

# Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo

## *Psychological disturbances in high-risk pregnant women*

María Eugenia Gómez López, y Evangelina Aldana Calva<sup>1</sup>

### RESUMEN

La atención psicológica de la mujer con embarazo de alto riesgo en instituciones médicas es fundamental para evitar cualquier alteración emocional que afecte el desarrollo y resolución del mismo, así como sus consecuencias sobre el producto. Por ende, se realizó un estudio exploratorio para conocer las alteraciones psicológicas de las mujeres embarazadas, pacientes de una institución hospitalaria. Con base en la primera entrevista clínica y los diagnósticos del DSM-IV, se analizó su frecuencia para decidir el tratamiento pertinente. Las alteraciones psicológicas encontradas fueron los trastornos adaptativos, de estado de ánimo y de ansiedad, así como problemas conyugales, entre otros. Conocer las alteraciones psicológicas de la mujer embarazada facilita al psicólogo establecer un modelo de intervención acorde a las necesidades de aquella.

**Palabras clave:** Embarazo; Depresión; Ansiedad; Psicoterapia.

### ABSTRACT

*The psychological treatment of high-risk pregnant women in health facilities is of the utmost importance in order to avoid any emotional disturbance that may affect the development and outcome of the pregnancy, as well as negative consequences on the offspring. An exploratory study was carried out in order to ascertain the psychological disturbances of pregnant women, patients of a hospital. Based on the first clinical interview carried out and on the diagnosis established through the DSM-IV, the frequency of disturbances was analyzed in order to decide the most appropriate treatment. Among others, the main psychological disturbances found were adaptive disorders, mood disorders, anxiety disorders, and marital problems. Ascertaining the principal psychological disturbances affecting pregnant women can aid the psychologist in establishing an intervention model adequate to their needs.*

**Key words:** Pregnancy; Depression; Anxiety; Psychotherapy.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo representa un cambio en la vida de la mujer y de su pareja, y además se le considera un periodo crítico del desarrollo psicológico porque pone a prueba el nivel de madurez emocional de la mujer, su identidad y la relación con su madre; asimismo, representa una oportunidad de crecimiento psicológico para ella.

En este sentido, la salud emocional de la mujer embarazada podrá evaluarse principalmente a partir de su capacidad para enfrentar este suceso y de su posibilidad de adaptarse a los cambios que éste conlleva.

---

<sup>1</sup> Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes". Correspondencia: Montes Urales 800, Col. Lomas Virreyes, 11000 México, D.F., México, tel. (55)55-20-99-00, ext. 147, fax (55)55-20-00-34, correo electrónico: meg197@yahoo.com.mx. Artículo recibido el 12 de octubre de 2006 y aceptado el 9 de enero de 2007.

Es decir, no sólo se ponen a prueba dichas capacidades sino que habrá de establecerse cómo se estructuraron desde la infancia.

Una evaluación más precisa del estado emocional de la mujer durante el embarazo permite establecer el tipo de intervención psicológica más conveniente. Dadas las propias características del embarazo, puede considerarse que produce una alteración psicológica transitoria en la mujer en cuanto que esta requiere adaptarse a la nueva situación, lo que puede provocar una manifestación aguda, con disminución de las funciones yóicas y restricción temporal de la conciencia, reactiva y funcional, que actúa sobre el yo y que es egodistónica, sin impacto en la estructura de personalidad, por lo que se supone entonces una inhibición o malestar psicológico. Este último se entiende como un conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, e incomodidad subjetiva, los que no pueden agruparse en una condición sintomática por no reunir los criterios propuestos (Morales, Díaz, Espíndola y cols., 2004). Sin embargo, cuando el embarazo es el que reactiva conflictos anteriores no resueltos, los cuales se han cronificado, causan angustia, son persistentes y recurrentes y otorgan ganancias secundarias, entonces se habla de síntomas.

Dada la trascendencia que tiene la maternidad para la mujer, su respuesta afectiva es más contundente y, por tanto, requiere de un proceso de adaptación frente al mismo, pues se modifican en ella su estructura y su proyecto de vida a partir del suceso.

Durante el embarazo entran en juego aspectos internos y externos a la mujer, por lo que es posible que los conflictos psicológicos que aparecen en esta etapa pueden ser la combinación de ambos o el predominio de uno sobre otro. Para la mujer, la maternidad representa uno de los eventos más importantes en su vida dado que la sociedad y la cultura le han dado un valor especial, estableciendo lo que se espera de ella en esta etapa, de cómo debe ser y comportarse para ser una "buena madre", además de que se le considera una función exclusiva de ella.

Por otra parte, la influencia de factores psicosociales, tales como los socioeconómicos (empleo, pobreza y trabajo doméstico), fisiológicos

(enfermedades físicas crónicas) y psicológicos (eventos de vida y aislamiento social) (Department of Health, 2002), nivel socioeconómico, presencia de estrés por conflictos de pareja (eventos de vida negativos, insatisfacción con respecto al embarazo o enfermedades), apoyo social (de la pareja, de amigos y familiares y número de amigos) (Glazier, Elgar, Goel y Holzappel, 2004), no favorecen la adaptación de la mujer a su nuevo estado y le causan conflicto al incumplir las exigencias del exterior, lo que a su vez impacta en su estado emocional, generando por lo regular manifestaciones ansiosas o depresivas.

Sin embargo, estudios anteriores han podido establecer que existen manifestaciones emocionales propias de la mujer embarazada, las cuales ayudan al especialista a comprender mejor su expresión como parte del evento reproductivo, y a distinguir aquellos casos que no corresponden a este y que podrían considerarse manifestaciones patológicas (Attie y Morales, 1992; Morales, González y Valderrama, 1988).

Entre tales manifestaciones emocionales se encuentran las de tipo depresivo, como reacciones de ajuste a la situación transitoria a través de fluctuaciones en el estado de ánimo, mayor labilidad e hipersensibilidad emocional, pesimismo, preocupación e interés significativo por la salud, traducido en varias quejas somáticas. Asimismo, hay sentimientos de tristeza por la pérdida del estado anterior, así como un resentimiento por la pérdida de independencia y atractivo personal. Paradójicamente, también tiende a elevarse la autoestima de la mujer que vive el embarazo como un logro. Además, es posible que padezca ansiedad transitoria como adaptación a su estado, la cual puede incrementarse más por la presión social que por el propio embarazo, así como por temor a la pérdida y miedo a lo desconocido y al propio papel de madre y a la situación económica. De igual modo, pueden surgir sentimientos de inseguridad, dependencia e introversión. Con respecto al deseo sexual, éste puede ser variable.

Como se observa, estas características son de tipo transitorio y están supeditadas al desarrollo y resolución del embarazo, de ahí que se les considere un malestar psicológico; sin embargo, en ocasiones se requiere la intervención terapéu-

tica de apoyo para su mejor resolución, dado que su manifestación dificulta la adaptación de la mujer frente al evento y le origina conflictos internos, externos o ambos.

### **Alteraciones psicológicas durante en el embarazo**

Algunos estudios señalan que la depresión afecta a las mujeres dos veces más que a los hombres. Tiene muchas causas, entre ellas desequilibrios químicos en el cerebro, estrés importante, tristeza, antecedentes familiares, conflictos psicológicos o cualquier combinación de factores (Berman y Berman, 2001; National Institute of Mental Health, 2006).

El embarazo y el puerperio pueden traer muchos cambios emocionales, físicos y sociales para la madre, su pareja y el resto de la familia. Mientras que muchas madres disfrutaban en gran medida estos cambios –como la experiencia del embarazo o el agregar un nuevo miembro a la familia–, algunas no comparten estos sentimientos y con frecuencia padecen algún trastorno psicológico que resulta en una grave angustia reactiva a problemas psicológicos, físicos o sociales. Este periodo de angustia no es sólo asunto de la madre y su familia, sino que aumenta el riesgo de una crisis psicológica, de enfermedad mental y de trastornos del desarrollo, pero además, si no se trata, la mujer podría atentar contra su propia vida o la del producto (Currid, 2004).

La morbilidad psicológica, y en especial la depresión y ansiedad que surgen en el periodo prenatal, son más comunes que en el periodo posnatal. La valoración psicosocial de todas las mujeres embarazadas es una parte integral del cuidado prenatal adecuado, ya que con frecuencia la depresión experimentada por éstas permanece sin identificarse. La falta de un manejo apropiado de la depresión puede resultar en una sustancial carga física, social y económica para la paciente, su familia y el sistema de salud.

Muchas mujeres embarazadas que padecen depresión dejan los medicamentos antidepressivos, por lo que con frecuencia las intervenciones psicológicas serán el tratamiento de primera línea. Cuando se requiere medicación, algunos estudios prospectivos controlados sugieren que los antidepressivos son relativamente seguros; el manejo

de los casos graves o complejos necesitan estar en contacto con un psiquiatra y un equipo experto en adicciones, y quizás se requiera una notificación prenatal de un niño “de riesgo” (Austin, 2003; Bennett, Einarson, Taddio, Koren y Einarson, 2004).

Ross, Sellers, Gilbert, Evans y Romach (2004) plantearon un modelo prenatal en el que se analizaba la influencia de las variables biológicas y psicosociales en el desarrollo de depresión y ansiedad en mujeres embarazadas, concluyendo que durante el embarazo las variables biológicas no tenían ningún efecto directo sobre los síntomas depresivos; sin embargo, actuaban indirectamente a lo largo de sus efectos significativos sobre los estresores psicosociales y los síntomas de ansiedad. El mismo modelo no se adaptó a los datos posparto, sugiriendo que podrían estar implicadas diversas variables causales en el estado de ánimo posparto.

Los hallazgos sugieren que los trastornos depresivos y ansiosos antenatales se asocian con la amplificación de los síntomas físicos del embarazo (Kelly, Russo y Katon, 2001). Además, otros resultados plantean que el estrés crónico durante la gestación puede ser el reflejo de disposiciones subyacentes que contribuyen a resultados adversos durante el nacimiento (Lobel, DeVincenz, Kammerer y Meyer, 2000). Los antecedentes de depresión, salud general deficiente, uso excesivo de alcohol y tabaco, soltería, desempleo y bajo nivel educativo fueron factores que se asociaron significativamente con síntomas de depresión durante el embarazo (Marcus, Flynn, Blow y Barry, 2003).

Estos datos muestran que un número sustancial de mujeres embarazadas evaluadas en ambientes obstétricos tienen síntomas significativos de depresión, y la mayoría de ellas no son supervisadas en tratamiento durante este periodo vulnerable. Dicha información puede utilizarse para justificar y modernizar el rastreo sistemático de la depresión en ambientes clínicos con mujeres embarazadas, como un primer paso para determinar quiénes pueden requerir mayor tratamiento para sus síntomas del estado de ánimo.

Los índices de depresión durante el embarazo son incluso más altos de lo que se creía. Algunos autores estiman que la prevalencia de depresión en mujeres embarazadas es de 7.4% durante el primer trimestre de gestación, de 12.8%

en el segundo y de 12.0%, en el tercero (Bennett y cols., 2004). No obstante, otros estudios proponen que los trastornos psiquiátricos ocurrieron en 14.1% de las mujeres embarazadas. La prevalencia de trastorno depresivo mayor fue en 3.3% de las pacientes, y de depresión menor en 6.9% de ellas. Los trastornos de ansiedad aparecieron en 6.6% de las pacientes. Mujeres con trastornos psiquiátricos mostraron significativamente más síntomas somáticos y un temor pronunciado al parto. Entre las pacientes diagnosticadas, sólo 5.5% tuvieron alguna forma de tratamiento (Andersson, Sundstrom-Poromaa, Bixo y cols., 2003).

En otro estudio realizado con pacientes obstétricas (Knop y Osterberg-Larsen, 2001), se encontró que la ansiedad y las reacciones de crisis previas causadas por el embarazo, el temor a las complicaciones durante el parto, los problemas familiares y las preocupaciones por el feto fueron los motivos predominantes para derivar a las pacientes a atención psicológica. Asimismo, después de realizar un análisis retrospectivo de las pacientes embarazadas atendidas en el servicio de psicología de un hospital público de Dinamarca, se encontró que 87% de ellas presentaban trastornos adaptativos (de acuerdo con la clasificación del ICD-10), mientras que los trastornos psicóticos no fueron frecuentes en esta población.

Por otra parte, en un estudio realizado en México con pacientes obstétricas y ginecológicas se halló que las pacientes obstétricas referían mayor sintomatología, pero no de suficiente intensidad como para generar un diagnóstico, y que aun cuando mostraron menos síntomas las pacientes ginecológicas, estos fueron de mayor severidad (Gómez, Morales, Aretia y Gutiérrez, 1990).

En otro estudio más reciente (Morales, 2005), también realizado en México, se detectó que los principales factores de riesgo para exhibir alteración en el estado emocional de la mujer atendida en una institución médica para salud reproductiva, son los siguientes: 1) ser paciente obstétrica; 2) tener un hijo vivo o más; 3) no tener pareja; 4) dedicarse al hogar, ser comerciante o desempleada; 5) ser mayor de 35 años, y 6) tener una escolaridad de 0 a 9 años. Lo anterior confirma que la mujer embarazada es más vulnerable a alteraciones emocionales que requieren atención y tratamiento psicológicos.

En el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) de la ciudad de México, institución médica de tercer nivel especializada en la atención de la salud reproductiva, basada en un modelo interdisciplinario, se concede particular importancia al estado emocional de la mujer durante la gestación para el adecuado desarrollo y resolución de su embarazo. Dado que en esta institución se atienden principalmente los embarazos de alto riesgo, se incrementa la posibilidad de que las mujeres muestren alguna alteración psicológica asociada a la evolución del mismo. Algunas de ellas responden más a experiencias previas relacionadas con problemas reproductivos, como pérdidas recurrentes o esterilidad, o al padecimiento de enfermedades físicas o mentales que ponen en riesgo el desarrollo del embarazo, como en el caso de la hipertensión, diabetes, cardiopatías, lupus o epilepsia, entre otras, o, en el caso de los trastornos psiquiátricos, de depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación y esquizofrenia (Gómez, Sánchez y Carreño, en preparación.)

Es en tal sentido que el profesional de la salud mental se inserta para apoyar al médico en los casos en que las alteraciones psicológicas constituyen una barrera para el tratamiento eficaz del paciente, así como para investigar los principales aspectos y problemas psicológicos que afectan a la población consultante en un momento determinado, de tal forma que puedan ofrecerse medidas normativas para su detección y prevención (Gómez y cols., 1990).

Uno de los programas de atención del Departamento de Psicología del INPer es el de Embarazo y Ansiedad, cuyo objetivo principal es atender a aquellas pacientes que por su embarazo de riesgo presentan alteraciones psicológicas —principalmente depresión y ansiedad— que pudieran afectar tanto el desarrollo y resolución del mismo, como su atención médica y su adherencia al tratamiento, así como a aquellas con antecedentes del algún trastorno psiquiátrico previo que por el embarazo ameriten seguimiento. En algunas ocasiones, es la propia paciente quien solicita el apoyo psicológico por atravesar situaciones de vida conflictivas (ya sea con la pareja, la familia, económicas, entre otras) que la afectan más durante el embarazo y que alteran su estado emocional. El modelo terapéutico es la psicoterapia de grupo en instituciones.

Estas pacientes son canalizadas al Departamento de Psicología por el médico tratante a partir de las alteraciones emocionales que observa en la paciente, casi siempre manifestadas durante la consulta médica de rutina. Todavía no existe en el INPer un procedimiento sistematizado para que los médicos deriven al Departamento de Psicología a las pacientes que en verdad lo requieran, aunque hay proyectos para utilizar instrumentos de tamizaje confiables y validados con esta población que detecten específicamente a quienes necesitan la atención. Por tanto, hasta el momento los psicólogos adscritos a dicho departamento son los encargados de evaluar la necesidad de tratamiento psicológico para la paciente.

En primera instancia, se realiza una entrevista clínica semiestructurada, con preguntas abiertas, a través de la cual se recaban los datos sociodemográficos de la paciente, la historia de vida, la relación con la familia de origen, la relación de pareja, la dinámica familiar actual, el inicio de lo que en ese momento se considera el motivo de consulta, su evolución, duración, persistencia y recurrencia, atención y tratamiento previos, así como la sintomatología psicológica básica y complementaria asociada y, por último, el diagnóstico propuesto con base en las categorías y ejes del DSM-IV.

Con base en lo anterior, y con la intención de conocer los principales problemas psicológicos presentados por las pacientes durante su embarazo, se realizó un estudio exploratorio con el objetivo de describir las principales características sociodemográficas y psicológicas de todas las pacientes atendidas por el Departamento de Psicología del INPer a través del Programa de Embarazo y Ansiedad durante el año de 2005, obtenidas a través de la entrevista clínica de primera vez. A partir de esta entrevista, y a través de los diagnósticos establecidos por el DSM-IV, se analizó su frecuencia para conocer cuáles eran los más comunes y decidir el tratamiento más adecuado para cada uno (psicológico, psiquiátrico o ambos).

## MÉTODO

### Participantes

El estudio se realizó en el INPer de la ciudad de México, con las pacientes que acudieron al Departamento de Psicología remitidas por el médico tratante, dado que por su condición de embarazo de alto riesgo exhibían alguna alteración psicológica o tenían antecedentes de algún trastorno psiquiátrico previo al embarazo, las cuales participaron en el Programa de Embarazo y Ansiedad.

Se hizo un estudio poblacional, no experimental y descriptivo, de una sola muestra de 107 pacientes embarazadas, selección hecha a lo largo de doce meses.

Se incluyó a todas las pacientes canalizadas al servicio para evaluación psicológica durante el año referido, que cursaran por un embarazo de riesgo y tuvieran 18 años o más, y se excluyó a aquellas que padecieran diabetes (gestacional o mellitus) o que el producto presentara malformaciones, ya que estas fueron atendidas en otros programas del Departamento de Psicología.

A partir de la entrevista clínica realizada, la cual fue semiestructurada y que comprende los datos antedichos, se estableció el diagnóstico y se dio el tratamiento requerido.

Se utilizó estadística descriptiva para analizar los resultados y describir a la población evaluada.

## RESULTADOS

Todas las pacientes atendidas fueron entrevistadas para elaborar su historia clínica y establecer el diagnóstico a partir de la clasificación diagnóstica propuesta por el DSM-IV.

Las principales características sociodemográficas de la muestra se presentan en la Tabla 1.

Con respecto a los trastornos psicológicos más comunes de las pacientes, en la Tabla 2 pueden apreciarse los más frecuentes. Se muestra en ella la clasificación general de cada trastorno y las subclasificaciones encontradas en cada uno.

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos (N = 107).

Variable		f	%	X
Estado civil	Casada	50	46.7	
	Soltera	28	26.2	
	Unión libre	18	16.8	
	Separada	9	8.4	
	Divorciada	2	1.9	
Escolaridad (años de estudio)	0-6	5	4.6	11.2
	7-9	32	29.9	
	10-12	50	46.7	
	13-15	7	6.6	
	16 o más	13	12.2	
Edad	18-24	25	23.3	29.6
	25-34	55	51.4	
	35 o más	27	25.2	
Ocupación	Hogar	75	70.1	
	Empleada	16	15.0	
	Profesional	2	1.9	
	Comerciante	10	9.3	
	Autoempleo	4	3.7	
SDG	1-12	7	6.6	23.3
	13-24	48	44.8	
	25-36	52	48.6	
Num. gesta	1	41	38.3	2.3
	2	26	24.2	
	3	19	17.7	
	4	12	11.2	
	5 o más	9	8.6	

Como puede observarse, los trastornos adaptativos fueron los más frecuentes entre las pacientes —siendo más común el de ansiedad—, los cuales se manifestaron en reacción al embarazo y a los cambios físicos y emocionales que conlleva. En cuanto a los trastornos del estado de ánimo, los más frecuentes fueron los trastornos depresivos mayores recidivantes leves y moderados, de manifestación sintomática previa al embarazo, pero exacerbados por éste, así como los trastornos de ansiedad y los problemas conyugales.

Tanto los trastornos de personalidad como de otro tipo (retraso mental, esquizofrenia paranoide, trastorno por estrés postraumático, trastornos de la alimentación) se hallaron raramente entre las pacientes.

Con respecto a la modalidad de atención psicológica, 65.4% de las pacientes requería únicamente de psicoterapia de grupo, aunque algunas se beneficiaron de la psicoterapia y del tratamiento

psiquiátrico (23.4%), dado el trastorno que padecían y la necesidad de recibir tratamiento farmacológico paralelo para el mismo, esto con la intención de que el estado emocional de las mujeres se mantuviera estable a lo largo del embarazo. Aquellas a quienes únicamente se les dio seguimiento individual (9.4%) fue por la dificultad que tenían para asistir regularmente a psicoterapia, ya fuera por vivir lejos —incluso fuera de la ciudad—, por dificultades económicas para pagar las consultas semanales o porque, dada su condición de salud, requerían permanecer en reposo absoluto. En estos casos, se programaron citas de acuerdo con su necesidad de acudir a otros servicios y se vigiló la evolución de su estado emocional con apoyo psicológico individual. Finalmente, 58.8% de las pacientes atendidas en el servicio recibieron psicoterapia de grupo, quienes asistieron en promedio a 4.3 sesiones, dentro de un rango de una a quince sesiones como máximo.

**Tabla 2.** Principales trastornos psicológicos de la mujer embarazada.

Trastorno	Clasificación	%	f
Trastornos adaptativos	Con ansiedad	22.0	24
	Con estado de ánimo depresivo	0.9	1
	Mixto	18.7	20
Trastornos del estado de ánimo	Depresión mayor recidivante leve	11.2	12
	Depresión mayor recidivante moderada	2.8	3
	Depresión mayor recidivante grave con síntomas psicóticos	0.9	1
	Depresión mayor recidivante con patrón estacional	0.9	1
	Trastorno distímico	1.9	2
	Trastorno bipolar tipo I	0.9	1
	Duelo	0.9	1
Abuso, dependencia y/o abstinencia de diversas sustancias	Abuso de alcohol en remisión parcial	1.9	2
	Abstinencia de cocaína	0.9	1
Trastornos de ansiedad	Angustia sin agorafobia	6.5	7
	Angustia con agorafobia	2.8	3
	Fobia social	0.9	1
	Fobia específica	1.9	2
Problemas conyugales		9.3	10
Trastorno de personalidad	Por dependencia	0.9	1
Trastornos de la alimentación	Anorexia nerviosa	1.9	2
	Bulimia nerviosa	0.9	1
Otros	Trastorno depresivo debido a epilepsia	3.7	4
	Retraso mental moderado	0.9	1
	Esquizofrenia paranoide	0.9	1
	Esquizofrenia de tipo desorganizado	0.9	1
	Trastorno por estrés posttraumático	1.9	2
	Trastorno delirante	0.9	1
Sin alteración psicológica		0.9	1
TOTAL		100.0	107

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio permiten conocer las principales alteraciones psicológicas mostradas por la mujer con embarazo de alto riesgo, lo cual facilita al especialista en salud mental establecer un modelo de intervención acorde a sus necesidades.

Por otra parte, a partir de la información obtenida es posible distinguir dos áreas principales que originan alteraciones psicológicas en la mujer embarazada: 1) la asociada al evento mismo como reacción de ajuste a la situación transitoria a través de fluctuaciones en el estado de ánimo o malestar psicológico, y 2) aquella en la que el embarazo reactiva conflictos anteriores no resueltos

a través de síntomas, los cuales se han cronificado, causan angustia o son inconscientes, persistentes y recurrentes.

En este sentido, se diría que los trastornos adaptativos (con estado de ánimo depresivo, ansiedad y mixtos) corresponden a la primera área, pues aparecen como una reacción de ajuste al embarazo y remiten con su resolución. En esta misma área se ubican el duelo y algunos problemas conyugales. En la segunda área se hallan los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y de personalidad, así como los trastornos de la alimentación.

Cabe señalar que, en virtud de que la población estudiada cursaba por un embarazo de riesgo, este incidía obviamente en su estado emocional y

tendía a alterarlo de manera más frecuente. Aunque la literatura existente sobre el tema muestra distintos resultados en cuanto a la frecuencia de alteraciones psicológicas durante el embarazo, coinciden sin embargo en que este vuelve a la mujer más vulnerable psicológicamente, lo que favorece la manifestación de alteraciones en su estado de ánimo, siendo las más estudiadas la ansiedad y la depresión perinatal.

Por otra parte, es importante destacar que la influencia de factores psicosociales como el desempleo, problemas económicos, complicaciones del embarazo, eventos de vida negativos, conflictos de pareja, estrés y falta de apoyo social influyen para que la mujer embarazada desarrolle malestar psicológico, lo cual se explica por su dificultad para adaptarse a los cambios que el mismo embarazo acarrea y que se ven agudizados por la presión social y familiar respecto de las condiciones socioeconómicas en las que transcurre.

Dentro de la atención psicológica que se ofrece a las pacientes del INPer, la principal es la psicoterapia de grupo focalizada de tipo breve, cuyo objetivo es atender a un número mayor de pacientes al mismo tiempo y favorecer, a partir de la interacción de estas, un proceso terapéutico que les permita, con base en las diferentes experiencias planteadas, tener conciencia acerca de lo que las origina y, finalmente, encontrar maneras más adaptativas para solucionarlas, con la intención de que cursen su embarazo sin alteraciones importantes en su estado de ánimo y asuman su maternidad de forma adecuada. Las sesiones de psicoterapia

son semanales cuya duración varía dependiendo las semanas de gestación que tenga la paciente con una duración de noventa minutos y en un grupo abierto, y que finaliza con la resolución del embarazo,

Retomando las áreas que originan alteraciones psicológicas en la mujer embarazada mencionadas antes, podría decirse que en la población estudiada las mujeres con problemas adaptativos se beneficiaron tanto de la información y la orientación como de la psicoterapia breve de grupo para la solución de sus conflictos. Por otro lado, las que atravesaban por conflictos correspondientes a la segunda área recibieron psicoterapia de grupo y apoyo psiquiátrico en el caso de aquellas que por su trastorno necesitaban medicación, y que, en conjunto, constituyeron una alternativa para la atención de aquellos problemas que implicaban una patología más aguda.

Asimismo, es fundamental que dentro de las instituciones de salud se establezcan sistemas eficientes de detección del estado emocional —como parte integral del cuidado prenatal adecuado— que permitan identificar a tiempo alteraciones psicológicas tales como depresión y ansiedad en mujeres embarazadas, como un primer paso para determinar quiénes pueden requerir un tratamiento combinado para sus síntomas del estado de ánimo. Además, es muy importante continuar investigando el impacto de estas alteraciones psicológicas sobre la mujer y el producto, de modo que se generen modelos de intervención más específicos y eficaces para su atención.

## REFERENCIAS

- Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K. y Astrom, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. *American Journal of Obstetrics y Gynecology*, 189(1), 148-154.
- Attie, A.C.L. y Morales C., F. (1992). Aspectos psicológicos del embarazo de alto riesgo: una revisión. La embarazada con cardiopatía congénita. *Archivos del Instituto de Cardiología de México*, 62, 461-464.
- Austin, M.P. (2003). Perinatal mental health: opportunities and challenges for psychiatry. *Australasian Psychiatry*, 11(4), 399-403.
- Bennett, H.A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G. y Einarson, T.R. (2004). Depression during pregnancy. *Clinical Drug Investigation*, 24(3), 157-179.
- Berman, J. y Berman, L. (2001). *For women only*. Disponible en red: [www.The-Clitoris\\_com.htm](http://www.The-Clitoris_com.htm).
- Currid, T.J. (2004). Improving perinatal mental health care. *Nursing Standards*, 19(3), 40-43.
- Department of Health (2002). *Women's mental health into the mainstream. Strategic development of mental health care for women*. London: The Stationery Office.
- Glazier, R.H., Elgar, F.J., Goel, V. y Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology*, 25, 247-255.

- Gómez E., M., Morales C., F., Aretia P., A. y Gutiérrez, E. (1990). Detección de alteraciones emocionales en pacientes obstétricas y ginecológicas. *Revista de Ginecología y Obstetricia de México*, 58, 112-116.
- Gómez L., M.E., Sánchez B., C. y Carreño M., J. (En preparación). *Atención psicológica de la mujer con embarazo de alto riesgo*.
- Kelly R.H., Russo J. y Katon, W. (2001). Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *Gen. Hosp. Psychiatry*, 23(3), 107-113.
- Knop, J. y Osterberg-Larsen, B. (2001). Psychological intervention during pregnancy. A multidisciplinary hospital network. *Ugeskrift for Laeger*, 163(37), 5018-5022.
- Lobel, M., DeVincent, C.J., Kaminer, A. y Meyer, B.A. (2000). The impact of prenatal maternal stress and optimistic disposition on birth outcomes in medically high-risk women. *Health Psychology*, 19(6), 544-553.
- Marcus, S.M., Flynn, H.A., Blow, F.C. y Barry, K.L. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health*, 12(4), 373-380.
- Morales C., F. (2005). Detección y vigilancia de condiciones psicológicas críticas durante el embarazo. *Memorias de la XXII Reunión Anual del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"*, 25-29 de abril. México: INPer.
- Morales C., F., Díaz F., E., Espíndola H., J.G., Henales A., C., Meza R., M. P., Mota G., C. y Pimentel N., D. (2004). Concepto de salud psicológica. En Universidad Iberoamericana (Ed.): *Temas selectos en orientación psicológica. Creando alternativas* (pp. 49-61). México: El Manual Moderno.
- Morales C., F., González C., G. y Valderrama B., G. (1988). Perfil de personalidad de un grupo de mujeres embarazadas. *Perinatología y Reproducción Humana*, 2(4), 165-174.
- Nacional Institute of Mental Health (2006). *Depresión, lo que toda mujer debe saber*. Disponible en red: <http://www.nimh.nih.gov>.
- Ross, L.E., Sellers, E.M., Gilbert, J., Evans, S.E. y Romach, M.K. (2004). Mood changes during pregnancy and the postpartum period: Development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 457-466.