas, se encuentran en 8.5 a 11% de las mujeres embarazadas. (11)

El diagnóstico debe poder hacerse en la siguiente forma

1. Si la paciente obtiene una puntuación mayor de 23 puntos en el CGS.
2. Si la paciente obtiene más 14 puntos en la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh.
3. Mediante la aplicación de la Entrevista Clínica Semiestructurada, codificada para identificar la sintomatología propuesta por el DSM-IV, como:
 - a) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio sujeto.
 - b) Disminución acusada del interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
 - c) Pérdida o aumento importante de peso sin hacer régimen, o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
 - d) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 - e) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
 - f) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 - g) Sentimientos inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.
 - h) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día.
 - i) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente.
4. Establecer si es un episodio único o si es recurrente. (20)

TRATAMIENTO:

Se ha considerado como tratamiento de elección debe realizarse psicoterapia, en combinación con el uso de medicamentos antidepresivos, mejora en forma significativa la tasa de respuesta en personas con depresión. En particular el uso de psicoterapia de grupo de tipo breve, aplicada en forma manera paralela con el tratamiento farmacológico psiquiátrico (cuando así se requiere) ha demostrado su utilidad. (20)

ANSIEDAD PRENATAL:

Es el miedo anticipado a padecer un daño o desgracia futuros que se presenta durante el embarazo, acompañada de un sentimiento de temor o de síntomas somáticos de tensión y aprensión y de un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. (18,19)

Se ha reportado un aumento de dichas alteraciones en madres adolescentes; debido a los aspectos fisiológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de las adolescentes; provocan una alteración del desarrollo cognitivo que pone en riesgo y vulnerabilidad a las madres y a sus hijos. (21, 22)

Puede diagnosticarse de la siguiente forma

1. Puntuación mayor de 23 puntos en el CGS (Cuestionario General de Salud).
2. Más de 14 puntos en la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh.
3. Entrevista clínica semiestructurada codificada para identificar sintomatología planteada por el DSM-IV:

Aparición temporal y aislada del miedo o malestar intenso, acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos: palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca; sudoración; temblores o sacudidas; sensación de ahogo o falta de aliento; sensación de atragantarse; opresión o malestar torácico; náuseas o molestias abdominales; inestabilidad, mareo o desmayo; des realización o despersonalización;

miedo a perder el control o volverse loco; miedo a morir; parestesias; escalofríos o sofocaciones.

TRATAMIENTO:

La terapia cognitivo-conductual es el tratamiento más adecuado para este problema. También puede incluirse tratamiento farmacológico psiquiátrico cuando se requiera.

De inicio previo al embarazo, Durante el embarazo, el psicólogo debe poner toda su atención en detectar y atender problemas psiquiátricos de inicio previo a éste como: trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, trastornos de personalidad, de abuso y/o dependencia de sustancias, trastornos de la alimentación y, en pocos casos, esquizofrenias o cualquier otro trastorno psicótico que pudiera poner en riesgo a la paciente y a su hijo. Es muy importante darle seguimiento al tratamiento anterior tanto farmacológico como psicoterapéutico, para establecer el pronóstico y el tratamiento adecuados.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO:

Estos constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades típicamente recurrentes, donde se incluyen el trastorno unipolar (depresivo) y el bipolar (maníaco-depresivo). Consisten en alteraciones del humor con carácter infiltrativo que se acompañan de disfunción psicomotriz y síntomas vegetativos, se ven incrementados en el periodo de posparto y puerperio. (23)

1. Puntuación mayor de 23 puntos en el CGS.
2. Más 14 puntos en la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh.
3. Entrevista clínica semiestructurada codificada para identificar sintomatología planteada por el DSM-IV:
 - Trastorno bipolar: Hay seis criterios para el trastorno bipolar los que incluyen: episodio maníaco único, episodio más reciente hipomaniaco, episodio más reciente maníaco,

episodio más reciente mixto, episodio más reciente depresivo y episodio más reciente no especificado.

- Establecer pronóstico con respecto a la capacidad de maternidad.
- Trastorno distímico: Estado ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día, la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años.

Sintomatología: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnía, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultad para concentrarse o para decidir, sentimientos de desesperanza, iniciada antes de los 21 años.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD:

Es un tipo de trastorno conductual que se caracteriza por provocar considerables problemas para la adaptación social. La persona que padece el trastorno de personalidad no siempre ni forzosamente se siente perturbada, en cambio, los demás a menudo, consideran su conducta perturbadora o molesta.(24)

El diagnóstico se alcanza por

1. Puntuación mayor de 23 puntos en el CGS.
2. Entrevista clínica semiestructurada codificada para identificar la sintomatología planteada por el DSM-IV:
 - a) Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas: (20)
 - Formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos.
 - Gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional.
 - Actividad interpersonal.

- Control de impulsos.
 - Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
 - El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
 - El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
 - El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia.
- b) Establecer el pronóstico con respecto a la capacidad de maternidad.

La psicoterapia psicoanalítica y la terapia cognitivo conductual de manera paralela y la aplicación de tratamiento farmacológico psiquiátrico cuando éste se requiera.

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN:

- Anorexia nerviosa: Síndrome psiquiátrico que se centra sobre la negativa del enfermo a comer y que conlleva una alarmante pérdida de peso.

Suele aparecer en mujeres jóvenes en edades entre la pubertad y la adolescencia.

- Bulimia. Sensación anormalmente intensa y a veces irrefrenable de ansia de ingerir alimentos.

1. Puntuación mayor de 23 puntos en el CGS (Cuestionario General de Salud) 2. Entrevista clínica semiestructurada codificada para identificar sintomatología planteada por el DSM-IV:

a) Anorexia nerviosa. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando edad y talla. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal.

- Ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

b) Bulimia nerviosa. Presencia de atracones recurrentes, provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.

- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas se presentan en promedio dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.

- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

c) Establecer pronóstico con respecto a la capacidad de maternidad. (25)

III. OBJETIVOS

3.1 General:

- 3.1.1 Determinar la relación que existe entre el perfil psicológico de la paciente con embarazo de alto riesgo y bajo riesgo.

3.2 Específicos:

- 3.2.1 Describir el riesgo de presentar trastornos psicológicos en el embarazo.
- 3.2.2 Identificar los principales diagnósticos médicos que conllevan alteraciones en el perfil psicológico de la paciente.
- 3.2.3 Mencionar los principales trastornos psicológicos presentados en las pacientes estudiadas.
- 3.2.4 Estimar el OR de enfermedad psicológica en las pacientes vistas en la clínica de alto riesgo.
- 3.2.5 Describir los trastornos psicológicos presentados en las pacientes después de haber recibido tratamiento psicológico.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 Tipo de estudio: analítico de casos y controles.

4.2 Población: pacientes atendidas durante el año 2013 en los servicios de alto y bajo riesgo y evaluadas en la clínica de psicología, según resultado de test de evaluación

4.3 Área de estudio: Clínicas de alto riesgo, bajo riesgo y psicología del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Pamplona.

4.4 Cálculo de la muestra: para calcular el número de pacientes que formaron parte de este estudio se utilizó la siguiente fórmula.

Formula:

$$\frac{k^2 N p q}{e^2 (N - 1) + k^2 p q}$$

En donde:

N: total de la población 2823 = k: Nivel de confianza = 95% = 1.96

E: error muestral p: 0.15 q: 0.85

n= total de la muestra: 183 pacientes con embarazo de alto riesgo (casos)

183 pacientes con embarazo de bajo riesgo (controles)

4.5 Criterios de inclusión:

Se incluyeron dentro del estudio a las pacientes que se evaluaron en el servicio de control prenatal de alto riesgo en jornada matutina, pacientes con control prenatal en clínica de bajo riesgo en jornada matutina, hasta completar el total de la muestra establecida durante el año 2013.

Pacientes con test perinatólogico de Edinburg positivo, evaluadas en la clínica de psicología durante el año 2013.

4.6 Criterios de exclusión:

- Pacientes que rehúsen a participar en el estudio.
- Pacientes que llenen de manera inadecuada los documentos de recolección de datos.
- Pacientes que rehúsen evaluación en clínica de psicología.

4.7 Selección y tamaño de la muestra: Para la selección de pacientes participantes en el estudio se realizó un muestreo aleatorio simple de las pacientes atendidas en un año en el servicio de alto, bajo riesgo y psicología, luego se realizó un screening para detectar a las pacientes con trastornos psicológicos prenatales a través de la Escala de Depresión perinatal de Edinburg, se dio seguimiento en la clínica de Psicología a las pacientes con test positivo.

4.8 Definición de caso y control:

- **Caso:** Paciente con embarazo de alto riesgo que llevo su control prenatal en la clínica de alto riesgo en jornada matutina.
- **Control:** paciente con embarazo de bajo riesgo que llevo su control prenatal en la consulta externa del HGO pamplona.

Se obtuvo un total de 172 participantes de alto riesgo y 178 de bajo riesgo por haberse descartado pacientes con boleta de recolección de datos incompleta.

4.9 Definición y operacionalización de variables:

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Instrumento
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del estudio	Rangos de edad de las pacientes	Cuantitativa	Documento de recolección de datos
Religión	Creencia de la divinidad profesada por una persona.	Influencia religiosa en los rasgos psicológicos de la paciente	Cualitativa	Documento de recolección de datos
Escolaridad	Años de estudio aprobados	Influencia del nivel educativo en los rasgos psicológicos	Cuantitativa	Documento de recolección de datos
Estado Civil	Condición social que indica unión con otra persona para convivencia	Influencia del estado civil con los rasgos psicológicos de la paciente	Cualitativa	Documento de recolección de datos
Ocupación	Actividad laboral de la persona	Su influencia en el patrón psicológico observado	Cualitativa	Documento de recolección de datos
Diagnostico Medico	Estado de equilibrio o desequilibrio físico mental y psicológico.	Patología asociada al embarazo	Cualitativa	Documento de recolección de datos

Diagnostico Psicológico	Descripción de los rasgos psicológicos de la paciente	Perfil psicológico de la paciente	Cualitativa	Expediente clínico psicológico
Trimestre de Gestación	Etapa según la edad gestacional del embarazo	Semanas gestacionales	Cuantitativo	Documento de recolección de datos
Diagnostico Psicológico de Seguimiento	Descripción de los rasgos psicológicos de la paciente	Perfil psicológico de la paciente	Cualitativa	Expediente clínico psicológico

4.10 Análisis estadístico:

a. Procedimiento de datos

- i. Recolección de datos:** Se realizó una encuesta estructurada basada en el test de Edinburgh a las pacientes atendidas en las clínicas de control prenatal de alto y bajo riesgo en jornada matutina durante el año 2013, hasta obtener el total de la muestra; las pacientes que obtuvieron un test positivo en la evaluación de la boleta de recolección de datos fueron evaluadas y tratadas en la clínica de Psicología del Hospital de Ginecoobstetricia Pamplona del IGSS.
- ii. Registro de datos:** Para el registro de los datos se utilizó una base de datos creada en el programa Microsoft Excel, mismo que se utilizó para generar gráficas y tablas que fueron analizadas posteriormente.

4.11 Procedimientos éticos: Dentro de las implicaciones éticas del estudio se aseguró la privacidad de los datos obtenidos por cada paciente, se obviaron nombres, los datos expuestos en el informe final de la investigación no contienen acceso a las boletas de recolección de datos individuales.

V. RESULTADOS

Tabla No.1

Total de pacientes evaluadas con el Test perinatólogo de Edinburgh Positivo.

Durante el año 2013.

Clínica	Entrevistadas	Test Positivo	%
Alto Riesgo	172	51	29
Bajo Riesgo	178	19	10
Total:	350	70	39

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No.2

Edades de las pacientes evaluadas con el Test perinatólogo de Edinburgh. Positivo.

Durante el año 2013.

Edad	Alto Riesgo		Bajo Riesgo	
	Riesgo	%	Riesgo	%
20 o menos	5	9.8	3	15.8
21 a 25	13	25	6	31.6
26 a 30	18	35	4	21.1
31 a 35	7	14	3	15.8
36 a 40	6	12	2	10.5
Más de 40	2	3.9	1	5.26
Total	51	100	19	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No.3

Estado civil de las pacientes evaluadas con el Test perinatólogo de Edinburgh Positivo.
Durante el año 2013.

Estado Civil	Alto		Bajo	
	Riesgo	%	Riesgo	%
Casada	11	22	7	37
Soltera	28	55	9	47
Unida	12	24	3	16
Total	51	100	19	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No.4

Religión de las pacientes evaluadas con el Test perinatólogo de Edinburgh Positivo.
Durante el año 2013.

Religión	Alto		Bajo	
	Riesgo	%	Riesgo	%
Católica	23	45	11	58
Evangélica	26	51	8	42
Mormón	2	3.9	0	0
Total	51	100	19	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No.5

Diagnósticos de las pacientes de alto riesgo evaluadas con el Test perinatólogo de
Edinburgh Positivo.
Durante el año 2013.

PATOLOGIA	Positivos	%	Negativos	%	Total	%
B-24	2	3.92	3	2.48	5	6.4
Cardiopatías	4	7.84	11	9.09	15	17
Diabetes Mellitus	10	19.6	18	14.9	28	34
Gestación Múltiple	4	7.84	7	5.79	11	14
Trastornos hipertensivos	15	29.4	23	19	38	48
Incompetencia cervical	2	3.92	3	2.48	5	6.4
LES	1	1.96	4	3.31	5	5.3
Miomatosis	1	1.96	5	4.13	6	6.1
Nefropatía fetal	1	1.96	2	1.65	3	3.6
Oligoamnios	1	1.96	7	5.79	8	7.7
Polihidramnios	2	3.92	3	2.48	5	6.4
Sx. Convulsivo	2	3.92	8	6.61	10	11
Toxoplasmosis	1	1.96	6	4.96	7	6.9
Placenta previa total	2	3.92	2	1.65	4	5.6
Otros	3	5.88	19	15.7	22	22
TOTAL	51	100	121	100	172	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No.6

Escolaridad de las pacientes evaluadas con el Test perinatólogo de Edinburgh Positivo.
Durante el año 2013.

Escolaridad	Alto		Bajo	
	Riesgo	%	Riesgo	%
Primaria	12	24	4	21
Secundaria	20	39	6	32
Diversificado	16	31	8	42
Universitario	3	5.9	1	5.3
Total	51	100	19	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 7

Medidas de asociación de factores de riesgo
Para desarrollar trastornos psicológicos en las pacientes evaluadas
En la clínicas de control prenatal del HGO
Durante el año 2013.

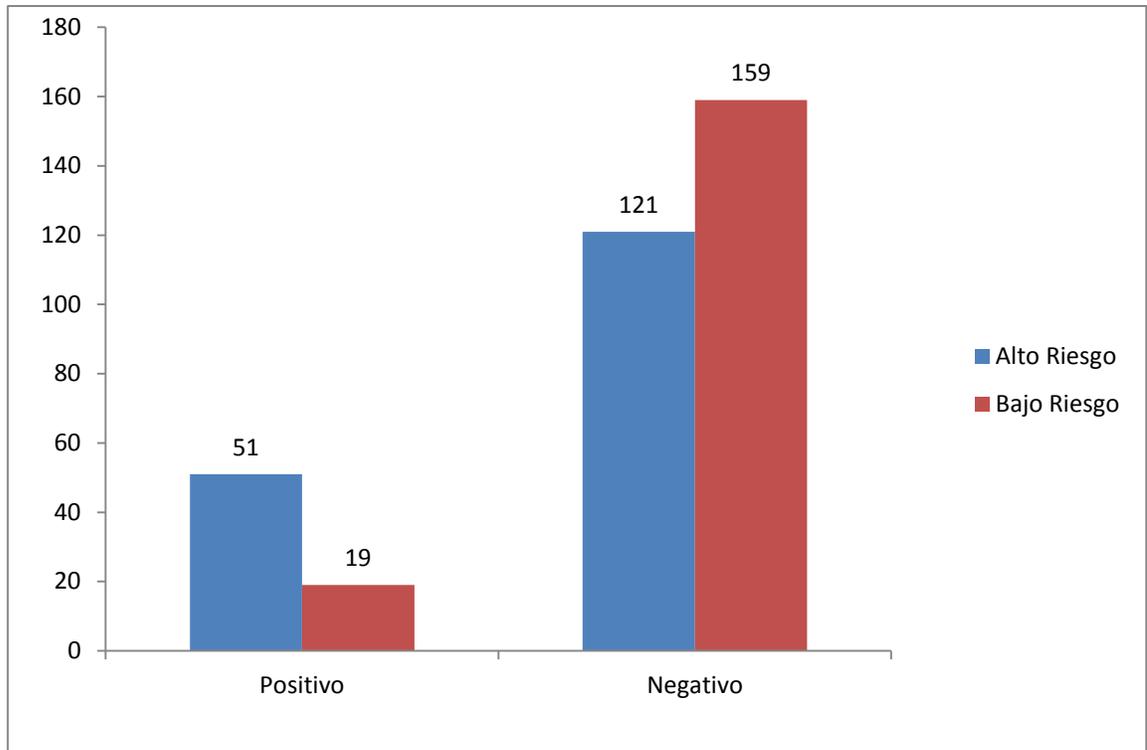
Factor de Riesgo	O.R.	I.C.	Valor de P.
Emb. De Alto Riesgo Trastornos	3.5272	1.97 a 6.28	0.0001
Hipertensivos	1.7754	0.83 a 3.7748	0.1359
Diabetes Mellitus	1.3957	0.59 a 3.2770	0.766
Estado Civil. Soltera.	1.3527	0.47 a 3.8889	0.575
Edad. 26 a 30	2.0455	0.56 a 7.0932	0.2593

Fuente: Boleta de recolección de datos

Grafica No.1

Resultado del Test perinatólogo de Edinburgh Positivo.

Durante el año 2013.

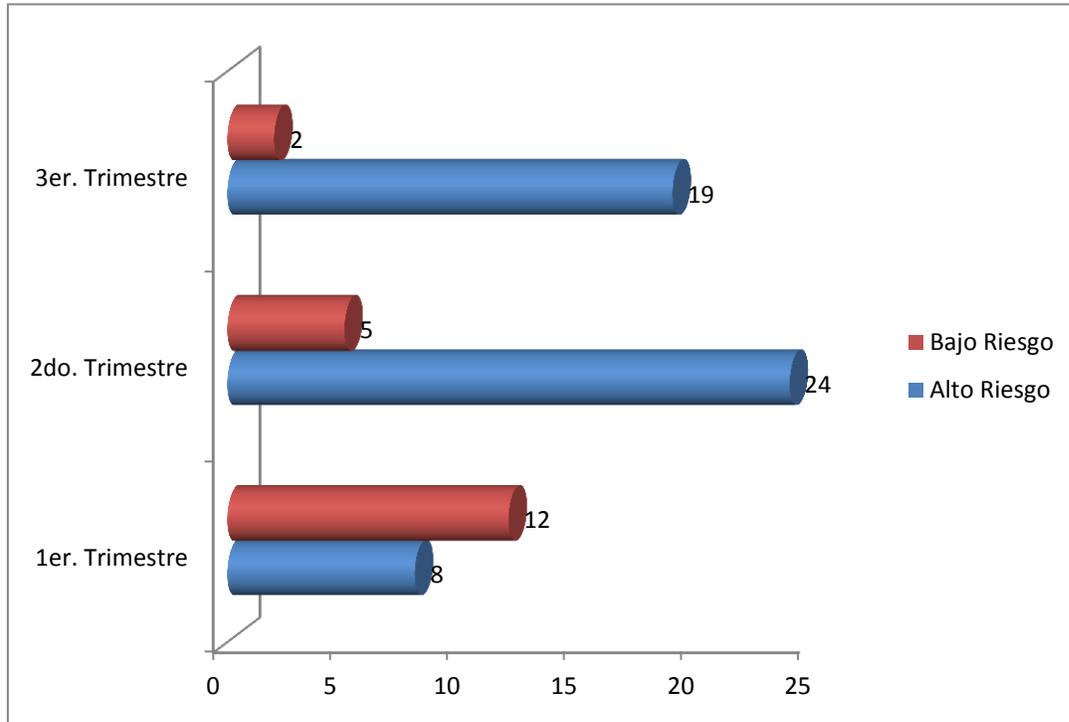


Fuente: Boleta de recolección de datos

Grafica No. 2

Edad gestacional de las pacientes evaluadas con Test perinatológico de Edinburgh Positivo.

Durante el año 2013

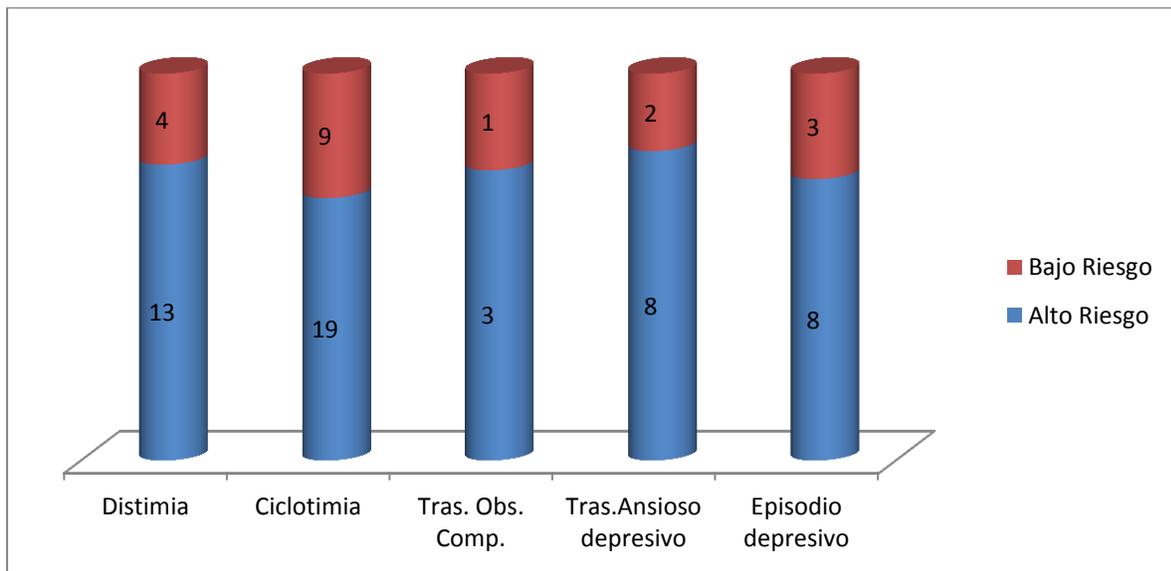


Fuente: Boleta de recolección de datos

Grafica No. 3

Diagnostico psicológico de las pacientes evaluadas con Test perinatólogo de Edinburgo. Positivo.

Durante el año 2013

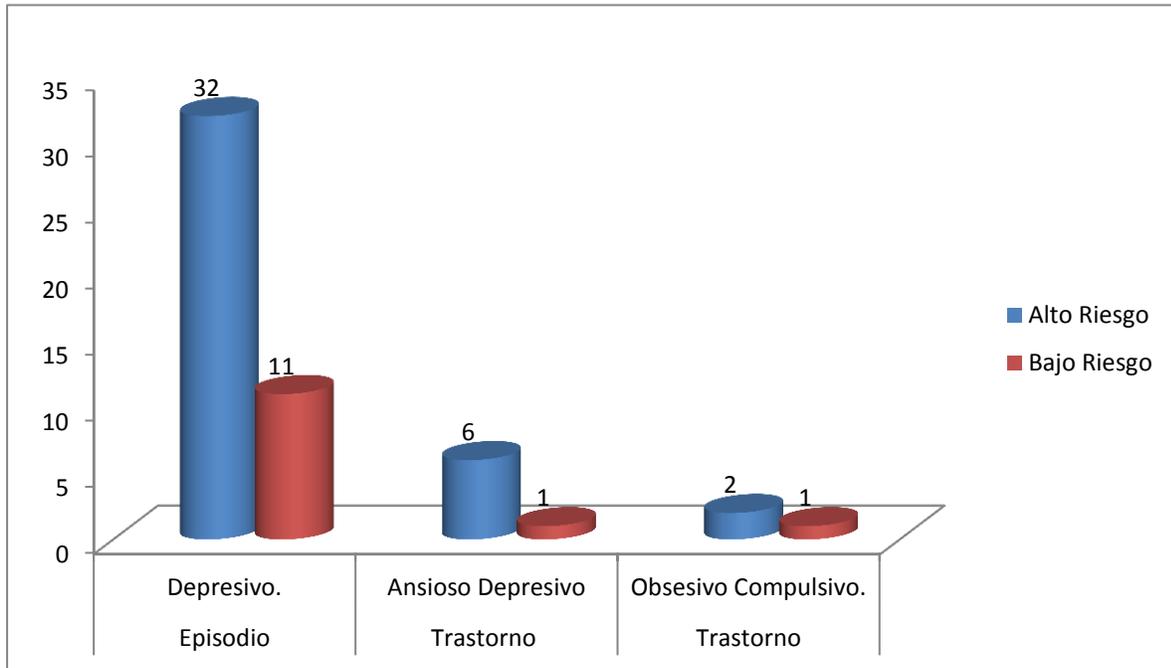


Fuente: Boleta de recolección de datos

Grafica No. 4

Diagnostico psicológico de seguimiento pacientes tratadas

En la clínica psicológica Durante el año 2013



Fuente: Boleta de recolección de datos

VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS

Se realizó un muestreo aleatorio en el cual se incluyeron 183 pacientes que llevaban control prenatal en la clínica de alto riesgo y 183 pacientes que lo hacían en clínicas de bajo riesgo; de las mismas 172 pacientes cumplieron con los requisitos para ser incluidas en el estudio de las pacientes de alto riesgo y 178 de las clínicas de bajo riesgo, de estas, 51 y 19 pacientes obtuvieron un test perinatólogo de Edimburgo positivo respectivamente, dichas pacientes fueron enviadas a la clínica de psicología en donde fueron evaluadas, diagnosticadas tratadas y seguidas para valorar la progresión o resolución de su patología psicológica.

El procesamiento de los datos se realizó en una base de datos formulada en el programa de Microsoft, Axel, el cual se utilizó para tabular y graficar los datos, de tal proceso se obtuvieron los datos presentados anteriormente; donde se puede observar que 51 pacientes con embarazo de alto riesgo (29%) obtuvieron un resultado positivo al test, por lo que fueron enviadas a la clínica de psicología, al igual que 19 pacientes de las clínicas de bajo riesgo (10%) quienes también fueron evaluadas en dicha clínica, esto concuerda con lo reportado en la literatura ya que se ha observado mundialmente una mayor incidencia de trastornos psicológicos en pacientes que tienen alguna patología asociada o cualquier factor que pueda aumentar la morbimortalidad tanto materna como fetal; se estudiaron diversas variables las cuales arrojaron los siguientes resultados: Con respecto a la edad de las pacientes la mayoría se encontraba en el grupo de 26 a 30 años en el caso de las pacientes de alto riesgo y en el grupo de 21 a 25 en las de bajo riesgo; la mayoría de pacientes refirió ser casada en ambos grupos; la religión reportada con mayor frecuencia fueron evangélica y católica respectivamente; de las patologías que hacían que el embarazo se considerara como de alto riesgo las más comunes fueron: los trastornos hipertensivos, diabetes mellitus y embarazos múltiples; estas son en general las más frecuentemente observadas en la población en general por lo tanto se esperaba que también fuera así en las pacientes con test perinatólogo positivo.

Con respecto a la clínica de alto riesgo la mayoría de pacientes fueron captadas en el segundo y tercer trimestre, esto podría deberse a que la mayoría de pacientes inician su control prenatal de manera tardía y quienes lo hacen durante el primer trimestre son

evaluadas inicialmente en una clínica de bajo riesgo previo a ser derivadas a las clínicas de alto riesgo.

Para calcular el odds ratio e intervalo de confianza se utilizó el siguiente cuadro de dos por dos:

		Test	
		Positivo	Negativo
Alto	51	121	
Bajo	19	159	

Riesgo

Obteniendo un OR de: 3.5272

Intervalo de confianza: 1.9799 a 6.2835

Con lo anterior podemos concluir que el tener un embarazo de alto riesgo puede considerarse un factor de riesgo para desarrollar un trastorno psicológico y por el resultado del intervalo de confianza este factor es totalmente significativo.

De estas pacientes con test positivo, a quienes se les diagnosticó un trastorno psicológico se obtuvieron como trastornos psicológicos más frecuentes los trastornos afectivos ciclotimias y distimias, lo cual también concuerda con lo reportado en la literatura.

6.1 Conclusiones:

- 6.1.1 El embarazo de alto riesgo representa un factor de riesgo significativo para desarrollar Trastornos psicológicos.
- 6.1.2 El riesgo de presentar trastornos psicológicos en el embarazo es de 30 a 40 % Comparado con la paciente no embarazada.
- 6.1.3 Los principales diagnósticos que se asocian a embarazo de alto riesgo y trastornos Psicológicos fueron los trastornos hipertensión (29.4 %) y diabetes mellitus (19.6 %).
- 6.1.4 Los principales trastornos psicológicos encontrados fueron los afectivos siendo los más frecuentes ciclotimias (19 %) y distimias (13 %).
- 6.1.5 El OR de enfermedad psicología en las pacientes vistas en clínica de alto riesgo es de 3.52, comparado con la paciente de bajo riesgo.
- 6.1.6 La incidencia de trastornos psicológicos fue de 29 % en pacientes de alto riesgo y de 10 % en pacientes de bajo riesgo.

6.2 Recomendaciones:

- 6.2.1 Realizar un tamizaje para trastornos psicológicos en pacientes con embarazo de alto riesgo en el primer control prenatal que tenga la paciente.
- 6.2.2 Dar seguimiento en el puerperio a las pacientes con riesgo de desarrollar trastornos psicológicos.
- 6.2.3 Unificar el expediente médico y el psicológico para mejorar la atención a la paciente con seguimiento en clínica de alto riesgo y psicología.
- 6.2.4 Implementar terapias individuales y grupales que mejoren la adaptación a los cambios del embarazo independientemente de la presencia de riesgos psicológicos.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 José Antonio Cortez Chávez, Diez principales causas de Embarazo de Alto Riesgo, estudio efectuado en Hospital General Zona No 1 Ciudad de Colima, 2004, [tesis de Diplomado Medicina Familiar], Universidad de Colima Facultad de Medicina, Febrero del 2006.
- 2 Conde Agudelo Agustín M.D., Embarazo De Alto Riesgo, fundación Clínica Valle de Lili Carta de La Salud, junio 2001, vol. 61.
- 3 Guillermo Vergara Sagbini, Protocolo Embarazo de Alto Riesgo, E.S.E Clínica de Maternidad Rafael Calvo, C., Diciembre 2009
- 4 Burrow G, Duffy T. Complicaciones médicas durante el embarazo. 5 ed. Buenos aires. Médica panamericana, 2001. 62
- 5 Galvis Ramírez, V., Bustamante García M. A., Sarmiento Limas C. A., Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Ministerio de Salud Colombia.
- 6 Arias F. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. 2 ed. Madrid. Mosby/Doyma, 1994.
- 7 *Carolina Franco, José Manuel Goikolea, Lluisa García-Esteve, María Luisa Imaz, Antonio Benabarre y Eduard Vieta.* Tratamiento de los trastornos metales en el embarazó, Jano Extra, octubre 2008. No.1714. www.jano.es.
- 8 Reyes Carbajal K. A., Cambios Psicológicos durante el Embarazo y Depresión Posparto, IX Curso de Actualización En Anestesiología en Ginecología.
- 9 María Eugenia Gómez López. Guía de Intervención Psicológica para pacientes con embarazo de Alto riesgo, 2007 abril – junio, vol. 21. (2).
- 10 María Eugenia Gómez López, Evangelina Aldana Calva, Alteraciones Psicológicas en la mujer con Embarazo de Alto Riesgo, enero- junio 2007, vol. 17(001). Pag.53-61.

11 Nora Alba Veltran Mera, Diana Carolina Archila Santamaría, Carlos Augusto Cuadros Mendoza. Depresión en Embarazo en una paciente con múltiples comorbilidades, MED. UIS. Septiembre- diciembre, 2008; 21: 201-10.12

12 Manuel torres Gutiérrez, Impacto Emocional del Embarazo de Alto Riesgo. Rev. Colombiana de Psiquiatría, 2004: vol. XXXIII, (3).

13 Urbina Torres C.C, Villaseñor Vayardo S.J. Trastornos Mentales En El Embarazo. Revista Digital Universitaria, Nov. 2005, vol. 6.14

14 Dolores Marín Morales et al. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio, Nure Investigación, Nov. 2008, No. 37.

15 Ma. Eugenia Gómez López, Evangelina Aldana Calva, Jorge Carreño Meléndez, Claudia Sánchez , Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada Psicología Iberoamericana, vol. 14, núm. 2, diciembre, 2006, 28-35, Universidad Iberoamericana, Ciudad de México.

16 J.C. Coleman, L. B. Hadry, Psicología de la Adolescencia 4ta. Edición; pág. 122.

17 Fernández Luz M. Depresión en la Mujer Gestante y su influencia en el proceso de vinculación afectiva prenatal. Universidad Pontificia de Salamanca.

18 Jadresic M. Enrique, Depresión en Embarazo y Puerperio, Revista Chilena de Neuropsiquiatría, diciembre del 2010 48 (4): 269-278.

19 Dr. A. Mario Mendoza Psicología Y Psicopatología del Embarazo, Parto y Puerperio.

20 Robert E. Hales; Stuart C. Yudofsky; Jonh A. Talbott. Tratado de Psiquiatría, Tomo I; 3a. Ed. The American Psychiatric Press; DSM-IV Editorial. Masson, Washington, 2007.

21 Makuzzella Valvidia P., Marta Molina S.; Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad En Adolescentes Menores de 15 años. Vol. XII, N 2; Pág. 85-109.

22 Dra. Berta Salazar Cutiño, Dra. Elizabeth Álvarez Franco; Aspectos Fisiológicos, Psicológicos y Sociales del Embarazo Precoz y su Influencia en la Vida de Adolescentes, Medisan 2006.; 10(3).

23 T. Carro García, J.M. Sierra Manzano, M.J. Hernández Gómez, E. Ladrón, E. Antolín Barrio; Trastornos del Estado de Ánimo en el Posparto.

24 Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. CIE-10, Decima Revisión, OMS.

25 Orquedo Cortez Manuel, Lartigue B. Teresa, González Pacheco Itzel, Méndez Caballero Sara. Validez y seguridad de la escala de depresión perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. Perinatol Reprod. Hum. 2008; 22(3): 195-202

VIII. ANEXOS

TEST PERINATOLOGICO DE EDIMBURG

1. He podido reír y ver el lado positivo de las cosas:

- a) Igual que siempre
- b) Un poco menos que antes
- c) Mucho menos que antes
- d) No he podido

2. He mirado el futuro con placer:

- a) Igual que siempre
- b) Bastante menos que antes
- c) Mucho menos que antes
- d) No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas han marchado mal:

- a) No, nunca
- b) No con mucha frecuencia
- c) Sí, algunas veces
- d) Sí, casi siempre

4. He estado preocupada, ansiosa y asustada sin ninguna razón:

- a) No, en absoluto
- b) No mucho
- c) Sí, a veces
- d) Sí, con mucha frecuencia

5. Me he sentido con miedo o presa del pánico:

- a) No, en absoluto
- b) No mucho
- c) Sí, a veces
- d) Sí, bastante

6. Me he sentido agobiada:

- a) No, me las he arreglado igual que siempre
- b) No, la mayoría de las veces me las he arreglado bastante bien
- c) A veces no me las he arreglado tan bien como siempre
- d) Sí, la mayoría de las veces no me las he arreglado en absoluto

7. Me he sentido tan desdichada e infeliz que he tenido dificultad para dormir:

- a) No, en absoluto
- b) No, con mucha frecuencia
- c) Sí, con bastante frecuencia
- d) Sí, casi todo el tiempo

8. Me he sentido triste y abatida:

- a) No, en absoluto
- b) No, con mucha frecuencia
- c) Sí, con bastante frecuencia
- d) Sí, casi todo el tiempo

9. He estado tan infeliz que me echo a llorar:

- a) No, nunca
- b) Solo ocasionalmente
- c) Sí, bastante a menudo
- d) Sí, casi todo el tiempo

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) A veces
- d) Sí, con bastante frecuencia

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier método la tesis titulada: **“TRASTORNOS PSICOLOGICOS EN EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización parcial o total.