



11217

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

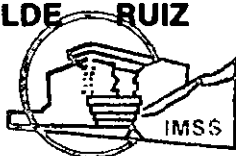
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"

"UTILIDAD DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA
EN PACIENTES CON SINDROME
ANSIOSO-DEPRESIVO".

288672

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
O B S T E T R I C I A
P R E S E N T A
DRA. MATILDE RUIZ RODRIGUEZ



ASESORA: MTA. PSIC. CLIN. MAGDALENA GONZALEZ CASTILLO.

DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA
MEXICO, D. F. HGO. "LUIS CASTELAZO AYALA"
NOVIEMBRE
IMSS

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO.**

FACULTAD DE MEDICINA.

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

**JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
"LUIZ CASTELAZO AYALA".**

***"UTILIDAD DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA
EN PACIENTES CON SINDROME ANSIOSO-DEPRESIVO".***

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.**

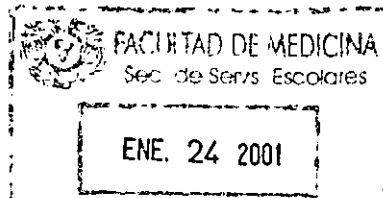
INVESTIGADOR :

DRA. MATILDE RUIZ RODRIGUEZ.

ASESORA :

MTA. PSIC. CLIN. MAGDALENA GONZALEZ CASTILLO.

1998.



Unidad de Servicios Escolares

BP de (Pasando)

HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

"LUIS CASTELAZO AYALA".

A stylized, handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke.

DIRECTOR :

DR. FERNANDO ALFONSO RIOS MONTIEL

A complex, handwritten signature in black ink, featuring multiple loops and a long horizontal stroke at the bottom.

JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA :

DR. MARTIN SERGIO PEÑA SANDOVAL.

ASESORA :

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Magdalena", written in a cursive style.

MTA. PSIC. CLIN. MAGDALENA GONZALEZ CASTILLO.

INDICE :

1.- DEDICATORIA.....	1
2.- AGRADECIMIENTOS.....	2
3.- INTRODUCCION.....	3
4.- MATERIAL Y METODOS.....	6
5.- RESULTADOS.....	9
6.- DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	11
7.- BIBLIOGRAFIA.....	13
8.- GRAFICAS.....	15

RESUMEN

TITULO :

UTILIDAD DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA EN PACIENTES CON SINDROME ANSIOSO DEPRESIVO.

OBJETIVOS :

- 1) Demostrar los beneficios que proporciona la psicoprofilaxis sobre el nivel de ansiedad y depresión en pacientes embarazadas de bajo riesgo, por medio de escalas de autoevaluación, aplicadas al principio y final del curso de psicoprofilaxis.
- 2) Comparar los diferentes eventos obstétricos y demanda de servicios (número de consultas e internamientos y sus causas, partos, cesáreas, tiempo de trabajo de parto, desgarros perineales, aplicación de fórceps e infecciones puerperales entre el grupo en estudio (grupo de pacientes que acudieron al curso de psicoprofilaxis) y un grupo control (pacientes con características similares, pero que no acudieron al curso de psicoprofilaxis).

MATERIAL Y METODOS :

Se incluyeron en el estudio en forma aleatoria 124 pacientes que acudieron a la consulta externa del HGZ "Luis Castelazo Ayala" durante el periodo comprendido de julio de 1997 a agosto de 1998, que cursaban con embarazos de bajo riesgo entre el segundo y tercer trimestre, a quienes se aplicaron escalas de autoevaluación iniciales, para valorar su nivel de ansiedad y depresión, posteriormente se les invitó a que acudieran al curso de psicoprofilaxis obstétrica impartido en la institución. Se formaron 2 grupos de pacientes: Grupo 1 constituido por pacientes que aceptaron acudir al curso y a quienes además de las escalas iniciales se les aplicaron escalas finales al concluir el curso de psicoprofilaxis (7 clases), previo a la resolución del embarazo. El grupo 2 se formó de las pacientes que no aceptaron acudir al curso de psicoprofilaxis aplicándoseles únicamente la escala inicial de autoevaluación. Se excluyeron las pacientes que cursaban con embarazo de alto riesgo y que no concluyeron el curso. Una vez resuelto el embarazo se recabó la información de demanda de servicios y eventos obstétricos por medio del expediente clínico en ambos grupos.

RESULTADOS :

De las 124 pacientes incluidas en el estudio, se excluyeron 64 (44%), por cursar con embarazo de alto riesgo o por no concluir el curso de psicoprofilaxis. Por lo tanto se estudiaron 70 pacientes agrupadas de la manera siguiente: 35 pacientes (grupo 1) y 35 pacientes (grupo 2). El promedio de edad para cada grupo fue la siguiente: el grupo 1, 28.08 ± 5.21 años y en el grupo 2 fue de 27.11 ± 5.03 años. Predominaron las pacientes primigestas sobre las multigestas. El promedio de consultas prenatales fue de 7.51 ± 1.56 en el grupo 1 y de 8 ± 2.16 para el grupo 2. Se encontró que hubo mayor número de internamientos en el grupo 2 (15) destacando como causas principales Amenaza de parto pretérmino (APP) con 7 casos y Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo (EHIE) con 4 casos, a diferencia del grupo 1 en que sólo presentó 5 internamientos de los cuales solo una paciente ingresó por EHIE y 2 por APP como patologías relevantes. Cuando se

evaluaron las escalas de autoevaluación iniciales para valorar el nivel de ansiedad y depresión entre el grupo 1 y 2 no se encontró una diferencia significativa. Sin embargo, cuando se comparó la escala inicial del grupo 1 con las escalas finales del mismo grupo se encontró una disminución en el puntaje de las escalas haciendo una diferencia significativa. Cuando se comparó la frecuencia de resolución del embarazo por medio de partos y cesáreas, se encontró que en el grupo 1 fue de 25 casos por vía vaginal lo que correspondió al 71.42% y de 28.58% de cesáreas, esta frecuencia en el grupo 2 fue de 13 partos lo que correspondió al 37.14% y de 62.86% para la cesárea, dando una diferencia significativa de $p < 0.008$. El tiempo de trabajo de parto para el grupo 1 fue de 2.38 ± 2.1 horas y para el grupo 2 fue de 1.89 ± 2.60 para el grupo 2, no representando significancia estadística entre los 2 grupos. Otros eventos como desgarros perineales, se presentaron en igual frecuencia en ambos grupos con un total de 2 casos en cada uno y las infecciones puerperales (deciduitis) se presentaron en el grupo 1 con 1 caso y en el grupo 2 con 2 casos, solo se observó una aplicación de fórceps Simpson en el grupo 2.

CONCLUSIONES :

Es importante la identificación oportuna de pacientes con alteraciones en el estado de ánimo, como son la ansiedad y la depresión, durante el control prenatal, por medio de instrumentos de autoevaluación, aplicados por el personal de salud, ya que es evidente que las intervenciones psicoterapéuticas, como es el caso de la psicoprofilaxis obstétrica, que es útil para manejar las condiciones estresantes como es el periodo de gestación, parto y puerperio, destacando su papel en éste estudio como estrategia alternativa para reducir el índice de cesáreas, por la intervención de éstas pacientes, tanto en el área conocimiento como con su participación activa en cada uno de éstos periodos. Lo anterior sugiere líneas de intervención y prevención en el sentido de implementar y evaluar programas que faciliten el manejo adecuado del nivel de ansiedad y depresión, desencadenados por estos eventos estresantes y se aboquen a la tarea de incidir y prevenir los síntomas clínicos de disfunción psico-social que se constituyen en aumento de necesidades y demandas de atención médica.

DEDICATORIA.

Con cariño a mi esposo Dr. Alejandro Díaz Anzaldúa, mi madre
Sra. Dolores Rodríguez y hermanos,
por toda su comprensión y apoyo incondicional que es
indispensable en esta vida.

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco a todas las personas que han contribuido a mi formación profesional, proporcionándome su apoyo, consejos y tiempo.

En particular :

A la psicóloga **Irma Luz Ponce Garrido** por su apoyo incondicional como coordinadora del curso de psicoprofilaxis.

Igualmente a todas aquellas personas que a lo largo de este tiempo han estado cerca de mí compartiendo y afrontando las buenas y malas experiencias que la vida nos da.

GRACIAS.

INTRODUCCION

El embarazo y el puerperio son periodos emocionalmente estresantes para muchas mujeres. Los cambios en el estado de ánimo se manifiestan a menudo por labilidad emocional, irritabilidad y sentimientos de tristeza o excitación. En décadas recientes, se han manifestado cambios adicionales en los estilos de vida y actitudes de las mujeres, que tienen un efecto sobre los aspectos psicológicos del embarazo: la estructura familiar en el desempeño de actividades se ha modificado y muchas mujeres trabajan fuera del hogar; son madres solteras o bien madres por primera vez en la adolescencia o después de los 35 años (14). Estos factores psicológicos y sociales pueden desencadenar en la mujer trastornos de tipo afectivo, y al mismo tiempo pueden ser determinantes centrales de la evolución de los mismos. Tal es el caso de estados desadaptativos ante los problemas de la vida, o bien síntomas y síndromes de tipo ansioso y depresivo (9). Se ha reconocido que las mujeres muestran mayor prevalencia que los hombres en estos tipos de trastornos y en el intervalo de edad de los 17 a 34 años que abarca de manera sustantiva la etapa de la reproducción (8).

Existen también estudios referentes a los fenómenos de la gestación propiamente dicha, con reportes frecuentes en relación a los trastornos emocionales durante el embarazo. Por un lado, autores como Robin y Hooke, sugieren que el periodo del embarazo es de bienestar psicológico, y otros como Zijcek y Wolkind informan altos niveles de trastornos psiquiátricos. Se ha considerado al embarazo como un evento disruptor de la vida de la mujer y en el momento del parto ha sido asociado con un incremento en la aparición de trastornos emocionales. La mayor parte de la literatura sobre el tema sugiere que el embarazo es una etapa llena de tensiones y ansiedad. En este sentido parece existir una alta correlación entre estrés y complicaciones obstétricas(10). El temor provocado por la ignorancia, las supersticiones y las influencias perjudiciales del medio ambiente, confiere a la mujer una carga emocional negativa que aumenta su receptividad, con lo que se intensifica la percepción a los estímulos dolorosos transformando en algidos o catastróficos a aquellos que no deberían serlo (16).

Partiendo de la motivación generada por todos los aspectos anteriores, en la década de los sesentas se inició formalmente la investigación psicodinámica sobre el embarazo con los trabajos pioneros de Bibring y cols (1959-1961), quienes postularon que la gestación es una etapa crítica del ciclo vital femenino, y que, como toda crisis, suele acompañarse de cambios psíquicos profundos y dramáticos en íntima correspondencia e interrelación con los cambios somáticos. Afirmaron que esta crisis puede llegar a una resolución exitosa, en cuyo caso la mujer puede llegar a un nivel de madurez que la prepara para desempeñar y asumir las tareas de la maternidad. De acuerdo a lo señalado por estos autores, se puede considerar a esta etapa particularmente propicia para brindar algún tipo de psicoterapia de apoyo a aquellas gestantes con trastornos que les impidan la solución exitosa de la crisis (21).

Desde el siglo pasado, la lucha contra el dolor del parto es uno de los objetivos primarios perseguidos en el campo obstétrico a través de la experimentación de varios métodos. La hipnosis, el método Read, la preparación sofrológica al parto sin dolor, el método Levoyer, tienen la misma finalidad, es decir, la eliminación del dolor. Todos estos métodos han tenido como propósito prevenir las enfermedades de la gravidez y asegurar el óptimo bienestar fetal. Estas técnicas buscan, como propósito fundamental, vivir la experiencia del embarazo y parto en una situación lo más serena posible (5). A partir de 1964, Read enfatizó que la intensidad del dolor durante el trabajo de parto está relacionada en gran medida con la tensión emocional. Este autor argumentó que las mujeres deben ser bien informadas acerca de la fisiología del embarazo y sobre los procedimientos a los cuales serán sujetas durante el trabajo de parto (4). Simpson, varias décadas antes, consideró el trabajo de parto como el momento de mayor sufrimiento, surgió entonces el concepto del parto "natural", dando a la mujer un papel de participación activa en el trabajo de parto y nacimiento. Entre los logros alcanzados, se desarrolló un método de relajación de la tensión muscular y se incluyeron clases de lectura sobre embarazo, trabajo de parto y nacimiento, así como de lactancia y ejercicio muscular (6).

Lamaze describió subsecuentemente (1970), su método psicoprofiláctico en el cual enfatizó el proceso del parto como un proceso fisiológico (11). En 1978 realizó un estudio comparando 500 pacientes que siguieron el método psicoprofiláctico con otro de 500 pacientes que no lo siguieron y encontró un efecto benéfico significativo de la psicoprofilaxis, con una disminución del 25 % de operación cesárea, sufrimiento fetal 20 % menor, e infecciones postparto 33 % menos frecuentes respecto al grupo control. Reportó también una menor frecuencia de laceraciones perineales y por último, encontró que las pacientes del grupo control presentaron 3 veces mas preeclampsia y el doble de nacimientos con recién nacidos prematuros (11).

El soporte emocional continuo durante el trabajo de parto puede proveer de grandes beneficios. En un estudio por Kennell y colaboradores en 1991, concluyeron que tanto el nacimiento por cesárea, como la frecuencia de analgesia epidural para nacimientos vaginales, fueron significativamente mas bajos en el grupo sometido a soporte continuo (12, 13). Una de las estrategias alternativas para reducir el número de cesáreas, mencionada por Stafford en 1990 (19), es precisamente la educación y la evaluación previa de las pacientes obstétricas. Por otro lado, la duración del trabajo de parto y la interacción entre la madre y su recién nacido fueron estudiadas en Guatemala entre mujeres primigestas que tuvieron soporte emocional continuo ("Doula"), encontrando una duración mas corta del trabajo de parto y un mejor resultado perinatal en el grupo experimental.

En México, la Dra. Langer, está llevando a cabo una investigación con participación en el Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del IMSS, con el propósito de implementar y evaluar en términos de costo-efectividad una intervención de apoyo psicosocial durante el trabajo de parto, parto y puerperio, dirigida a mejorar la salud de la madre y su hijo, así como a incrementar la iniciación y continuidad de la lactancia al seno materno. Este proyecto contempla la participación de una mujer exclusivamente

dedicada a la realización de estas tareas, llamada " Doula "(que significa en griego " mujer que cuida y acompaña a otra mujer "). El proyecto se encuentra en fase de análisis de resultados tanto cuantitativos como cualitativos (20).

En la actualidad, la psicoprofilaxis obstétrica es considerada como un método indispensable y eficaz para afrontar con tranquilidad la gravidez y el trabajo de parto. El método de autocontrol respiratorio (RAT) constituye hoy una técnica de preparación al parto sin dolor, fundada en el control psicológico, que asegura también los mejores resultados en lo que respecta a la disminución y eliminación de la ansiedad materna, con normalización de signos vitales como la presión arterial, la frecuencia respiratoria y metabolismo basal. Además, contribuye al bienestar fetal (5). Aunque este método no está universalmente aceptado, podría ser de gran valor en aquellas pacientes a las que se les proponga y estén dispuestas a utilizarlo, sobre todo ante la presencia de estados afectivos inconvenientes (4).

El objetivo de este estudio fue demostrar los beneficios que proporciona la psicoprofilaxis sobre el nivel de ansiedad y depresión en pacientes embarazadas de bajo riesgo, por medio de escalas de autoevaluación , aplicadas al principio y al final del curso de psicoprofilaxis, además de comparar los diferentes eventos obstétrico y demandas de servicios (número de consultas e internamientos y sus causas, partos ,cesáreas, tiempo de trabajo de parto, desgarros perineales, aplicación de fórceps e infecciones puerperales entre el grupo en estudio (grupo de pacientes que acudieron al curso de psicoprofilaxis) y un grupo control (pacientes con características similares , pero que no acudieron al curso de psicoprofilaxis).

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, longitudinal, prospectivo y comparativo.

Se incluyeron en el estudio en forma aleatoria, las pacientes obstétricas de bajo riesgo que cursaban el segundo y tercer, que acudieron a la consulta del HGØ "Luis Castelazo Ayala" durante el periodo de julio de 1997 a agosto de 1998, y a quienes se aplicaron escalas de autoevaluación iniciales, para valorar su nivel de ansiedad y depresión. Se excluyeron las pacientes que presentaron patologías agregadas al embarazo (de alto riesgo). Se constituyeron dos grupos de pacientes, uno correspondiente a las pacientes con síndrome ansioso-depresivo que aceptaron acudir al curso de psicoprofilaxis impartido en el mismo hospital (grupo 1) y un segundo grupo de pacientes con síndrome ansioso-depresivo que no desearon llevar el curso de psicoprofilaxis (grupo 2).

A todas las pacientes se les aplicó inicialmente la hoja UMF-7 del IMSS de control prenatal, para identificar a las pacientes de bajo riesgo en base a la puntuación menor de 7, que se basa en la edad de la paciente, escolaridad, paridad, vía de resolución de embarazos previos, abortos, patologías agregadas al embarazo, toxicomanías, etc. Posteriormente a ésto se les proporcionó a cada una de ellas las escalas autoaplicables para valorar el nivel de ansiedad y depresión.

- Escala H.A.D. (The Hospital Anxiety and Depression Scale), para detección de depresión y ansiedad. El punto de corte de evaluación del síndrome ansioso-depresivo fue de > 8 puntos.
- Escala de Carrol para el diagnóstico de depresión. El punto de corte fue de 10 puntos.
- Inventario de Ansiedad IDARE (versión en español del STAI [State Trait Anxiety Inventory]).

IDARE SXE (Ansiedad estado): Evalúa el estado de ansiedad en el momento actual. El punto de corte fue de 66 puntos.

IDARE SXR (Ansiedad rasgo): Evalúa el estado de ansiedad en que se encuentra generalmente. El punto de corte fue de 67 puntos.

Todas las escalas aplicadas en éste estudio tienen validéz demostrada en estudios realizado por los autores, en diferentes grupos de población, a partir de los cuales se obtuvo el punto de corte que evalúa el nivel de ansiedad y/o depresión.

A las pacientes del grupo 1, se les impartieron 7 clases en grupos de 5 a 10 pacientes, cada clase se llevó a cabo semanalmente con duración de 2 horas cada una. El esquema del curso se realizó como sigue :

PRIMERA CLASE: Enseñanza somera y con términos simples la anatomía de la pelvis y de los órganos genitales femeninos, así como también del cerebro en los aspectos que puedan interesar a la embarazada.

SEGUNDA CLASE: Se enseñarán conceptos elementales de fisiología de los órganos genitales. Se insistirá luego sobre la forma en que se inicia y desarrolla la gestación pasando por último a todos los aspectos que se refieren al desarrollo del trabajo de parto.

TERCERA CLASE: Se dedica íntegramente a explicar los motivos del dolor del trabajo de parto. Se inicia poniendo en conocimiento de las embarazadas las causas anatomo-funcionales, para pasar luego a enseñar las nociones muy elementales del funcionamiento de la corteza cerebral y de los reflejos condicionados. Se debe insistir sobre el importante papel que desempeñan el miedo y los reflejos condicionados.

CUARTA CLASE: Se explica la técnica de relajación, haciendo conocer la forma en que se contraen los músculos y como se relajan. Sobre esto se hará una breve exposición teórica y luego se pasará a la parte práctica, en la que se pondrán en juego distintos sectores musculares para después proceder a relajarlos, con lo que se hará conocer a la futura parturienta la diferencia que existe entre éstos dos estados. Posteriormente se le hará realizar ejercicios de relajación corporal de conjunto, en posición de decúbito dorsal y lateral, así como en toda otra posición en la cual pudiera sorprenderla una contracción. Se insistirá en todo momento en el concepto de que la relajación es un fenómeno activo, es decir, que está bajo el control del sistema nervioso central..

QUINTA CLASE: Se explica la actitud que se debe guardar durante el periodo de dilatación. Durante las pausas entre dos contracciones del útero no hay ninguna técnica especial que adoptar. Pero durante las contracciones, además de la relajación muscular ya explicada, se deberán aplicar dos técnicas respiratorias, que consisten en lo siguiente: Durante la primera mitad de la dilatación (De 0 a 5 cm), se hará una respiración lenta y profunda que procure una buena oxigenación de la embarazada y del feto y evite que fenómenos de isquemia muscular uterina puedan producir dolor durante las contracciones. Además dicha respiración moviliza el diafragma, con lo que se evita que este músculo, al contraerse, comprima el fondo del útero. Durante la segunda mitad del trabajo de parto se recurrirá a una respiración rápida y superficial (jadeo), que favorece aún más el movimiento diafragmático y es más analgesiante que el anterior. Previamente se brindará una explicación teórica sobre la fisiología de la respiración, para que las embarazadas conozcan el efecto nocivo de la compresión diafragmática sobre el fondo del útero y el de la isquemia sobre el dolor, así como para que comprendan el mecanismo por el que actúan estas respiraciones.

SEXTA CLASE: Se explicará la forma en que actúan el diafragma y los músculos abdominales durante el periodo expulsivo. Se enseñará a orientar el pujo hacia la región anterior del periné para favorecer la relajación de éste.

SEPTIMA CLASE: Se procederá a un repaso general de todo el método. Desde este momento en adelante se continúa haciendo practicar a la embarazada todos los aspectos enseñados, lo cual, por otra parte, deberá hacer por su cuenta en su casa. Además se darán nociones sobre las intervenciones obstétricas, acompañándolas de las explicaciones necesarias sobre el arsenal terapéutico de que se dispone para tratar estos inconvenientes.

El total de pacientes que lograron concluir el curso, tomando el total de las 7 clases y a quienes se les aplicó las escalas de autoevaluación iniciales y finales, para valorar el estado de Ansiedad y depresión fueron 35. Así mismo, fueron incluidas 35 pacientes a quienes se aplicó únicamente la escala de autoevaluación inicial, ya que no desearon acudir al curso de psicoprofilaxis.

El seguimiento de las pacientes, posterior a la resolución del embarazo, se realizó a través de los expedientes clínicos, donde se tomaron los datos para el análisis estadístico que incluyeron : edad, paridad, número de consultas registradas, número de internamientos y sus causas, resolución del embarazo por parto o cesárea, utilización de fórceps, presentación de desgarros perineales o infecciones puerperales.

ANALISIS ESTADISTICO

Las proporciones presentadas en el estudio se describieron como porcentajes. Los valores promedios se presentaron con +IDS. Se empleó t student para estimar la significancia estadística de las diferencias y se utilizó un nivel de significancia de 0.05.

RESULTADOS

Se analizaron en forma prospectiva, observacional y comparativa dos grupos de pacientes con el fin de evaluar el efecto del curso de psicoprofilaxis sobre el grado de ansiedad y depresión, al que se enfrenta una paciente ante la evolución y resolución de su embarazo y una vez analizado éste efecto se correlacionó el grado de disminución de dicha ansiedad y depresión con la vía de resolución del embarazo, con la frecuencia de demandas de atención médica y de presentación de eventos y patologías durante el mismo y el puerperio.

Se incluyeron en el estudio un total de 124 pacientes de las cuales se excluyeron 64 (44%) por cursar con embarazos de alto riesgo o por no concluir el curso de psicoprofilaxis. De las 70 pacientes restantes se formaron dos grupos, el grupo 1 o grupo en estudio, constituido de 35 pacientes (28%) quienes asistieron al curso de psicoprofilaxis y a quienes se les aplicaron escalas de autoevaluación para detectar el nivel de ansiedad y depresión al principio y al final del curso, y el grupo 2, o grupo control, constituido por 35 pacientes (28%) quienes no aceptaron asistir al curso de psicoprofilaxis y a quienes solo se les proporcionaron las escalas autoaplicables durante su captación en la consulta externa. No fue posible aplicarles las escalas finales, previas a la resolución del embarazo.

En la gráfica 1 se observa que el 83% de las pacientes del grupo en estudio fueron primigestas y en 17% fueron multigestas.

La diferencia de edad en cada grupo fue la siguiente: el grupo 1, con un promedio de 28.08 ± 5.21 años y el grupo 2 con un promedio de 27.11 ± 5.03 años, lo que estableció una diferencia de 0.89 años con un valor de $p < 0.467$ cuando se analizó con la t de Student (ver gráfica 2).

El promedio de consultas parto fue de 7.51 ± 1.56 en el grupo 1 y de 8 ± 2.16 para el grupo 2 lo que estableció una diferencia no significativa de 0.49 consultas.

En cuanto al número de internamientos se observó en el grupo 1, un total de 5, de los cuales solo una paciente ingresó al hospital por enfermedad hipertensiva del embarazo (EHIE), 2 de ellas por amenaza de parto pretérmino (APP) y finalmente 2 por infección de vías urinarias (IVU), en el grupo 2 se observó que el número de interamientos fue de 15, destacando 4 casos con EHIE, 7 con APP, 3 con amenaza de aborto (AA) y dos casos con IVU y Ruptura de membranas respectivamente (gráfica 3).

Cuando se evaluó la escala HAD-inicial, entre ambos grupos, se encontró que en el grupo 1, fue de 11.91 ± 4.93 puntos y de 11.25 ± 5.97 con una diferencia de 0.66 no significativa ($p < 0.66$), lo que estableció que el nivel de ansiedad y depresión fue parecido en ambos grupos, la comparación entre ésta evaluación en el grupo 1, mostró una disminución posterior al curso de psicoprofilaxis de 11.91 ± 4.93 a 9.42 ± 4.54 , con una diferencia significativa de $p < 0.03$, ya que se observó una disminución de 2.49 puntos como se puede observar en la gráfica 4.

La evaluación del IDARE SXE se muestra en la gráfica 5 siendo en el grupo 1 de 65.80 ± 5.34 y de 65.0 ± 4.06 , lo que mostró una diferencia mínima no significativa de $p < 0.916$ de 0.12 y cuando se comparó la diferencia entre la evaluación inicial y la final en el grupo 1, se encontró de 65.80 ± 5.34 y de 62.57 ± 4.11 con una diferencia de 3.23 puntos que fue significativa con un valor de $p < 0.006$.

La evaluación IDARE SXR en el grupo 1 inicial fue de 57.37 ± 5.47 y en el grupo 2 fue de 59.85 ± 6.30 que estableció una diferencia de 2.48 que resultó no ser significativa ($p < 0.084$), sin embargo la comparación entre la evaluación inicial de 57.37 ± 5.47 y final de 53.08 ± 5.80 del grupo 1 fue de 4.29, diferencia significativa con valor de $p < 0.002$ como se muestra en la gráfica 6.

La evaluación de la escala de CARROL se muestra en la gráfica 7 y fue inicial del grupo 1 con 9.54 ± 5.29 y del grupo 2 de 10.57 ± 5.91 con una diferencia de 1.03 no significativa ($p < 0.445$), sin embargo la comparación entre la evaluación inicial de 9.54 ± 5.29 y final 6.97 ± 4.74 mostró una diferencia significativa de 2.57 puntos que resultó ser significativa con un valor de 0.036.

Cuando se comparó la vía de resolución del embarazo, ya sea por parto vaginal o cesárea, se encontró que en el grupo 1 fue de 25 casos por vía vaginal, lo que correspondió a 71.42%, esta frecuencia en el grupo 2 fue menor con una frecuencia de 13 partos vaginales lo que correspondió al 37.14%, esta frecuencia tuvo una diferencia de 34.27% que mostró una significancia con comparación de proporciones de $p < 0.008$ como se puede observar en la gráfica 8.

El tiempo de trabajo de parto registrado en el grupo 1 fue de 2.38 ± 2.13 horas y en el grupo 2 fue de 1.89 ± 2.60 horas.

En cuanto al análisis de la frecuencia de eventos relacionados con el parto y puerperio se observó que el número de desgarros perineales se presentaron con igual frecuencia en ambos grupos con 2 casos en cada uno, las infecciones puerperales se presentaron con 1 caso en el grupo 1 y dos casos en el grupo 2, por último sólo se registró la aplicación de un fórceps Simpson en una paciente del grupo 2.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La psicoprofilaxis obstétrica es considerada hoy en día como un método indispensable para afrontar con tranquilidad la gravidez, el trabajo de parto y el puerperio, ya que son éstas tres etapas o periodos emocionalmente estresantes para muchas mujeres, tendiendo a tener labilidad emocional, irritabilidad y sentimientos de tristeza o excitación, lo que puede desencadenar en la paciente psicopatología o bien ser el determinante central de la evolución de enfermedades tales como dificultad para adaptarse a los problemas de la vida, síntomas y síndromes de tipo ansioso y depresivo, reconociéndose que las mujeres muestran mayor tendencia a estos trastornos durante la vida reproductiva.

En el presente estudio se observó una mayor proporción de pacientes primigestas en relación de multigestas, subrayándose una mayor utilidad del curso psicoprofiláctico en las primeras ya que éstas, de hecho viven mayormente el estado de ansiedad y/o depresión por la incógnita del evento del parto, y por consiguiente mayor predisposición a patologías que se presentan durante el embarazo, parto y puerperio.

No se demostró mayor demanda de atención médica en cuanto al número de consultas, entre el grupo de pacientes que no acudieron al curso de psicoprofilaxis, sin embargo el número de internamientos fue 3 veces mayor en éste grupo de pacientes resaltando como causas la amenaza de parto pretérmino y enfermedad hipertensiva del embarazo, ésta última presumiblemente como manifestación del mayor estado de ansiedad que no fue manejada en éstas pacientes.

En el análisis estadístico de las escalas autoaplicables para el diagnóstico de Síndrome ansioso-depresivo, entre los grupos de estudio, se observó que la diferencia entre el nivel de ansiedad y depresión en las escalas iniciales de ambos grupos no fue significativa, es decir ambos grupos mantenían el mismo nivel de ansiedad y depresión, sin embargo cuando se compararon las escalas iniciales del grupo 1 con las escalas finales del mismo grupo en estudio, que fue el que asistió al curso de psicoprofilaxis, se observaron diferencias significativas, fenómeno observado en las 3 escalas aplicadas al grupo 1, dando ésto mayor validez al estudio, de tal manera que podemos concluir que las escalas HAD, IDARE y CARROL son instrumentos de detección de problemas emocionales, siendo útiles en las pacientes obstétricas y sobre todo para detectar posible patología incipiente que puede afectar la evolución en su manejo médico.

Por otro lado se observó una marcada diferencia en cuanto a la vía de terminación embarazo entre ambos grupos, de tal manera que las pacientes que asistieron al curso o grupo 1, tendieron a la resolución por vía vaginal, en comparación con las que no asistieron al curso, con una diferencia del 34% entre ambos grupos, por consiguiente, se observó una

mayor tendencia a la vía de resolución por cesárea en las pacientes que no tuvieron ningún manejo de éstos trastornos emocionales (63%).

Los eventos como el bloqueo peridural y la aplicación de fórceps fueron irrelevantes para el estudio ya que forman parte del manejo propio del personal de salud de la institución y en cuanto a las infecciones puerperales se presentaron en un 3% en ambos grupos de éstas pacientes, no representando una proporción considerable.

En general es evidente que las intervenciones psicoterapéuticas para manejar las condiciones estresantes de la vida deben estar orientadas a instrumentar recursos psicológicos y sociales para que las pacientes obstétricas enfrenten activamente las situaciones estresantes y no tan solo evitarlas o negarlas.

En este estudio delimitamos las necesidades mas apremiantes de apoyo psicológico a las pacientes obstétricas, orientando los esfuerzos psicoterapéuticos y psicoprofilácticos hacia la esfera de manifestaciones depresivas , ansiosas y psicosomáticas. Por todo lo anterior, los hallazgos de este estudio sugieren líneas de intervención y prevención en el sentido de implementar y evaluar programas que faciliten el manejo adecuado de las situaciones o eventos estresantes y se aboquen a la tarea de incidir y prevenir los síntomas clínicos de disfunción psicosocial que aumenta las necesidades y demandas de atención médica.

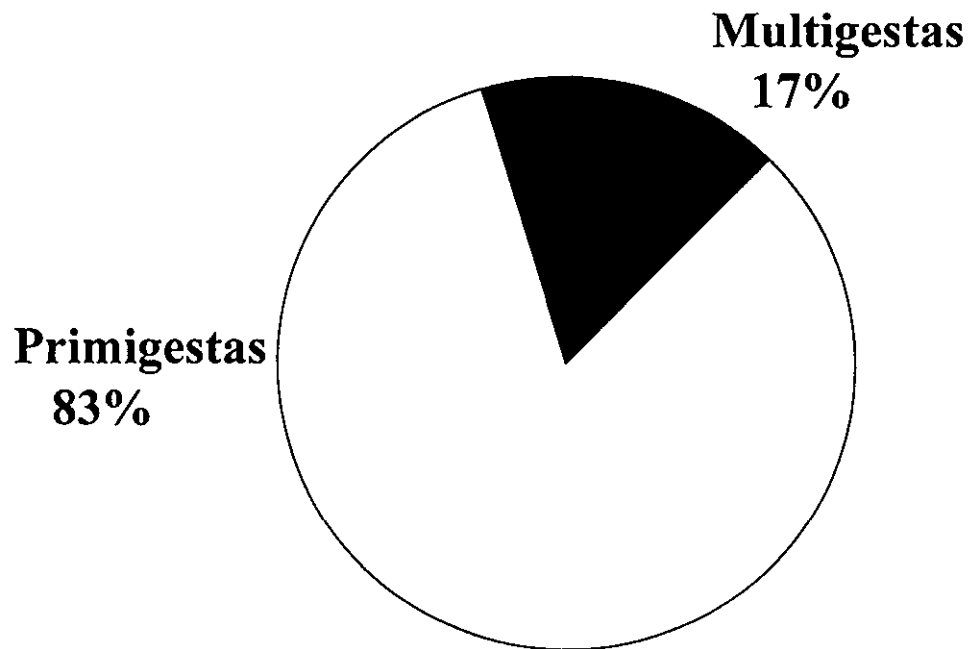
BIBLIOGRAFIA

- 1.- American Psychiatric Association : DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson, México, 1996.
- 2.- Carroll BJ, Fielding JM, Blaski TG. Depression Rating Scales. Arch Gen Psychiatry. 1973 ; 28 ; 361-366.
- 3.- Carroll BJ, Fielding JM, Smouse PE y Cols. The Carrol Rating Scale for Depression. Development, reliability and validation. Brit J Psychiatry. 1981 ; 138 ; 194-200.
- 4.- Cunningham FG, MacDonald PN, Leveno KJ y Cols. Analgesia and Anesthesia, en: Williams Obstetrics. 19 th ed., Appleton & Lange, Norwalk, Connecticut, 1993.
- 5.- D'Alfonso A, Zaurito V, Facchini D. Validità Della Psicoprofilassi Ostétrica. Minerva Ginecol. 1990; 42: 545-8.
- 6.- Ewart CK. Marital interaccion - The Context for Psychosomatic Research. Psychosomatic Medicine. 1993; 55: 410-412.
- 7.- De Haven PC, Clark RB. From Fanny to Femand: Development of Consumerism in Pain Control during the Birth Process. Am J Obstet Gynecol. 1992; 581-587.
- 8.- Gómez EM, Morales CF, Aretia PA. Detección de Alteraciones Emocionales en Pacientes Obstétricas y Ginecológicas. Ginec Obstet Mex. 1990; 58: 112-116.
- 9.- González CM. Psicología Clínica aplicada a la Ginecología . Boletín Médico.
- 10.- González-Fortaleza CF, Morales F, Gutiérrez E. Detección Oportuna de Pacientes Gineco-Obstétricas con Disfunción Psicosocial. Ginec Obstet Mex. 1992; 60: 15-21.
- 11.-Hughey MJ, McElin TW, Facog MS, y Cols. Maternal and Fetal outcome of Lamaza-Prepared Patients. Obstetrics and Gynecology. 1978; 51 (6): 643-47.
- 12.-Kennell J, Klaus M, McGraths. y Cols. Continuous Emotional Support During Labor in US Hospital. JAMA. 1991; 265 (17): 2197-2201.
- 13.-Klaus MH, Kennell JH, Robertson SS, y Cols. Effects of Social Support During Parturition on Maternal and Infant Morbidity. Brithish Medical Journal. 1986; 585-587.

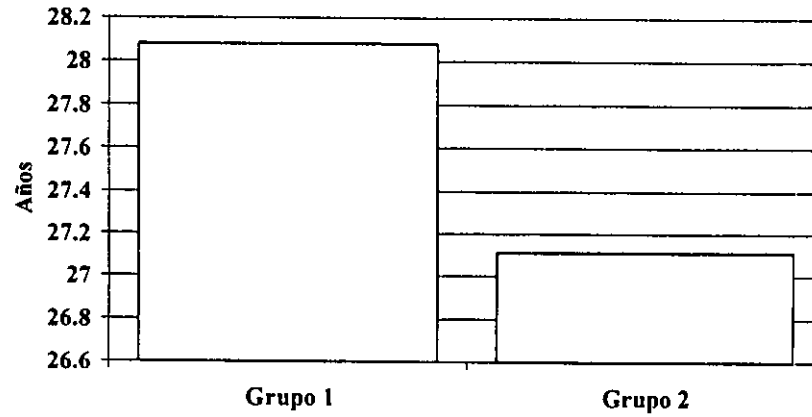
- 14.-Rosental MB, Benson RC. Aspectos Psicológicos de la Obstetricia y Ginecología. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétricos.
- 15.-Scheier MF, Bridges MW. Person Variables and Health: Personality Predispositions and Acute Psychological States as Shared Determinants for Disease. *Psychosomatic Medicine*. 1995; 57: 255-268.
- 16.-Schwarcz RL, Duverges CA, Díaz AG, y Cols. Obstetricia. Ed. El ateneo. 1989.
- 17.-Spielberger CD, Martínez-Urrutia FA, González Reigosa LF. Inventario de Autoevaluación (IDARE). De. El Manual Moderno. 1980.
- 18.-Sosa R, Kennel J, Klaus M, y Cols. The Effect of a Supportive Companion on Perinatal Problems. Length of Labor, and Mother-Infant Interaccion. *The New England Journal of Medicine*. 1980; 303 (11): 597-600.
- 19.-Stafford R. Alternative Strategies for Controlling Rising Cesarean Section Rates. *JAMA*. 1990; 263 (5): 683-687.
- 20.-Sexta Jornada Médica Bienal. IMSS. Hospital De Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala". México. 1996.
- 21.-Vives RJ, Lartigue BT. Manual de Psicoterapia Breve durante el Embarazo y Lactancia. Universidad Iberoamericana. México. 1994.
- 22.-Zigmond AS, Snalth RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 : 67 ; 361-370.

GRAFICAS

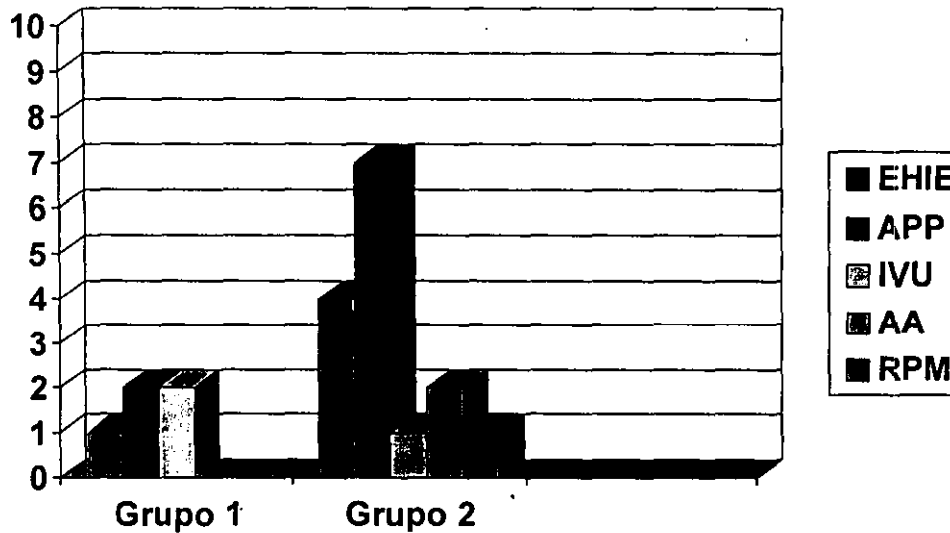
**Gráfica N° 1 Relación de primigestas y multigestas de
pacientes que llevaron el curso de psicoprofilaxis.**



Gráfica N°2 Promedios de Edad por Grupo .



Gráfica N° 3 Número de internamientos de acuerdo a causas en los grupos 1 y 2.



EHIE: Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.

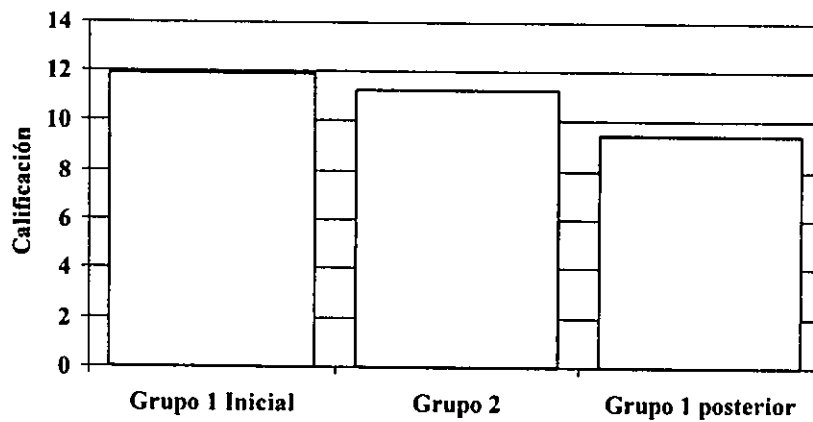
APP: Amenaza de parto pretérmino.

IVU: Infección de vías urinarias.

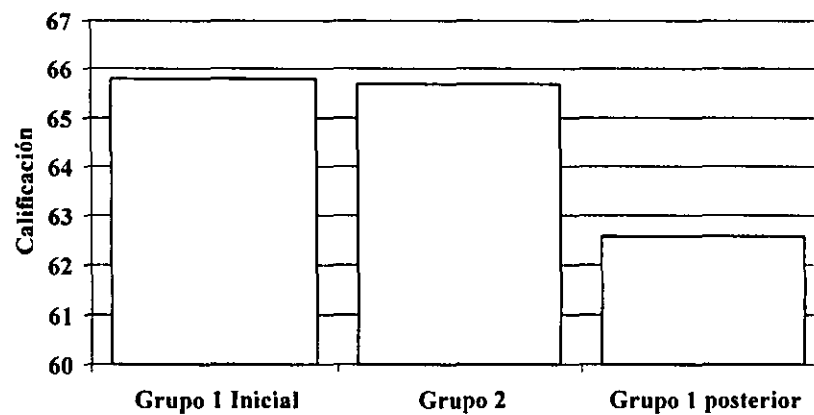
AA: Amenaza de aborto.

RPM: Ruptura prematura de membranas.

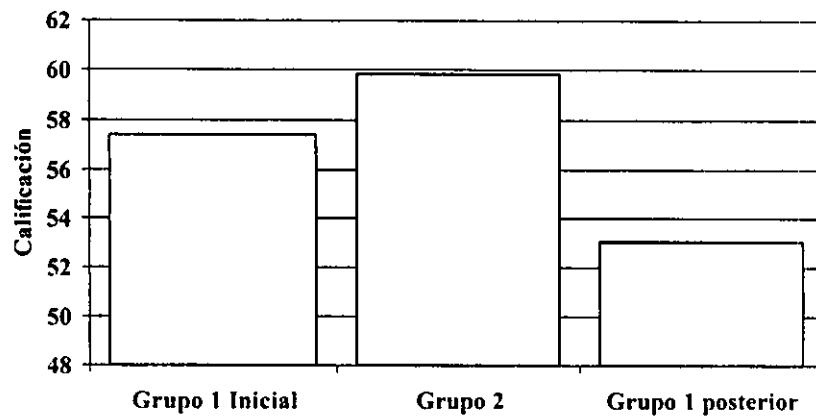
Gráfica N° 4 Resultados de la evaluación HAD.



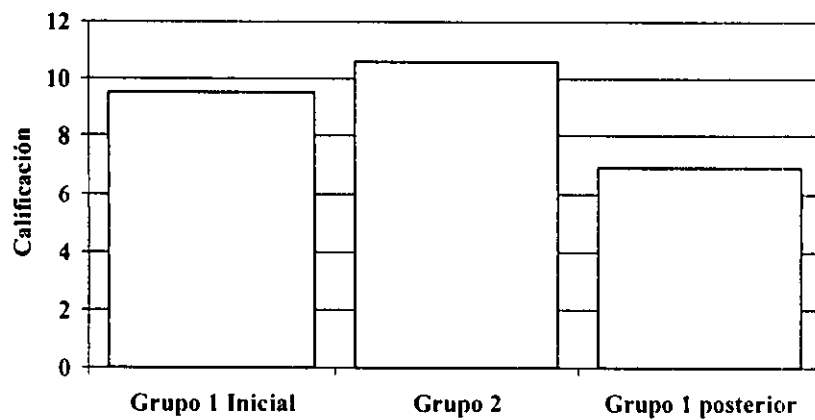
Gráfica N° 5 Resultados de la evaluación IDARE SXE1.



Gráfica N°6 Resultados de la evaluación IDARE SXR1.



Gráfica N° 7 Resultados de la evaluación CARROL.



Gráfica N° 8 Resolución del embarazo por grupos de estudio .

