

Detección de patologías psiquiátricas en pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo.

Rev. Salus.UC. 23(2):24-33.2019

Detection of psychiatric disorders in patients with spontaneous abortion.

José Camejo¹, Adrián Peñaloza¹, Luis Pérez¹, Néstor Pernía¹, Amador González¹, Beatriz Ticona¹, Pablo E. Hernández^{1,2}

RESUMEN

La gestación es un período de vulnerabilidad emocional debido a los cambios funcionales que se presentan en la mujer durante la gestación, pudiendo entre otras, generar manifestaciones clínicas psiquiátricas. En Latinoamérica la tasa de abortos es mayor que en el resto del mundo, y hasta ahora no se ha determinado si el riesgo de aborto espontáneo aumenta en presencia de patologías psiquiátricas. Con el objetivo de detectar patologías psiquiátricas en pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo, se realizó un estudio clínico de diseño transversal, aplicado en 80 pacientes ingresadas con el diagnóstico de aborto incompleto, en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Lic. José María Benítez de La Victoria, Aragua, Venezuela, entre los meses de abril - agosto 2019, en las cuales se buscan patologías psiquiátricas subyacentes. 61,3% manifestó algún trastorno clínico, siendo más frecuente el trastorno depresivo 35%, seguido de trastorno de ansiedad 31,3% con un promedio de edad de 29 años. Hubo mayor porcentaje en solteras 60,8%, amas de casa 63,6%, Graffar clase IV 69,2%, pareja sentimental inestable 56,5%, padres sobreprotectores durante la infancia 69,2%, ausencia de apoyo familiar 69,2%. Se evidencia la importancia de la esfera psiquiátrica en el control prenatal, consideramos pertinente vigilar la evolución de las pacientes en el transcurso del embarazo y posterior a éste.

Palabras clave: Patologías psiquiátricas, aborto, depresión, ansiedad.

ABSTRACT

Gestation is a period of emotional vulnerability due to the functional changes that occur in women during pregnancy, which may generate clinical psychiatric manifestations. In Latin America the abortion rate is higher than in the rest of the world, and it has not been determined if the risk of spontaneous abortion increases in the presence of psychiatric pathologies. With the objective of detecting psychiatric pathologies in patients with a diagnosis of spontaneous abortion, a cross-sectional clinical study was carried out in 80 patients admitted with the diagnosis of incomplete abortion in the Gynecology and Obstetrics service of the Lic. José María Benítez Hospital, La Victoria, Aragua State, Venezuela, between April - August 2019, in which underlying psychiatric pathologies were sought. 61.3% manifested some clinical disorder, the most frequent being depressive disorder in 35% of the subjects, followed by anxiety disorder, 31.3%, with an average age of 29 years. Single women had a higher percentage, 60.8%, housewives 63.6%, Graffar class IV 69.2%, unstable sentimental partner 56.5%, overprotective parents during childhood 69.2%, absence of family support 69.2%. Results stressed the importance of psychiatric evaluation during prenatal control, and monitoring of the psychological evolution of patients during and after pregnancy is recommended.

Keywords: Psychiatric pathologies, abortion, depression, anxiety.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de La Salud (OMS) para el 2017, la prevalencia de los trastornos mentales continúa en ascenso, causando efectos adversos en la salud y graves consecuencias a nivel socioeconómico (1).

Dentro de los más predominantes, se encuentra la depresión con más de 300 millones de personas afectadas alrededor del mundo, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres. A pesar de estos alarmantes datos, según el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV, según sus siglas en inglés), el uso de los servicios de salud mental fue solamente 24% (1).

Con respecto a las mujeres en edad reproductiva, el período de gestación es considerado un momento de vulnerabilidad para el inicio o recaída de alguna de las enfermedades psiquiátricas (2). En efecto, desde el comienzo y durante el transcurso del embarazo toda mujer experimenta una gran cantidad de cambios fisiológicos, biológicos, culturales, sociales, emocionales y psicológicos.

La influencia de factores como pareja inestable, situación económica adversa y ausencia de apoyo familiar, no

¹Departamento Clínico Integral La Victoria, Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud- Sede Aragua. La Victoria, Venezuela.

²Unidad de Investigación en Perinatología, Hospital Prince Lara, Puerto Cabello. Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento Clínico Integral de la Costa.

Autor de Correspondencia: Pablo Hernández Rojas

E-mail: pabloehr@gmail.com

Recibido: 23-07-19

Aprobado: 20-09-19

favorecen la adaptación de la mujer a su nuevo estado, causando conflicto al incumplir las exigencias del exterior, lo que a su vez impacta en su estado emocional, generando por lo general manifestaciones ansiosas o depresivas (3).

En consecuencia, los síntomas psíquicos afectan a la gestación por su influencia en el estado emocional de la madre, funcionamiento, capacidad de autocuidado, e incrementan el riesgo de los malos hábitos de salud (4).

Sin embargo, existen pocos análisis enfocados a evaluar si los problemas psiquiátricos son capaces de aumentar el riesgo de que la gestación culmine en un aborto, no tomando en cuenta que el estudio de una gestante debe ser completo, evaluando la esfera mental incluida en el seguimiento del proceso fisiológico y de eventuales manifestaciones psicopatológicas.

Al mismo tiempo, el aborto, se ha convertido en un problema para la salud pública, debido a que afecta a las mujeres de manera integral, impactando negativamente en el ámbito bio-psico-social. En América Latina, el número estimado de abortos que ocurren anualmente aumentó entre 2003 y 2008, de 4.1 a 4.4 millones, para una tasa de 32 de cada 1.000 embarazos, dos más que el promedio mundial; 3.7 millones de abortos ocultos ocurren en América Latina, 50% corresponde a mujeres de 20 a 29 años y 14% de hasta 19 años (5).

Diversos estudios han identificado de forma aislada elementos que pueden estar relacionados con la incidencia de aborto asociado a problemas mentales, entre los cuales, destaca el desarrollado en Japón, argumentando que el mismo se debe a un desequilibrio de citocina Th1/Th2. De hecho consideran que la red psiconeuroinmunoendocrina contribuye al desarrollo de un aborto espontáneo (6).

En Latinoamérica, se realizó un estudio en Brasil con un total de 280 mujeres que manifestaron una mezcla de síntomas somáticos, ansiedad y depresión relacionados con mala convivencia con su pareja y escasa escolarización, causando impacto sobre su salud mental. El 91% de las mujeres habían quedado embarazadas y el 17,2% reportó haber experimentado un aborto (7).

Luna-Matos et al en Brasil, indicaron que durante la gestación, circunstancias como estar soltera, haber estudiado hasta la primaria, no haber planificado el embarazo y tener enfermedad crónica está asociado a enfermedad mental (8). Mientras que un estudio en Colombia, analizó 151 mujeres embarazadas del cual el 19,2% presentó depresión, asociada a factores de riesgo como aborto anterior y algún grado de disfunción familiar (9).

De modo similar en Perú, una investigación señaló que, de 222 gestantes estudiadas, 40,1% presentaron depresión mayor vinculada con complicaciones de salud durante la gestación y la no planificación del embarazo. Así mismo

32,4% tenían antecedente de aborto, no obstante, este estudio no relacionó estas dos variables (10). En cambio en Ciudad de México, se estudiaron 127 pacientes con embarazos de alto riesgo de las cuales 99,2% presentaron un trastorno psicológico, siendo el trastorno de ansiedad el más común con 23,6% (3).

Algo semejante ocurre con determinadas situaciones en la infancia como disfunción familiar, padres sobreprotectores o autoritarios, generando la llamada vulnerabilidad psicológica, que hace más propensa a la población general a desarrollar trastorno de ansiedad como lo demuestra el estudio desarrollado en Colombia (11).

En Venezuela se estudió la probabilidad de que las mujeres embarazadas presenten depresión o ansiedad, determinando que si estas tienen una relación de pareja inestable presentarán un OR de 8,57 (IC 95%) de padecer ansiedad y OR de 6,55 (IC 95%) de padecer depresión (12). Sin embargo, no se tomó en cuenta la posibilidad de que estas pacientes presenten un aborto consecuente.

Sobre la base de las ideas expuestas, evidenciando los trastornos psiquiátricos que pueden estar presentes durante la gestación y la falta de estudios que los relacionen con la presencia de aborto, se planteó una investigación que tiene como objetivo general detectar patologías psiquiátricas en pacientes con diagnóstico de aborto incompleto. Además, los siguientes objetivos específicos: identificar perfil epidemiológico, diagnosticar las principales enfermedades psiquiátricas y otras condiciones que pudieran influir en la aparición de aborto.

METODOLOGÍA

Estudio clínico analítico, de tipo descriptivo y diseño transversal, en pacientes que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Licenciado José María Benítez de La Victoria, estado Aragua, Venezuela, entre los meses de abril hasta agosto del año 2019. La muestra estuvo conformada por 80 pacientes hospitalizadas en el mencionado, bajo el diagnóstico de aborto incompleto, bajo la autorización por escrito a los directivos de la institución, y a las pacientes bajo un consentimiento informado.

Se aplicó un interrogatorio en las primeras 24 horas de hospitalización, a través de un cuestionario de tipo cerrado, el cual constó de 52 preguntas divididas en cuatro áreas: datos sociodemográficos, antecedentes gineco obstétricos, estado emocional y antecedentes psiquiátricos, utilizándose la escala de estratificación social de Graffar (12) para obtener los datos sociodemográficos, la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (13) que explora los principales trastornos psiquiátricos del DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) y CIE 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) tal como: trastorno psicótico, episodio maniaco - hipomaniaco, episodio depresivo mayor,

trastorno distímico, trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia, fobia social, trastorno de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo, estado por estrés postraumático, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, dependencia de alcohol - abuso de alcohol, y dependencia - abuso de sustancias. Agrupados según el DSM-5 de la siguiente manera: espectro de la esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor, trastorno de la ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

Posteriormente se realizó la base de datos en Excel para analizar los resultados, que luego se exportó a Epi Info en su versión 3.5.4, donde se agruparon variables cuantitativas y cualitativas en tablas de frecuencia, calculando los

intervalos de confianza con una probabilidad de 95%, para su análisis se empleó la Prueba t de Student para diferencia de promedios de edad y prueba Chi cuadrado para las otras comparaciones. Considerando el nivel de significancia con valor p menor de 0,05

RESULTADOS

Desde el punto de vista demográfico, en la tabla 1 las 80 pacientes entrevistadas la edad promedio fue 25,9, 87,5% resultó ser mayor de edad, 34 (43,5%) procedentes del municipio José Félix Ribas, la mayoría (51%) de religión católica. E cuanto a su ocupación 33 (41,3%) Ama de casa, el estrato social predominante según la escala de estratificación social de Graffar (12) en pobreza crítica 39 (48,8%).

Tabla 1. Perfil sociodemográfico

		Frecuencia	%	IC95%
Edad ($\bar{x} \pm DE$)	25,9 $\pm$ 7,3			
Grupo edad	Menor de 18	10	12,5	6,2-21,8
	Mayor de 18	70	87,5	78,2-93,8
Estado civil	Casada	6	7,5	2,8-15,6
	Soltera	74	92,5	84,4-97,2
Procedencia	Bolívar	5	6,3	2,1-14
	Girardot	9	11,3	5,3-20,3
	José Ángel Lamas	1	1,3	0-6,8
	José Félix Ribas	34	42,5	31,5-54,1
	José Rafael Revenga	4	5	1,4-12,3
	Tovar	2	2,5	0,3-8,7
	Santiago Mariño	8	10	4,4-18,8
	Santos Michelena	3	3,8	0,8-10,6
	Sucre	7	8,8	3,6-17,2
	Otros	7	8,8	3,6-17,2
Religión	Católica	51	63,8	52,2-74,2
	Evangélica	18	22,5	13,9-33,2
	Testigo de Jehová	10	12,5	6,2-21,8
	Ninguna	1	1,25	0-6,8
Ocupación	Ama de casa	33	41,3	30,4-52,8
	Estudiante	13	16,3	8,9-26,2
	Obrera	13	16,3	8,9-26,2
	Profesional Universitario	9	11,3	5,3-20,3
	Otros	12	15	8-24,7
Graffar	I	2	2,5	0,3-8,7
	II	7	8,8	3,6-17,2
	III	30	37,5	26,9-49
	IV	39	48,8	37,4-60,2
	V	2	2,5	0,3-8,7

Con respecto a los antecedentes ginecoobstétricos (tabla 2), 14 (17,5%) tenían antecedente de aborto, 56 pacientes (70%) refirieron no usar métodos anticonceptivos, siendo el motivo más frecuente no desearlo con 26 reportadas (46,4%), 61 pacientes (76,3%) no planificaron quedar embarazadas.

De nuestra muestra, 8 pacientes (10%) tenían antecedentes psiquiátricos personales, de las cuales 6 (75%) tenían diagnóstico de episodio depresivo mayor, de éstas, sólo 5 (62,5%) manifestaron recibir tratamiento y 4 pacientes (5%) con antecedentes familiares.

Tabla 2. Antecedentes ginecoobstétricos y psiquiátricos.

		Fr	%	IC95%
Menarquia ($\square \pm DE$)	11,95 $\pm$ 1,4			
Sexarquia ($\square \pm DE$)	17,18 $\pm$ 2,8			
N° Parejas sexuales ($\square \pm DE$)	2,4 $\pm$ 1,5			
N° Gestas ($\square \pm DE$)	2,2 $\pm$ 1,4			
N° Partos	0,7 $\pm$ 1,1			
N° Cesáreas ($\square \pm DE$)	0,2 $\pm$ 0,6			
N° Abortos ($\square \pm DE$)	1,8 $\pm$ 0,5			
Uso de métodos anticonceptivo	Sí	24	30	20,3-41,3
	No	56	70	58,7-79,7
Tipo de método anticonceptivo	Anticonceptivos orales	7	29,2	12,6-51,1
	Coitus interruptus	6	25	9,8-46,7
	Dispositivo intrauterino	1	4,2	0,1-21,1
	Inyecciones	2	8,3	1,0-27
	Método de calendario	1	4,2	0,1-21,1
	Método de barrera	7	29,2	12,6-51,1
Razón de no uso de método anticonceptivo	Alto costo	14	25	14,4-38,4
	Desabastecimiento	3	5,4	1,1-14,9
	Falla del método	7	12,5	5,2-24,1
	No lo deseaba	26	46,4	33-60,3
	Planificación familiar	2	3,6	0,4-12,3
	Otros	3	5,4	1,1-14,9
Se realizó controles durante embarazo	Sí	46	57,5	45,9-68,5
Consumo de suplementos durante embarazo	Sí	40	50	38,9-68,5
Embarazo planificado	Sí	19	23,8	14,9-34,6
Deseo de haber quedado embarazada	Sí	61	76,3	65,4-85,1
Antecedente de enfermedad psiquiátrica	Sí	8	10	4,4-18,8
Tipo de enfermedad psiquiátrica padecida	Episodio depresivo mayor	6	75	34,9-96,8
	Trastorno psicótico	2	25	3,2-65,1
Tiempo desde última crisis	Más de 4 semanas	6	75	34,9-96,8
	Menos de 4 semanas	2	25	3,2-65,1
Consumo de medicamentos	Sí	5	62,5	24,5-91,5
Consumo de ansiolíticos de hipnóticos	Sí	1	12,5	0,3-52,7
Consumo de neurolépticos	Sí	5	62,5	24,5-91,5
Antecedente de enfermedad psiquiátrica en familiares	Sí	4	5	1,4-12,3
Grado de parentesco	Grado III	3	75	19,4-99,4
	Grado IV	1	25	0,6-80,6
Tipo de enfermedad psiquiátrica padecida por familiar	Trastorno psicótico	3	75	19,4-99,4
	Episodio depresivo mayor	1	25	0,6-80,6
Consumo de medicamentos por familiar	Sí	4	100	100-100
Paciente desconoce medicamento de familiar	Sí	4	100	100-100

La tabla 3 nos permite identificar, de 80 pacientes entrevistadas, 49 (61,3%) dieron positivo a algún tipo de patología psiquiátrica (PP). De las cuales 28 (35%) presentaban un trastorno depresivo (TD) siendo este el más frecuente, seguido de 25 (31,3%) con trastorno de ansiedad (TA), 9 (11,3%) casos de trastorno bipolar y otros trastornos relacionados (TB), 6 (7,5%) casos de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y trastornos relacionados

con trauma y factores de estrés (TE) respectivamente, en cuanto a los que reportaron menor frecuencia, espectro de la esquizofrenia (EE) con 4 (5%) casos, trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos (TS) con 3 (3,8%), trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (TI) 2 (2,5%), siendo trastornos disruptivos, del control de los impulsos y conducta (TC) el único espectro que no fue positivo en ninguna paciente.

Tabla 3. Trastornos psiquiátricos según DSM-5

	Frecuencia	%	IC95%*
Presencia de patologías psiquiátricas	49	61,3	49,7-71,9
Trastorno depresivo	28	35	24,7-46,5
Trastorno de ansiedad	25	31,3	21,3-42,6
Trastorno bipolar y trastornos relacionados	9	11,3	5,3-20,3
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	6	7,5	2,8-15,6
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	6	7,5	2,8-15,6
Espectro de la esquizofrenia	4	5	1,4-12,3
Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	3	3,8	0,8-10,6
Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos	2	2,5	0,3-8,7
Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y conducta	0	0	0

La tabla 4 muestra la media de edad de presentación de PP fue 27,2. El grupo entre 25-34 años reportó la mayoría de pacientes con PP. En cuanto al estado civil, hubo mayor ocurrencia en pacientes solteras, con un total de 45 (60,8%). Mientras que en la ocupación, las pacientes ama de casa, reportan 21 (63,6%) casos.

A su vez la escala de estratificación social de Graffar nos indicó que la mayoría de las pacientes son de clase IV, de las cuales 27 (69,2%) presentan alguna PP.

Con referencia al entorno social, hubo predominio de presencia de PP en la relación de pareja sentimental inestable con 13 casos (56,5%), y ausencia de apoyo de pareja, presentando un valor de 9 (52,9%).

En cuanto al apoyo de los padres, aquellas que no presentaron apoyo, reportaron presencia de PP en 3 (75%), al igual que 100% de las que referían no contar con apoyo materno (5 pacientes).

En la relación con los padres durante la infancia, hubo un predominio en aquellas que afirmaron tener padres sobreprotectores 19 (69,2%) y padres autoritarios con una ocurrencia 11 (64,7%). Finalmente, de las pacientes que no contaban con apoyo de familiares cercanos, 9 (69,2%) de estas presentaban alguna PP.

En la tabla 5 se observa, que de las 25 pacientes con TA, la edad media fue 29 años, una diferencia amplia en comparación con las pacientes sin trastorno que tenían una edad media de 24,6 años

En cuanto a la ocupación, hubo porcentaje similar entre las pacientes con TA que eran profesionales universitarios, 4 casos (42,4%) y las que eran ama de casa 14 (44,4%), en comparación a las que no presentaban dicho trastorno.

Respecto a la escala de estratificación social de Graffar, en la clase II hubo mayor porcentaje de pacientes con trastornos de ansiedad 57,1%.

Tomando en cuenta el aspecto familiar, aquellas pacientes que no tuvieron apoyo materno, la mayoría presentó TA, con un número de 4 (80%) pacientes. De igual manera, aquellas pacientes que referían tener padres sobreprotectores, 13 (56,5%) fueron positivas para el trastorno

En cuanto al factor de no haber deseado el embarazo, 9 (47,4%) presentaban un TA.

Por último, se evidenció que, de las pacientes con TA, 48% presentó cambios de humor, predominando el enojo con 44,4%.

Tabla 4. Factores relacionados con presencia de patologías psiquiátricas.

	Presencia de patologías psiquiátricas n=49	Sin presencia de patologías psiquiátricas n=31	p
Edad ($\bar{x} \pm DE$)	27,2(7,9)	24(5,9)	0,0581
Grupo edad			
13-17	5(62,5)	3(37,5)	0,532
18-24	16(51,6)	15(48,4)	
25-34	20(66,7)	10(33,3)	
35>	8(72,7)	3(27,3)	
Estado civil			
Casada	4(66,7)	2(33,3)	0,777
Soltera	45(60,8)	29(39,2)	
Ocupación			
Ama de casa	21(63,6)	12(36,4)	0,7801
Estudiante	7(53,8)	6(46,2)	
Obrera	7(53,8)	6(46,2)	
Profesional universitario	7(77,8)	2(22,2)	
Otros	7(58,3)	5(41,7)	
Graffar			
I	1(50)	1(50)	0,2216
II	6(85,7)	1(14,3)	
III	14(46,7)	16(53,3)	
IV	27(69,2)	12(30,8)	
V	1(50)	1(50)	
Relación con pareja sentimental			
Estable	36(63,2)	21(36,8)	0,4986
Inestable	13(56,5)	10(43,5)	
Apoyo de pareja			
Sí	40(63,5)	23(36,5)	0,4281
No	9(52,9)	8(47,1)	
Apoyo de los padres			
Sí	31(62)	19(38)	0,162
No	3(75)	1(25)	
Solo la madre	10(47,6)	11(52,4)	
Solo el padre	5(100)	0(0)	
Relación con los padres durante la infancia			
Autoritarios	11(64,7)	6(35,3)	0,0116
Negociadores	5(83,3)	1(16,7)	
Pasivos	7(53,8)	6(46,2)	
Permisivos	7(33,3)	14(66,7)	
Sobrep protectores	19(82,6)	4(17,4)	
Apoyo de familiares cercanos			
Sí	40(59,7)	27(40,3)	0,5186
No	9(69,2)	4(30,8)	

Tabla 5. Factores relacionados con presencia de trastorno de ansiedad

	Presencia de trastornos de la ansiedad n=25	Sin presencia de trastornos de la ansiedad n=55	p
Edad ($\bar{x} \pm DE$)	29(9,2)	24,6(5,8)	0,0095
Ocupación			
Ama de casa	14(42,4)	19(57,6)	0,1304
Estudiante	2(15,4)	11(84,6)	
Obrera	4(30,8)	9(69,2)	
Profesional universitario	4(44,4)	5(55,6)	
Otros	1(8,3)	11(91,7)	
Graffar			
I	1(50)	1(50)	0,1847
II	4(57,1)	3(42,9)	
III	5(16,7)	25(83,3)	
IV	14(35,9)	25(64,1)	
V	1(50)	1(50)	
Apoyo de los padres			
Sí	16(32)	34(68)	0,0696
No	1(25)	3(75)	
Solo de la madre	4(19)	17(81)	
Solo del padre	4(80)	1(20)	
Relación con padres durante la infancia			
Autoritarios	5(29,4)	12(70,6)	0,0168
Negociadores	1(16,7)	5(83,3)	
Pasivos	4(30,8)	9(69,2)	
Permisivos	2(9,5)	19(90,5)	
Sobreprotectores	13(56,5)	10(43,5)	
Deseo de haber quedado embarazada			
Sí	16(26,2)	45(73,8)	0,0825
No	9(47,4)	10(52,6)	
Cambios de humor durante la gestación			
Sí	12(27,3)	32(72,7)	0,3961
No	13(36,1)	23(63,1)	
Sentimiento predominante durante gestación			
Enojo	8(44,4)	10(55,6)	0,2993
Felicidad	1(25)	3(75)	
Miedo	1(12,5)	7(87,5)	
Preocupación	1(11,1)	8(88,9)	
Tristeza	1(20)	4(80)	

La tabla 6 permite observar en el perfil de ocupación de las 28 pacientes con TD, 35,7% eran ama de casa. En cuanto al estrato socioeconómico y TD, predominaron las pacientes pertenecientes a clase IV 60,7%. En contraposición, 5 (71,4%) de Graffar II presentan TD. En la relación con pareja sentimental, las que referían relación ocasional representaban 45,5%. Asimismo, el apoyo de los padres, de las pacientes que sólo recibieron apoyo paterno 60% presentó TD, y con respecto a las que no recibieron apoyo de ninguno de los dos padres el 50% presentó dicho trastorno. Por otra

parte, las que refirieron padres sobreprotectores 10 (43,5%) presentaban TD. Adicionalmente 23 (82,1%) de las pacientes que no planificaron su embarazo presentaron TD. De las pacientes que presentaron TD, 57,1% manifestaron cambios de humor durante el embarazo, el humor predominante fue el enojo, 10 (62,5%) casos. 16 pacientes (57,1%) con TD manifestaron problemas para dormir y 12 (42,8%) pérdida de apetito. La media de semana de finalización de la gestación en pacientes con TD fue 9,7 en contraste, 10,7 de las que no presentaron dicho trastorno.

Tabla 6. Factores relacionados con presencia de trastorno de ansiedad

		Presencia de trastornos depresivos n=28	Sin presencia de trastornos depresivos n=52	p
Ocupación	Ama de casa	10(30,3)	23(69,7)	0,8265
	Estudiante	4(30,8)	9(69,2)	
	Obrera	6(46,2)	7(53,8)	
	Profesional universitario	4(44,4)	5(55,6)	
	Otros	4(33,3)	8(66,7)	
Graffar	I	0(0)	2(100)	0,0332
	II	5(71,4)	2(28,6)	
	III	6(20)	24(80)	
	IV	17(43,6)	22(56,4)	
	V	0(0)	2(100)	
Relación con pareja sentimental				
	Estable	19(33,3)	38(66,7)	0,7361
	Ocasional	5(45,5)	6(54,5)	
	Ausente	4(33,3)	8(66,7)	
Apoyo de los padres	Sí	17(34)	33(66)	0,5373
	No	2(50)	2(50)	
	Solo de la madre	6(28,6)	15(71,4)	
	Solo del padre	3(60)	2(40)	
Relación con los padres durante la infancia		6(35,3)	11(64,7)	0,2127
	Autoritarios			
	Negociadores	4(66,7)	2(33,3)	
	Pasivos	4(30,8)	9(69,2)	
	Permisivos	4(19)	17(81)	
	Sobreprotectores	10(43,5)	13(56,5)	
Planificación del embarazo	Sí	5(26,3)	14(73,7)	0,3634
	No	23(37,7)	38(62,3)	
Deseo de haber quedado embarazada	Si	20(32,8)	41(67,2)	0,4571
	No	8(42,1)	11(57,9)	
Presencia de cambios de humor durante la gestación	Sí	16(36,4)	28(63,6)	0,7774
	No	12(33,3)	24(66,7)	
Sentimiento predominante durante la gestación				
	Enojo	10(55,6)	8(44,4)	0,0933
	Felicidad	0(0)	4(100)	
	Miedo	1(12,5)	7(87,5)	
	Preocupación	4(44,4)	5(55,6)	
	Tristeza	1(20)	4(80)	
Problemas para dormir durante la gestación				
	Sí	16(45,7)	19(54,3)	0,0764
	No	12(26,7)	33(73,3)	
Pérdida de apetito durante la gestación				
	Sí	12(42,9)	16(57,1)	0,2796
	No	16(30,8)	36(69,2)	
Semana de finalización de gestación	(□±DE)	9,7(3,2)	10,7(3,4)	0,2123

DISCUSIÓN

En nuestro estudio 61,3% de las pacientes entrevistadas presentaron patología psiquiátrica (PP), este alarmante porcentaje es comparable al estudio previo de Gómez-López et al. (9), donde hallaron 99,2% de gestantes de alto riesgo obstétrico con algún tipo de alteración psiquiátrica, del mismo modo el trabajo de Guimarães et al. (13), quienes sugirieron la presencia de enfermedad mental en 31,9% de gestantes estudiadas.

Con respecto a la ocupación, las pacientes con trabajo no remunerado, en su mayoría (62,6%) presentó PP, al igual que las estudiantes 53,8%. Así mismo del total de pacientes solteras, 60,8% presentó PP. Estos resultados son semejantes a los descritos por Guimarães et al. (13), en el que las amas de casa, estudiantes y solteras presentaban en la mayoría de los casos algún trastorno mental.

En nuestra investigación se logró evidenciar que el entorno social influye como factor de riesgo en la presencia de PP, estando presentes en 69,2% de pacientes que no contaban con apoyo de familiares cercanos, 56,5% con relación de pareja sentimental inestable, 52,9% en ausencia de apoyo de pareja, 75% en ausencia de apoyo de los padres, al igual que 100% de las que referían no contar con apoyo materno. Difiriendo con Guimarães, et al. (13), que en su estudio no relacionaron la ausencia de apoyo familiar con la presencia de enfermedad mental en el embarazo.

En la relación con los padres durante la infancia, hubo predominio de PP, en aquellas que afirmaron tener padres sobreprotectores 69,2% y padres autoritarios 64,7% en concordancia con las observaciones de Delgado et al. (10), donde establecen que ambos estilos de crianza generan rasgos de ansiedad y depresión, que pueden mantenerse y desarrollar posteriormente un trastorno en la adultez.

En congruencia, con los hallazgos de Luna-Matos et al. (8), que del total de los casos, 40% de gestantes presentó depresión (TD); los TD (episodio depresivo mayor y trastorno distímico) fueron las PP más frecuentes en nuestro análisis 35%.

En las 28 pacientes con TD, los factores de riesgo que mostraron predilección a la asociación fueron la ocupación en el caso de las que laboraban como obreras y profesionales universitarias, el estrato social clase II, ausencia o inestabilidad de pareja y disfunción familiar, algo muy comparable con lo encontrado en el estudio de Borda-Pérez et al. (7)

Un factor importante a resaltar, de las 28 pacientes con TD, 37,7% no planificaron su embarazo, dato similar al estudio de Luna-Matos et al. (8). Por otra parte, 42,1% no deseaban quedar embarazadas, presentando cambios de humor predominando hacia el enojo 55,6% y referían problemas para dormir 45,7% de los casos.

De nuestra muestra, 50% de las pacientes que tenían antecedente de aborto, presentaban un TD, Borda-Pérez et al. (7), indicaron en su estudio un porcentaje menor, 36,4% de las gestantes con antecedente de aborto anterior, presentó TD.

En segundo lugar, los TA (trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia, fobia social, trastorno de pánico) representaron 31,3% de la muestra, siendo más frecuente en mujeres cuya edad media fue 29 años (intervalo p 0,0095), en comparación con las pacientes sin trastorno, con edad media 24,6 años. En la esfera sociodemográfica, 44,4% desempeñaban como amas de casa y 42,4% eran profesionales universitarias con predominio de la clase social II, 57,1%, en relación con los resultados obtenidos por Parreira et al. (6), la edad media fue 33 años, de las cuales 55,7% desempeñaban actividades domésticas.

Al evaluar el factor de no haber deseado el embarazo 47,4%, presentaban TA, concordando con el aumento del OR: 1,63 (IC 95%), presentado en el estudio previo de Díaz, M et al (11). Es también relevante que aquellas que manifestaron cambios de humor durante el embarazo, 44,4% presentó TA.

En cuanto el entorno familiar, aquellas pacientes que no tuvieron apoyo materno, 80% presentó TA, concordando con Gómez-López et al. (9) De manera que la falta de apoyo social, ya sea de la pareja, amigos y familiares impacta en el estado emocional, generando con frecuencia manifestaciones ansiosas o depresivas.

En referencia a los antecedentes de esta investigación y sobre la base de análisis de los resultados, se propone atender la salud mental de las pacientes que acuden al servicio de Ginecología y Obstetricia, tanto a las gestantes, como a las que ingresan bajo el diagnóstico de aborto, asimismo en la red de atención primaria en salud fomentar durante el control prenatal la integración del núcleo familiar, relación con la pareja y orientación durante el período de la gestación.

Bajo este punto de vista queda en evidencia la importancia de la atención oportuna y seguimiento a las pacientes con antecedentes de PP durante el período gestacional, previniendo las repercusiones que pueda ocasionar sobre la salud materno-fetal, al mismo tiempo evitando la exacerbación de estas patologías por influencia de la gravidez.

En base a lo anteriormente expuesto determinamos que la presencia de ciertos factores debe orientar la necesidad de descartar PP, de los cuales resaltan: pareja inestable, estrato social Graffar clase II, ausencia de apoyo materno, haber tenido padres negociadores o sobreprotectores durante la infancia, no haber deseado el embarazo, haber presentado sentimientos de enojo o preocupación durante la gestación, dificultad para dormir, antecedente de aborto y complicaciones durante la gestación.

CONCLUSIONES

En conclusión, las pacientes con mayor edad tienen mayor riesgo de desarrollar PP. Pudiendo decir que el tipo de crianza (padres sobreprotectores y padres autoritarios) incrementa la presencia de PP, predominando en el estrato socioeconómico de las clases sociales I y II (clase alta y clase media alta).

Uno de los componentes más importantes identificados en la población estudiada es que la ausencia de apoyo de los padres puede actuar como factor de riesgo para manifestar PP, se evidenció PP en la totalidad de pacientes que tenían únicamente apoyo paterno.

En contraposición la relación estable con la pareja sentimental y el apoyo de ambos padres actuó como factor protector para TD.

RECOMENDACIONES

A nuestro juicio se debe incluir la evaluación de la esfera psiquiátrica como parte del control prenatal.

Orientación de las pacientes sobre un estilo de vida saludable. Fomentar integración del núcleo familiar, así como el apoyo de pareja.

Realizar despistaje de patología psiquiátrica en pacientes con alto riesgo obstétrico por la mayor exposición a factores estresores.

Capacitación del personal de salud de primer contacto.

Manejo en conjunto del servicio de psiquiatría y ginecoobstetricia en vista de los constantes cambios que atraviesan estas pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Valencia C M. Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día mundial de la salud mental 2007. Salud mental. 2007 Marzo; 30(2): p. 75-80.
- Franco C, Goikolea JM, García-Esteve L, Imaz ML, Bernabarré A, Vieta E. Tratamiento de los trastornos mentales en la mujer embarazada. JANO Extra de Octubre 2008. 2008;(1.714).
- Asamblea Mundial de la Salud, OMS. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. In ; 2013.
- PAHO. www.paho.org. [Online].; 2015 [cited 2019 Mayo 15. Available from: https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=710-boletin-informativo-el-aborto-un-problema-de-saludpublica&category_slug=datos-y-estadisticas&format=html&Itemid=235.
- Sugiura-Ogasawara M, Furukawa TA, Nakano Y, Hori S, Aoki K, Kitamura T. Depression as a potential causal factor in subsequent miscarriage in recurrent spontaneous aborters. Human Reproduction. 2002 Octubre 1; 17(10): p. 2580-2584.
- Parreira B, Guolart BF, Haas VJ, Silva SR, Monteiro JD, Gomes-Sponholz FA. Common mental disorders and associated factors: a study of women from rural area. Rev Esc Enferm USP. 2017; 51(e03225).
- Borda-Pérez M, Forero C, Ahcar Cabarcas N, Hineirosa C, Polo Lobo S, Staaden Garavito M, et al. Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte. 2013; 29(3): p. 394-405.
- Luna-Matos ML, Salinas Piélagos J, Luna Figueroa A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Rev Panam Salud Pública. 2009 Octubre; 26(4): p. 310-314.
- Gómez López ME, Aldana Calva E. Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. Psicología y Salud. 2007 Enero-Julio; 17(1): p. 53-61.
- Delgado-Morales LM, Góez Jascón M. www.vitela.javerianacali.edu.co. [Online]. Cali; 2015 [cited 2019 12 13. Available from: <http://vitela.javerianacali.edu.co/handle/11522/3311>.
- Díaz M, Amato R, Chávez JG, Ramírez M, Rangel S, Rivera L, et al. Depresión y ansiedad en embarazadas. Rev.Salus.UC. 2013 Agosto; 17(2): p. 32-40.
- Mendez-Castellano H. Sociedad y estratificación: método Graffar-Méndez Castellano. Fundacredesa. 1994;; p. 1-206.
- Guimarães FJ, Santos F, Leite A, Holanda V, Sousa G, Perrelli J. Enfermedad mental en mujeres embarazadas. Enferm Glob. 2018 Diciembre; 18(1): p. 499-534.