

Artículo original

Evaluación de la sintomatología psicológica en mujeres con embarazo de alto riesgo

Evaluation of the Psychological Symptoms in Women with High Risk Pregnancy *Avaliação de sintomas psicológicos em mulheres com gravidez de alto risco*

Sofía Arroyo-Guadarrama,* Ariel Vite-Sierra,* Armando Córdova-Barrios**

Resumen

Objetivo: evaluar las características psicológicas y presencia de sintomatología ansiosa, depresiva y malestar psicológico, en mujeres con embarazos de alto riesgo con y sin antecedentes de pérdidas perinatales. **Material y métodos:** estudio retrospectivo, comparativo y transversal. Se seleccionó por conveniencia una muestra de 114 mujeres que asistían al Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, a las cuales se les aplicaron los siguientes instrumentos: cuestionario de depresión de Beck (BDI), Inventario de ansiedad rasgo-estado de Spielberg (IDARE) y cuestionario general de salud de Goldberg (30 reactivos). **Resultados:** al comparar el grupo que sufrió pérdidas contra el grupo que no las tuvo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de los instrumentos empleados, sin embargo, encontramos una pequeña diferencia clínica entre ambas muestras. **Conclusiones:** en el caso de embarazos de alto riesgo, la diferencia entre los perfiles psicológicos de las mujeres con pérdida perinatal y aquéllas sin dicho antecedente fue marginal en lo que respecta al nivel de depresión y ansiedad, sin que dicha diferencia fuera estadísticamente significativa. El malestar psicológico parece presentarse de la misma forma en los dos grupos; probablemente, los perfiles psicológicos en ambos casos pudieron estar influidos por la condición de riesgo. Es importante que el médico familiar realice una valoración inicial sobre el estado de ánimo y la sintomatología ansiosa de las pacientes embarazadas.

Summary

Objective: to evaluate the psychological characteristics and presence of anxious, depressive symptomatology and psychological distress in women with high-risk pregnancies with and without a history of perinatal loss. **Material and methods:** retrospective, comparative and cross-sectional study. It was selected a sample of 114 women who attended the National Institute of Perinatology “Isidro Espinosa de los Reyes”, to who it was applied the following instruments: Beck Depression Interview (BDI), State Trait Anxiety Inventory of Spielberg (IDARE) and the Goldberg General Health Questionnaire (30 questions). **Results:** when comparing the group that suffered losses against

the group who did not have them, there were no statistically significant differences in the scores of the instruments used; however, it was found a little clinical difference among both samples. **Conclusions:** in the case of high-risk pregnancies, the difference between the psychological profiles of women with perinatal loss and those without this antecedent was marginal with respect to the level of depression and anxiety, without such difference was statistically significant. Psychological discomfort seems to arise in the same way in both groups; probably, the psychological profiles in both cases could be influenced by the condition of risk. It is important that the Family physician make an initial evaluation of the mood and anxiety of pregnant women.

Resumo

Objetivo: avaliar as características psicológicas e a presença de sintomas de ansiedade, depressão e sofrimento psíquico em mulheres com gravidez de alto risco, com e sem uma história de perda perinatal. **Material e métodos:** estudo retrospectivo, comparativo, transversal. Foi selecionada uma amostra por conveniência de 114 mulheres atendidas pelo Instituto Nacional de Perinatologia “Isidro Espinosa de los Reyes”, em que foram aplicados os seguintes instrumentos: questionário Beck Depression (BDI), traço de ansiedade inventário-status Spielberg (IDARE) e Questionário de Saúde Geral de Goldberg (30 itens). **Resultados:** ao comparar o grupo que sofreu perdas em relação ao grupo que não as teve, não se observaram diferenças significativas nos esco-

Palabras clave: malestar psicológico, ansiedad, depresión, embarazo de alto riesgo, pérdida perinatal

Key words: psychological distress, anxiety, depression, high risk pregnancy, perinatal loss

Palavras chave: malestar psicológico, ansiedade, depressão, gravidez de alto risco, perda perinatal

Recibido: 11/6/14

Aceptado: 4/8/14

*Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). **Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”

Financiamiento:
Beca Nacional Conacyt
No. 349622

Correspondencia:
Sofía Arroyo-Guadarrama
bolarraya@hotmail.com

Este artículo debe citarse: Arroyo-Guadarrama S, Vite-Sierra A, Córdova-Barrios A. Evaluación de sintomatología psicológica en mujeres con embarazo de alto riesgo. Aten Fam. 2014;21(4):113-116.

res dos instrumentos utilizados. Foi porem, observada, uma pequena diferença clínica entre as duas amostras. **Conclusões:** no caso de gravidezes de alto risco, a diferença entre os perfis psicológicos de mulheres com perda perinatal e naqueles sem história de perdas, foi marginal em relação ao nível da depressão e ansiedade, sem que esta diferença fosse estatisticamente significativa. O sofrimento psicológico parece ocorrer da mesma forma em ambos os grupos; provavelmente, os perfis psicológicos, em ambos os casos, pode ter sido influenciada pelo estado de risco. É importante que o médico de família realize inicialmente uma avaliação sobre o estado de ânimo e a sintomatologia ansiosa das pacientes grávidas.

Introducción

El embarazo presenta retos fisiológicos y psicológicos tanto para las mujeres en este estado, como para los médicos que las atienden.¹ Las mujeres embarazadas experimentan un estrés considerable cuando se enfrentan a cambios físicos y emocionales que se producen durante la gestación, así como una variedad de emociones ambivalentes, miedo respecto a su capacidad para hacer frente a la maternidad o incapacidad para adaptarse al embarazo.²

Se estima que alrededor de 20% de los embarazos son de alto riesgo y esto ocasiona aproximadamente 80% de los resultados perinatales adversos como el bajo peso al nacer y que el producto sea prematuro -causas significativas de morbilidad infantil-. Se han identificado una serie de factores que representan mayor riesgo de tener niños con bajo peso al nacer, parto prematuro o pérdidas perinatales; entre ellas están: edad materna joven, pobreza, *Diabetes mellitus*, hipertensión, placenta previa, falta de acceso a cuidados prenatales adecuados, consumo de tabaco, ingesta de alcohol y exposición a riesgos ocupacionales.³

Adicionalmente, las mujeres con embarazos de alto riesgo sufren malestar psicológico como respuesta a la necesidad de adaptarse a su nueva condición, que se manifiesta a través de sintomatología ansiosa

y depresiva. La ansiedad se experimenta en relación con la salud física del futuro bebé y los cambios de estilo de vida que esto conlleva.^{2,4} El estrés, en este contexto, es un estado en el que una mujer embarazada puede caer, al percibir que su bienestar está en peligro. La depresión se da como un intento de ajuste a la situación transitoria a través de oscilaciones en el estado de ánimo, mayor labilidad e hipersensibilidad emocional, pesimismo, preocupación e interés significativo por su salud, lo que puede manifestarse mediante quejas somáticas.^{5,6}

Las mujeres con embarazos de alto riesgo muestran un nivel significativamente alto de estrés, emociones negativas y sintomatología depresiva respecto a las mujeres con embarazos normales.^{7,8} Estudios previos han reportado sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres embarazadas que han tenido pérdidas perinatales,^{5,9-10} es decir, aquellas que han experimentado tales pérdidas llegan a sus embarazos con mayores niveles de angustia psicológica^{11,12} y ansiedad,¹³⁻¹⁵ incluso, presentan síntomas compatibles con estrés postraumático.^{13,16-17}

Tomando en consideración las consecuencias que tienen el malestar psicológico y la sintomatología ansiosa y depresiva en el proceso del embarazo; así como los escasos estudios que existen en nuestro medio, el objetivo de este trabajo fue investigar la frecuencia de depresión, ansiedad y de malestar psicológico en mujeres con embarazos de alto riesgo y pérdidas perinatales recurrentes.

Material y métodos

Tipo de estudio: transversal, descriptivo y comparativo. Se seleccionó a 114 pacientes del Instituto Nacional de Perinatología (INPER), instituto de tercer nivel de atención para mujeres con trastornos relacionados a la etapa perinatal, que acudían a sus controles prenatales en el área de consulta externa. El muestreo fue no probabilístico, se incluyó a las pacientes con antecedentes de pérdidas perinatales y sin dichos antecedentes. Se explicó a las pacientes el objetivo del estudio y de los instrumentos, posteriormente, firmaron un formato de consentimiento informado en el

que se explicó que su colaboración era estrictamente voluntaria y que podrían declinar su participación sin problemas o consecuencias como beneficiarias de los servicios del Instituto o de cualquier otra naturaleza; y se les aclararon todas sus dudas. A continuación se les entregaron los cuestionarios; cuando las pacientes devolvieron los instrumentos, se les preguntó nuevamente si tenían alguna duda sobre la claridad de los reactivos. Finalmente, se les despidió y agradeció su colaboración.

Se llevó a cabo un análisis de varianza utilizando el programa estadístico SPSS 18.

El proyecto fue evaluado por el Comité de Investigación y el Comité de Ética del Instituto; registrado con el número PR10-04-05 por el Departamento de Investigación del INPER.

Las puntuaciones de los protocolos de acuerdo con estudios previos: BDI (depresión): entre 0 y 9, se consideró nula o mínima; entre 10 y 16, leve; de 17 a 29 moderada; y de 30 a 63, severa.¹⁸ Para IDARE (ansiedad estado-rasgo): la puntuación entre 20 y 31, se tomó como mínima; de 32 a 43, leve; de 44 a 55, moderada; y de 56 en adelante, grave. En cuanto al cuestionario general de salud de *Goldberg* (malestar psicológico): se estimó el mínimo con menos de 8 puntos; leve, entre 8 y 14; moderado, de 15 a 21 puntos; y grave, cuando la puntuación fue superior a 22 puntos.¹⁹

Resultados

En la tabla 1 se puede observar que las variables sociodemográficas de ambos grupos son muy similares, el nivel socioeconómico se consideró de acuerdo con el nivel asignado por el Departamento de Trabajo Social del INPER.

Al no encontrar diferencias en los perfiles sociodemográficos de las muestras, se infiere que dichas variables no explican la diferencia entre los grupos, en esta muestra en particular.

A fin de determinar las diferencias en los instrumentos aplicados en ambos grupos, se llevó a cabo un análisis de varianza de un factor. En todos los casos, las medias de la muestra de pérdidas eran ligeramente mayores a las de la muestra sin pérdidas, sin embargo, las diferencias no resultaron ser estadísticamente significativas.

Las variables de ansiedad, depresión y malestar psicológico se recodificaron tomando en consideración el nivel de gravedad, de acuerdo con estudios previos que han realizado la misma clasificación, información que se presenta en la tabla 2. De este modo se observaron diferencias entre ambos grupos, por ejemplo, en el caso de sintomatología depresiva, el porcentaje de mujeres con antecedentes de pérdidas perinatales presentó una frecuencia mayor de depresión leve, moderada y grave que las mujeres sin tal antecedente; en ansiedad estado y ansiedad rasgo se repitió la misma tendencia; además, se encontró una frecuencia mayor de sintomatología ansiosa, que de sintomatología depresiva. Finalmente, en el caso del malestar psicológico, las diferencias no fueron notables y la mayoría de las mujeres mostraron niveles mínimos de malestar.

Discusión

Los resultados de este estudio indican que los perfiles obtenidos en ambos grupos fueron similares y sin diferencias estadísticamente significativas en los puntajes, lo que podría deberse a que la condición de embarazo de alto riesgo influye en la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, habida cuenta de que cursar con este tipo de embarazo implica la posibilidad de perder al producto. Ante este panorama, los dos grupos estudiados podrían asimilarse.

Diversos estudios han señalado la manifestación de sintomatología ansiosa, depresiva y de malestar psicológico en mujeres con embarazos de alto riesgo.^{5,20} De lo revisado en la literatura, no se encontraron estudios que indagaran diferencias en mujeres con embarazos de alto riesgo con y sin el antecedente de pérdidas perinatales; de esta forma, si bien en ambos casos se han estudiado las diferencias entre mujeres con y sin embarazos de alto riesgo, y entre mujeres con y sin antecedentes de pérdidas perinatales,¹⁵ no identificamos alguno que comparara estos grupos.

Los puntajes fueron ligeramente mayores en el caso de quienes experimentaron pérdidas, pero las diferencias no fueron muy

Tabla 1. Datos sociodemográficos

Descriptivos		Sin pérdidas (N=58)		Con pérdidas (N=56)	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Hijos:	Sí	46	79.3	22	60.7
	No	12	20.7	34	39.3
Estado civil:	Casada	29	50	26	46.4
	Unión libre	21	36.2	21	37.5
	Soltera	8	13.8	9	16.1
Ocupación:	Ama de casa	52	89.7	46	82.1
	Empleada	3	5.2	6	10.7
	Profesionista	1	1.7	1	1.8
	Comerciante	1	1.7	2	3.6
	Estudiante	1	1.7	1	1.8
Nivel socioeconómico:	Bajo	8	13.8	8	14.3
	Medio bajo	32	55.2	32	57.1
	Medio	15	25.9	13	23.2
	Medio alto	3	5.2	2	3.6
	Alto	0	0	1	1.8
Educación:	Primaria	1	1.7	1	1.8
	Secundaria	15	25.9	13	23.2
	Bachillerato/ Carrera técnica	25	43.1	29	51.8
	Licenciatura	16	27.6	12	21.4
	Posgrado	1	1.7	1	1.8
Edad:					
Rango		18-44		20-47	
Media		31.19		32.32	
Mediana		31.50		33	
Moda		24		35	

grandes. El embarazo de alto riesgo, por sí mismo, implica un peligro tanto para la mujer como para la viabilidad producto, esta podría ser una de las razones por las cuales, si se hallaron ligeras diferencias entre los grupos, no fueron significativamente diferentes.

Si observamos los resultados correspondientes a los niveles de significación clínica, entonces sí encontramos una tendencia a mayor gravedad en la manifestación de sintomatología ansiosa y depresiva en las mujeres con pérdidas perinatales previas, parece que la gravedad del trastorno es mayor en las mujeres con antecedente de pérdida perinatal. La sintomatología más elevada fue la de ansiedad-estado, que denota una presencia de síntomas de acuerdo con la situación del momento vital en que se en-

cuentran las pacientes; en este caso, fue aún mayor en las pacientes con pérdidas.

En la variable de malestar, que se define como un conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso y que no puede agruparse en una condición sintomática,⁵ encontramos una frecuencia más bien baja en la que entre 76% (sin pérdidas) y 71% (con pérdidas) mostró sintomatología mínima y sólo 4%, en el caso de pérdidas, reportó sintomatología severa. Al parecer, no fue una variable de importancia en esta muestra en particular.

En estudios previos se han reportado resultados adversos en embarazos de mujeres con sintomatología ansiosa y depresiva. En el caso de depresión, se han encontrado:

Tabla 2. Sintomatología presente

	Sin pérdida		Con pérdida	
	N = 58		N = 56	
BDI (depresión)				
Mínimo	37	64%	26	46%
Leve	12	21%	15	27%
Moderado	8	14%	13	23%
Grave	1	2%	2	4%
IDARE AE (ansiedad estado)				
Mínimo	15	26%	15	27%
Leve	28	48%	19	34%
Moderado	9	16%	15	27%
Grave	6	10%	7	13%
IDARE AR (ansiedad rasgo)				
Mínimo	20	34%	14	25%
Leve	25	43%	20	36%
Moderado	8	14%	13	23%
Grave	5	9%	9	16%
CGS (cuestionario general de salud Goldberg)				
Mínimo	44	76%	40	71%
Leve	9	16%	12	21%
Moderado	5	9%	2	4%
Grave	0	0%	2	4%

desnutrición materna, baja disposición para cumplir con las recomendaciones médicas,²¹ conductas adictivas, incremento en el parto por cesárea, mayor prevalencia de internamiento de bebés en unidades de cuidado intensivo neonatal,²² mayor frecuencia de partos prematuros, de recién nacidos con bajo peso al nacer, lactantes con retraso psicomotor y con temperamento difícil,²³ y preeclampsia.²⁴

La ansiedad debe ser considerada debido a que se ha encontrado una disminución de las contracciones uterinas en quienes la padecen, incrementando así la incidencia de parto por cesárea;²² al parecer se afecta el desarrollo neuronal del feto, así como el funcionamiento adecuado del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, lo cual podría incrementar la vulnerabilidad biológica al estrés.²³ Otros riesgos encontrados son: depresión posparto, ansiedad posparto e incremento de malestares somáticos durante el embarazo, puntuaciones menores en la escala APGAR, infantes con temperamento difícil y preeclampsia.²⁵

En este estudio encontramos una frecuencia de ansiedad y depresión importante;

más de dos tercios de las pacientes presentaron sintomatología ansiosa por encima del rango mínimo y poco menos de la mitad, sintomatología depresiva de leve a grave. Sería importante detectar específicamente la depresión y la ansiedad en mujeres con embarazo de alto riesgo, tarea que podría realizar desde el inicio el médico familiar al ser el primer contacto con la mujer embarazada.

Como limitaciones de este estudio pueden mencionarse que no se pudieron delimitar los perfiles de las mujeres que no respondieron a los instrumentos, por tanto, carecemos de elementos que nos permitan arribar a conclusiones en estos casos; además, no se consideraron las diferentes situaciones de riesgo perinatal, más allá del antecedente de pérdidas, lo que deja fuera del análisis condiciones especiales que podrían ser importantes, como pueden ser las condiciones premórbidas que en algunos casos determinan el que sea considerado embarazo de alto riesgo. Recomendamos se realice un estudio más detallado, ponderando diferentes situaciones de riesgo, para obtener perfiles más característicos y poder realizar recomendaciones más puntuales sobre el manejo clínico de estas pacientes.

Referencias

1. Van den Berg M, Glover M. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: Links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*. 2005;(29):237-58.
2. Hayes BA, Muller R, Bradley BS. Perinatal depression: a randomized controlled trial of an antenatal education intervention for primiparous. *Birth*. 2001;(28):28-35.
3. Donoso BB, Oryazum EE. Embarazo de Alto Riesgo. *Páctica Clínica [Internet]*. 2012;XII(5). Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/medwave/puestadia/Practica/5429>.
4. Cantwell R, Cox JL. Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Current Obstetrics and Gynecology*. 2003;(13):7-13.
5. Gomez LME, Aldana CE. Alteraciones psicológicas de la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud*. 2007;(17):53-61.
6. Kossakowska PK, Waleckka MK. Psychological causative factors in postpartum depression amongst women with normal and high risk pregnancies. *Ginekologia Polska*. 2007;(78):544-8.
7. Pesavento F, Marconcini E, Drago D. Quality of life and depression in normal and high risk pregnancy. Analysis of a sample of 100 women and in high risk pregnancy. *Minerva ginecologica*. 2005;57(4):51-60.

8. Wisborg K, Barklin A, Hedegaard M, Henriksen TB. Psychological stress during pregnancy and stillbirth: prospective study. *An international journal of obstetrics and gynecology*. 2008;(115):882-5.
9. Cougle J, Reardon DC, Coleman PK. Depression Associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort. *Medical Science Monitor*. 2003;9(4):157-64.
10. Gaudet C. Pregnancy after perinatal loss: association of grief, anxiety and attachment. *Journal of reproductive and infant psychology*. 2010;28(3):240-51.
11. Cote Arsenault D, Donato S, Earl K. Watching and worrying: Early pregnancy after loss experiences. *Maternal child nursing*. 2006;31(6):356-63.
12. Huges P, Turton P, Hopper E, Mc Gauley GA, Fonnaggy P. Disorganised attachment behaviour among infants born subsequent to stillbirth. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2001;42(6):791-801.
13. Armstrong D. Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*. 2002;34:339-43.
14. Armstrong D. Impact of perinatal loss in subsequent pregnancies. *Journal of obstetrics Gynecology*. 2004;(33):765-73.
15. Cote-Arsenault D, Marshal R. One foot in-one foot out: Weathering the storm of pregnancy after perinatal loss. *Research in nursing*. 2000; 26(3):473-85.
16. O'Leary J, Parker L, Thorwick C. After loss; parenting in the next pregnancy. A manual for professionals working with families in pregnancy following loss. Minneapolis: Hospital AN; 1998.
17. Turton P, Huges P, Evans CDH. Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *British Journal of psychiatry*. 2001;(178):556-60.
18. Urdapilleta-Herrera DC, Sansores RH, Ramírez-Venegas A, Méndez-Guerrera M, Lara-Rivas G, Guzmán-Barragán A, et al. Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción. *Salud Pública de México*. 2010;52(2):5120-24.
19. Velásquez J, Manuel V, Maldonado G, Lin Ochoa D, Cruz Torres L. Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios. *ALCMEON Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 2007;13(34):40-7.
20. Torres M. Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Revista colombiana de psiquiatría*. 2004;(33):285-97.
21. Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during pregnancy. *Canadian family physician*. 2005;51:1087-91.
22. Chung TKH, Tze K, Lau F, Alexander M, Mrcog Y, Chiu HFK, et al. Antepartum depressive Symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcome. *Psychosomatic medicine*. 2001;(63):830-34.
23. Ortíz S. Depresión materna. Atención primaria. [Internet]. 2007;7(11). Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1980>
24. Kurki T, Hilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology*. 2000;95(4):487-90.
25. Gyoerkoe K, Viegartz P. The pregnancy and postpartum anxiety workbook: Practical skills to make you overcome anxiety, worry, panic attacks, obsessions and compulsions. Oakland: New Harbinger Publications; 2009.