

# ANSIEDAD, DEPRESION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LA C. N. S , LA PAZ- BOLIVIA

Dra. Beatriz Pimentel Sarzuri  
Medico Familiar

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de disfunción familiar, ansiedad y depresión en mujeres embarazadas con Alto Riesgo Obstétrico en el Hospital Materno Infantil de La Paz entre Octubre a Diciembre de 2005.

**Diseño Metodológico:** Estudio prospectivo y transversal, realizado con una muestra de 86 mujeres embarazadas obtenida con una prevalencia del 50 %.

**Instrumentos:** "Test de Ansiedad y depresión de Goldberg" y APGAR familiar".

**Método:** Administración del test de auto llenado a 86 mujeres embarazadas internadas por Alto riesgo Obstétrico y otro grupo de 86 mujeres embarazadas de consulta externa.

**Resultados:** Se encontró ansiedad en 68% de mujeres internadas por Alto Riesgo Obstétrico (ARO) y 48% en las mujeres con Bajo Riesgo Obstétrico ( $p = 0.0315$  y OR de 1.95). La depresión en las mujeres con ARO fue de 64 % y 56 % en las mujeres con Bajo riesgo obstétrico ( $p = 0.045$ , OR = 1.86). La disfunción familiar está presente en 70 % y 58% respectivamente. ( $p = 0,112$ , OR= 1.66.)

La patología más frecuente en A.R.O. fue la amenaza de parto prematuro con 65% de ansiedad ,69% depresión y 60% de disfunción familiar. Las casadas tienen 76% de ansiedad, 74% de depresión y 76% de disfunción familiar.

**Conclusión:** Existe mayor frecuencia de ansiedad y depresión en las mujeres con ARO y no así en Disfunción familiar. Existe relación estadísticamente significativa entre Alto Riesgo Obstétrico y la presencia de ansiedad y depresión.

## INTRODUCCION

En el último tiempo se ha brindado cada vez mayor importancia a los aspectos psicológicos y psiquiátricos del proceso grávido-puerperal. Se ha señalado que esta etapa corresponde a un cambio vital trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar, donde se produce un alto estrés que pone en juego las capacidades de adaptación individual y grupal.

Sin embargo, los manuales de uso internacional (DSM III-R y CIE-10) no incluyen esta categoría como entidad específica, de tal forma que la aplicación directa de sus criterios diagnósticos, sin considerar los grandes cambios biológicos y psicosociales de este período, también merecen discusión. Se puede concluir que hasta ahora no existen criterios uniformes y cualquier opción que se tome tiene beneficios y desventajas.

Las principales causas de mortalidad materna en Bolivia son: Las hemorragias (23 %), Infecciones vinculadas al parto (14%), complicaciones de

abortos inseguros (16%), eclampsias (12%), anemia (8%), partos obstétricos (8%) y otros (19%).

Al analizar las variables psicosociales, numerosos estudios han concluido que la evolución del embarazo, está influenciado por un problema psicosocial más que un riesgo biológico verdadero. Se ha demostrado que implementando programas de control destinados especialmente para las adolescentes embarazadas, se mejoran los resultados maternos y perinatales de éstas, no presentando mayor riesgo en cuanto a resultados obstétricos respecto a las mujeres adultas embarazadas. (2)

Se han descrito diversos factores asociados con el desarrollo de este tipo de cuadros, se sintetizan a continuación: Embarazo en adolescentes, embarazo en mujeres mayores de 35 años, ciertos rasgos de personalidad (elevado neuroticismo, etc.) antecedentes personales de

cuadros depresivos y/o de intentos suicidas, historia familiar de cuadros depresivos y/o para suicidio, cuadro depresivo durante el embarazo, actitud negativa hacia el embarazo, problemas con los padres (dificultades para asumir el rol materno y una pobre identificación con la madre), sucesos vitales relevantes durante el transcurso del embarazo (relacionados directamente o no con éste), y mala relación de pareja y pobre apoyo del cónyuge durante el posparto .

En un estudio donde se realizó detección de depresión por cuestionario del DSM III se encontró que de 28 mujeres, 16 (57,1%) presentaron también un cuadro depresivo en el embarazo y sólo 12 (42,7%) iniciaron su episodio después del parto. (3)

En un estudio de cohorte en 208 mujeres embarazadas para ver la importancia de variables psicosociales en el embarazo se observó que la elevada frecuencia de diferentes situaciones que fueron detectadas como ser que : 55,7% de las mujeres no había planificado su embarazo, 61,5% de las gestantes tenía 11 o más puntos en la Escala de Goldberg , 31,8% de las mujeres considera su embarazo como un evento negativo en su vida, 16,7% ha sufrido la muerte o enfermedad de un familiar próximo (en los 6 meses previos a la entrevista) y 80,7% se encuentra insatisfecha con el apoyo social que tiene.(4)

Emociones; entre ellas, ansiedad, depresión e inestabilidad emocional ,influyen en que la mujer tenga partos largos y más complicados (Callico Cantalejo, 1995). Durante esta etapa, la depresión puede aumentar el riesgo de efectos perinatales adversos, así como afectar el desarrollo del feto (Grush y Cohen, 1998). Berthiaume, David, Saucier y Borgeat (1998) llevaron a cabo un estudio, en el que evaluaron la sintomatología depresiva de un grupo de 350 mujeres a principios del segundo trimestre de gestación. Los resultados indican que las mujeres con mayor apoyo social y autoestima son las que presentan niveles más bajos de depresión preparto. El haber tenido experiencias emocionales previas negativas, la intensidad del estrés perinatal y el número de hombres con los que la mujer informaba haber tenido experiencia negativas, son factores que se asocian con un incremento de los niveles de depresión en mujeres embarazadas. Por otra parte, Condon y Corkindale (1997) llevaron a cabo un estudio en el que evidenciaron que las madres con un menor

apego a sus hijos eran aquellas que habían presentado niveles de depresión y ansiedad más altos, así como niveles más bajos de apoyo social fuera de su relación de pareja. Estos resultados indican que el estado psicológico de la mujer durante el embarazo influye en su apego maternal. (5)

El estado emocional de la mujer varía en función del periodo de gestación. Durante los tres primeros y los tres últimos meses de gestación, los niveles de depresión y ansiedad son más bajos que durante el segundo periodo de gestación. Una posible explicación al respecto es que durante el primer trimestre, el estado de gestación es apenas perceptible llegando incluso, en la mayoría de los casos a ser a partir del segundo y tercer mes cuando la mujer es informada de su nuevo estado. Por otra parte, durante el segundo trimestre de gestación es cuando comienza a tener lugar los cambios físicos como consecuencia del embarazo y la futura madre debe aceptar esos cambios y afrontar la nueva situación; ese afrontamiento suele ir acompañado de respuestas de ansiedad y conductas depresivas. Una vez habituada al nuevo estado las respuestas de depresión y ansiedad disminuyen. (5)

Un nuevo informe de evidencia de la agencia federal Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés), afirma que la depresión es tan común en las mujeres durante el embarazo, como lo es después del parto. Los proveedores de salud y los pacientes pueden fallar en reconocer la depresión durante el embarazo, ya que los síntomas de depresión, tales como cansancio, problemas para dormir, cambios emocionales y aumento de peso, también pueden ocurrir con el embarazo. De acuerdo al informe, aproximadamente 1 de cada 20 mujeres estadounidenses embarazadas o que han dado a luz en los últimos 12 meses están sufriendo de depresión mayor. Cuando los episodios de depresión mayor y menor se combinan, hasta un 13 por ciento de las mujeres experimentan depresión. El informe define la depresión perinatal, como la que ocurre durante el embarazo y puede que continúe hasta 12 meses después del parto. (6)

Las embarazadas y los asistentes encargados de su salud deben estar informados de que es poco

probable que los programas que ofrecen apoyo adicional impidan que el embarazo dé como resultado un neonato de bajo peso al nacer o un prematuro; sin embargo, deben saber que éstos pueden ser útiles para disminuir la probabilidad de parto por cesárea. (7)

La realización del presente trabajo tiene como objetivo fundamental determinar la frecuencia de, ansiedad, depresión y disfunción familiar en la mujer con Alto Riesgo Obstétrico en el Hospital Materno infantil de la C. N. S de La Paz.

**MATERIAL Y METODOS**

Se realizó un estudio prospectivo, transversal de grupo caso y grupo control cuyo universo fueron mujeres embarazadas con A.R.O. (Alto Riesgo Obstétrico) internadas y de consulta externa (CE) del servicio de Obstetricia del Hospital Materno Infantil de la C.N.S La Paz durante los meses de Octubre Diciembre de 2005. La muestra fue de 86 pacientes obtenida con una prevalencia de ansiedad, depresión y disfunción familiar en el embarazo de alto riesgo del 50% .

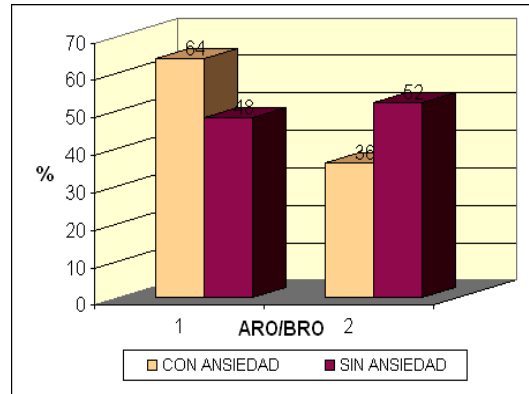
La obtención de información se realizó mediante cuestionario compuesto de dos partes, una de datos generales y otra por el Test de Godberg y APGAR Familiar, administrado a un grupo de 86 mujeres embarazadas e internadas con A.R.O. y otro grupo de 86 mujeres con Bajo Riesgo Obstétrico (BRO) que acuden a consulta prenatal regular del Hospital Materno Infantil de la Paz.

Se realizó por auto llenado, aplicado en las pacientes internadas como de consulta externa, previa prueba piloto en 20 personas, el orden de aplicación de los instrumentos fue con el orden que se presenta en anexo.

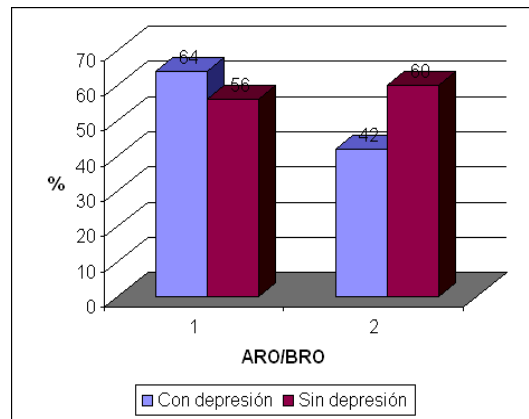
El análisis de los datos se realizó mediante estadística simple descriptiva y pruebas inferenciales como la prueba del chi cuadrado.

**RESULTADOS**

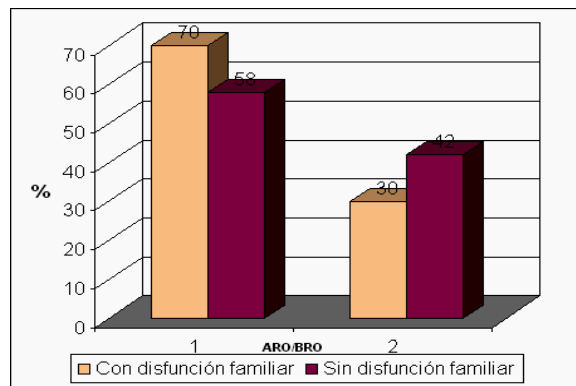
Se encontró ansiedad en el grupo con Alto Riesgo Obstétrico (ARO) en un 68 % en relación a las mujeres con Bajo Riesgo Obstétrico (BRO) que presentan ansiedad en un 48 % ,realizando tablas 2x2 se tiene un chi cuadrado de 4.62, p=0.0315 , OR= 1.95.



La depresión en mujeres con ARO es de 64 % en relación a las mujeres con Bajo Riesgo Obstétrico que presentan depresión en un 42 % , chi cuadrado de 4, p= 0,045, OR =1.86.



La disfunción familiar está presente en 70 % de las mujeres con ARO y 58 % en las mujeres del grupo de Bajo Riesgo Obstétrico (BRO), chi cuadrado de 2.52, p=0.112, OR =1.66.



El grupo etareo que presentó mayor frecuencia de ansiedad, depresión y disfunción familiar está comprendido entre los 20 a 30 años de edad con

un 47% para ansiedad, 47% de depresión y 45 % de disfunción familiar.

La patología que se asocia a mayor frecuencia de ansiedad es la infección urinaria con 80%, la amenaza de parto prematuro se relaciona con mayor frecuencia a Depresión en un 69% y la disfunción familiar tiene mayor frecuencia de asociación con Preeclampsia en un 82%.

Las casadas tienen una frecuencia de 76% de ansiedad ,74% de depresión y 76% de disfunción familiar; las solteras tienen 12% ansiedad, 10 % depresión y 11 % de Disfunción familiar , las mujeres con unión estable tienen 10% de ansiedad, 14% de depresión y 11% de Disfunción familiar...

## DISCUSION

Los resultados encontrados evidencian que las mujeres embarazadas con ARO tienen mayor prevalencia de ansiedad y depresión, lo cual es aparentemente frecuente según trabajos realizados en otros países; podemos ver la importancia de estas variables psicológicas demostradas en las pruebas inferenciales aplicadas a los resultados.

Esto demuestra que la prevalencia de depresión y ansiedad en las mujeres embarazadas con Alto riesgo Obstétrico es alta en nuestro medio, lo cual estaría en función a las diferentes influencias psíquicas propias del embarazo y factores externos que posiblemente puede desencadenar en consecuencias negativas en el apego materno como se ha demostrado en otros estudios. (Condon y Corkindale 1997) o aunque esta en controversia la posibilidad de niños con bajo peso al nacer. (Grush y Cohen, 1998 y Hodnett ED, Fredericks 2005).y que tenga partos largos y más complicados (Callico Cantalejo, 1995).

La disfunción familiar no resultó ser estadísticamente significativa, quizás esto se pueda explicar por el medio cultural en que nos encontramos.

Otros parámetros estudiados fueron la frecuencia de ansiedad, depresión y disfunción familiar por grupo etareo se observa que es más afectada la población comprendida entre la segunda y tercera década de la vida (en ambos grupos ) tal vez se pueda explicar que esto se deba a que la mujer cada vez más se involucra en el sustento de su

familia por tanto tiene un doble papel como madre y sustentadora de la economía familiar, no se cuenta con estudios que apoyen estos resultados..

En cuanto al estado civil, las casadas, tienen mayor frecuencia de ansiedad ,depresión y disfunción familiar que las solteras o con unión estable como se ha evidenciado en otros estudios por factores como mala relación de pareja y pobre apoyo del cónyuge (ALVARADO M, Rubén, MEDINA 2002).

La patología con mayor frecuencia de ansiedad es la infección de tracto urinario, la mayor frecuencia de depresión se asoció a amenaza de parto prematuro y la mayor frecuencia de disfunción familiar se asoció a Preeclampsia .

Se evidenció también que existe mayor frecuencia de ansiedad, depresión en aquellas mujeres con promedio de ingresos menores al grupo control, y muy leve diferencia en cuanto a la disfunción familiar.

## CONCLUSION

Mediante este estudio se llega a concluir que existe mayor prevalencia de ansiedad y depresión en las mujeres con Alto Riesgo Obstétrico en el Hospital Materno infantil, no sucede así con la disfunción familiar que es similar en ambos grupos.

## RECOMENDACIONES

Realizar otros estudios que verifiquen los datos en contrados ampliando el universo.

Se recomienda el uso del test de Golberg para detectar la presencia de ansiedad y depresión e investigar los casos que arrojen alto puntaje para realizar apoyo psicosocial oportuno por el efecto a corto plazo en la salud psicológica materna.

Realizar otros estudios que determinen que factores permiten que la mujer embarazada con alto riesgo obstétrico no curse con disfunción familiar significativa.

Realizar otro estudio en el que se determine si la preeclampsia tiene mayor asociación a disfunción familiar como se evidenció en el presente estudio.

## REFERENCIAS

1. UNIDAD de análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) Palacio De Comunicaciones P.18 .La Paz-Bolivia :"Tercer informe :Progreso de los objetivos de Desarrollo del milenio, asociados al desarrollo humano. Bolivia 2003-2004"
2. DIAZ, Angélica, SANHUEZA R, Pablo y YAKSIC B, Nicole. Riesgos obstetricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstetricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Rev. chil. obstet. ginecol.*, 2002, vol.67, no.6, p.481-487. ISSN 0717-7526.
3. ALVARADO, Rubén, ROJAS, Marcela, MONARDES, Jorge *et al.* Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.*, abr. 2000, vol.38, no.2, p.84-93. ISSN 0717-922.
4. ALVARADO M, Rubén, MEDINA L, Ernesto y ARANDA CH, Waldo. El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. *Rev. méd. Chile*, mayo 2002, vol.130, no.5, p.561-568. ISSN 0034-9887.
5. A.I. Sánchez, M.P. Bermúdez y G. Buéla-Casal Universidad de Granada (Spain)." Efectos del estado de gestacion sobre el estado de animo" .*Rev. Electrónica de motivación y emoción*, volumen: 2 número: 2-3
6. Nuevo informe de AHRQ reporta que la depresión predomina en las mujeres durante el embarazo pero casi siempre queda sin detectarse. Press Release, May 6, 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/news/press/pr2005/sppdepr.htm>
7. Hodnett ED, Fredericks S. Apoyo durante el embarazo a mujeres con mayor riesgo de recién nacidos de bajo peso al nacer (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
8. Gonzalez MR. *Psiquiatría para médicos generales*.1988
9. Schwarcs R, Duverges CA, Díaz AG, Fescina RH. *Obstetricia*,5ta edición. Editorial El Ateneo 1998