

Guía de intervención psicológica para pacientes con embarazo de alto riesgo

MA. EUGENIA GÓMEZ-LÓPEZ^a

RESUMEN

El objetivo de esta guía es ofrecer al especialista en salud mental, pautas para la atención psicológica de mujeres con embarazo de alto riesgo dentro de las instituciones de salud.

Con base en la mejor evidencia encontrada y en la experiencia clínica desarrollada en el Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", con este tipo de pacientes, se describen las principales alteraciones emocionales que presentan las mujeres durante este tipo de evento reproductivo, su frecuencia, la manera de diagnosticarlas, así como su tratamiento más adecuado.

PALABRAS GUÍA: *Guía de intervención psicológica, alteraciones emocionales, embarazo.*

¿QUÉ ES EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO?

Es aquel evento obstétrico en el que existe un factor, ya sea materno o fetal, que afectará de manera adversa el resultado de la gestación.¹

¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN MÉXICO Y EN EL INPerIER?

En México se atienden alrededor de 347 mil mujeres embarazadas en las instituciones nacionales de salud, de las cuales 55 mil cursan un embarazo de alto riesgo.²

En el INPer se atendieron 4,629 embarazos de alto riesgo durante el año 2005.³

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA SALUD PSICOLÓGICA DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO?

El embarazo es un periodo de crisis del desarrollo psicológico, en el que intervienen aspectos fisiológicos y dinámicos, vinculados al nivel de madurez emocional de la mujer embarazada, como: el sentido de feminidad, la presencia de conflictos no resueltos y la relación temprana madre-hija.⁴

Las adaptaciones necesarias para el nacimiento afectan los ámbitos fisiológicos, sociales y psicológicos de la mujer y no importa qué tan positiva sea la respuesta emocional frente al nacimiento del bebé, ésta es una etapa muy estresante. El impacto de la enfermedad mental en la etapa perinatal puede ser muy amplio. El efecto sobre el desarrollo del niño es de particular importancia. Si el vínculo madre-hijo se encuentra alterado, el desarrollo, social, intelectual y cognoscitivo puede alterarse.^{5(2++B)*}

La salud mental está condicionada por la capacidad que el individuo tenga, en un momento determinado, para enfrentar las diversas condiciones por las que atraviesa. El aparato mental posee una forma de organización particular de acuerdo con esas experiencias y con el resultado afectivo que de ellas surja.⁶

^a *Psicóloga adscrita al Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología. Isidro Espinosa de los Reyes.*

Correspondencia:
 Psic. Ma. Eugenia Gómez-López
 Montes Urales 800, Col. Lomas Virreyes, CP 11000, México, DF.
 Correo electrónico: megl97@yahoo.com.mx

Recibido: 11 de diciembre de 2006.
Aceptado: 9 de febrero de 2007.



La salud emocional de la mujer embarazada deberá evaluarse, principalmente, a partir de su capacidad o no, para enfrentar este evento y de su posibilidad o no, de adaptarse a los cambios que éste conlleve.

¿CUÁLES SON LOS FACTORES ASOCIADOS CON LAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS DURANTE EL EMBARAZO?

Factores psicosociales

Los factores psicosociales son cualquier acontecimiento o cambio vital que pueda asociarse temporalmente, y quizá causalmente, al inicio, ocurrencia o exacerbación de un trastorno mental.

Durante el embarazo los más importantes son:

1. Factores socioeconómicos: empleo, pobreza y trabajo doméstico.
2. Factores fisiológicos: enfermedades físicas crónicas.
3. Factores psicológicos: eventos de vida y aislamiento social.^{5(2++B)*}
4. Nivel socioeconómico: educación, ingresos, empleo.
5. Estrés: conflictos de pareja, eventos de vida negativos, insatisfacción con respecto al embarazo, sentirse enferma.
6. Apoyo social: apoyo de la pareja, de amigos y familiares, número de amigos.⁷

En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", se detectó que los principales factores de riesgo para que las pacientes, atendidas en una institución médica dedicada a la atención de la salud reproductiva, presenten alguna alteración emocional, son: ser paciente obstétrica, tener un hijo vivo o más, no tener pareja, dedicarse al hogar, ser comerciante o desempleada, ser mayor de 35 años y tener una escolaridad de cero a nueve años.⁸

* Los números y las letras entre paréntesis corresponden a los Niveles de Evidencia y a los Grados de Recomendación, respectivamente, propuestos por la Red de Guías Intercolegiales Escocesas (SIGN 2004). Ver: Aldana-Calva E, Gómez-López ME. Criterios para la Elaboración de las Guías de Intervención Psicológica. *Perinatol Reprod Hum* 2007; 21: 11-21.

Tabla 1
Principales síntomas psicológicos durante el embarazo

Ansiosos	Ansiedad, angustia, desesperación, irritabilidad, miedo, crisis nerviosas, insomnio, nerviosismo, preocupación, inquietud.
Disfóricos	Llanto, desgano, tristeza, apatía, irritabilidad, falta de apetito, cansancio.
Eufóricos	Alegría y entusiasmo desbordantes.

¿CUÁL ES LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA ASOCIADA CON EL EMBARAZO?

La tabla 1 presenta los principales síntomas psicológicos que aparecen durante el embarazo.

Estos síntomas se presentan a partir del embarazo y pueden durar toda la gestación y remitir después de la resolución del embarazo.

¿Qué es el malestar psicológico?

Es el conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, y que no puede agruparse en una condición sintomática, por no reunir los criterios propuestos donde se experimenta incomodidad subjetiva.

Dadas las características propias del embarazo, podría afirmarse que éste provoca una alteración psicológica transitoria en la mujer, ya que necesita adaptarse a una nueva situación, lo que puede generarle alguna manifestación aguda, con disminución de las funciones yoicas, así como restricción temporal de la conciencia, reactiva y funcional, que actúa sobre el yo y es egodistónica, sin impacto en la estructura de personalidad; lo que se considera entonces una inhibición o malestar psicológico.⁹

Por las características de su manifestación, el malestar psicológico puede clasificarse como:

1. Predominantemente eufórico: caracterizado por la presencia de un sentimiento exagerado de bienestar o alegría.
2. Predominantemente disfórico: en donde aparece un estado de ánimo desagradable, como tristeza o irritabilidad.

3. Predominantemente ansioso: en donde se observan reacciones anticipatorias de miedo o aprensión, de peligro o amenaza inespecífica, preocupación y angustia.
4. Mixto eufórico-ansioso: en donde aparece una combinación de alegría exagerada con miedo, angustia y preocupación.
5. Mixto disfórico-ansioso: en donde se observa una combinación de tristeza o irritabilidad con miedo, angustia y preocupación.

En un estudio realizado en 3,162 pacientes obstétricas del INPerIER, se encontró que la prevalencia de malestar psicológico en esta población fue de 56.5%, mientras que la presencia de patología severa fue de 3.8%. El resto de la población no presentó ningún tipo de alteración psicológica de importancia.⁸

Las mujeres en etapa reproductiva pueden presentar malestar psicológico secundario a:

1. Factores reproductivos:

- a) Por embarazo.
- b) Evolución del riesgo obstétrico.
- c) Pérdidas perinatales recurrentes.
- d) Antecedente de esterilidad.
- e) Enfermedades crónicas anteriores al embarazo.
- f) Temor a los procedimientos médicos y resolución del embarazo.

2. Factores psicosociales:

- a) Disfunción marital.
- b) Disfunción familiar.
- c) Disfunción social y/o laboral.

¿Cómo se manifiesta el malestar psicológico en la mujer con embarazo de alto riesgo?

1. Secundario a factores reproductivos:

- a) Por embarazo.
 - Dificultad para aceptar el embarazo.
 - Tristeza, angustia.
 - Ansiedad por los cambios físicos y emocionales que el embarazo conlleva.

- Dificultad para adaptarse a la nueva situación.
- Temor de enfrentar la situación.

b) Evolución del riesgo

- Angustia y temores por las posibles complicaciones asociadas con el embarazo.
- Miedo a perder o afectar al producto.
- Miedo a morir en el parto.

c) Pérdidas previas.

- Ansiedad por lograr el embarazo actual
- Temor de repetir la pérdida.
- Preocupación excesiva por su estado físico y salud del producto.
- Obsesión por la sintomatología física propia del embarazo.
- Reactivación de duelo previo no resuelto (tristeza, llanto, angustia, culpa).

d) Antecedentes de esterilidad.

- Obsesión por conseguir el embarazo.
- Ansiedad por lograr el embarazo actual.
- Temor de abortar.
- Preocupación excesiva por su estado físico y salud del producto.
- Obsesión por sintomatología física propia del embarazo.

e) Enfermedades crónicas anteriores al embarazo.

- Ansiedad por lograr el embarazo.
- Temor por la salud del producto.
- Temor a morir en el parto.
- Negación de la gravedad de la situación
- Sentimientos de frustración y enojo.

f) Temor a los procedimientos médicos y resolución del embarazo.

- Ansiedad y angustia frente a la exploración ginecológica.
- Miedo a la cesárea.
- Miedo al parto.

2. Secundario a factores psicosociales:

- a) Disfunción marital.
 - Dificultad para aceptar el embarazo.
 - Miedo de asumir responsabilidades y



compromisos relacionados con el embarazo.

- Distanciamiento y poca comunicación.
- Divergencia en las expectativas y fantasías hacia el embarazo.

b) Disfunción familiar.

- Dificultad para aceptar el embarazo.
- Dificultad para aceptar un embarazo sin pareja.
- Rechazo hacia la pareja.

c) Disfunción social y/o laboral.

- Ansiedad y angustia frente al desempleo.
- Miedo a perder el trabajo.
- Miedo a no poder hacer frente a los gastos.
- Miedo a no tener dónde vivir.

¿Qué tan frecuentes son?

Dentro del INPerIER, el malestar psicológico en pacientes obstétricas se presenta en 56.5% de la población que acude a esta institución.⁸

De manera específica, en mujeres con embarazo de alto riesgo, durante el 2005 se encontró en 41.6% de las pacientes.¹⁰

Los síntomas del malestar psicológico pueden dividirse en:

1. Malestar psicológico predominantemente ansioso: 22%
2. Malestar psicológico predominantemente disfórico: 0.9%
3. Malestar psicológico de tipo mixto: 18.7%

¿Cómo se diagnostica?

1. Puntuación de 8 a 22 puntos en el Cuestionario General de Salud (CGS).
2. Entrevista clínica semiestructurada para identificar la sintomatología:
 - a) Aparición de síntomas emocionales o comportamentales (ansiosos, disfóricos y eufóricos) en respuesta a al embarazo, que tienen lugar dentro de los tres meses siguientes al diagnóstico del mismo.
 - b) Malestar mayor de lo esperable en respuesta al embarazo.
 - c) Deterioro significativo de la actividad social o académica.

¿Cuál es el tratamiento más adecuado?

La literatura mundial menciona que aquellas mujeres que experimentan malestar psicológico no necesariamente reúnen criterios formales para un diagnóstico, sin embargo, también pueden beneficiarse de tratamientos o intervenciones focalizados.^{11(2+C)}

Asimismo, se recomienda el *counseling* o consejería psicológica, como tratamiento para problemas de aparición reciente (menos de un año), como son la adaptación a cambios en la vida, estrés y ansiedad situacional, depresión subclínica o estado de ánimo disfórico, problemas maritales y relacionales, así como dificultades en las relaciones interpersonales.^{12(2++B)}

El *counseling* o consejería psicológica es un proceso sistemático, el cual brinda a los individuos una oportunidad para explorar, descubrir y clarificar maneras de vivir más gratificantes, con gran sentido de bienestar. Ésta puede preocuparse por dirigir y resolver problemas específicos, toma de decisiones o mejorar las relaciones con los demás.^{13(2++B)}

En el INPerIER, la psicoterapia de grupo breve de apoyo es el tratamiento más utilizado para estas alteraciones.

DEPRESIÓN PRENATAL

¿Qué es la depresión prenatal?

Es aquella sintomatología que abarca los episodios depresivos mayores y menores que ocurren durante el embarazo.^{14(2++B)}

De acuerdo con el DSM-IV, el episodio depresivo mayor se caracteriza por un periodo de al menos dos semanas, en el que existe un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer para casi todas las actividades. El sujeto debe experimentar además de los síntomas anteriores, al menos cuatro síntomas adicionales, como: cambios en el apetito o peso corporal; alteraciones en el sueño y la actividad psicomotora; falta de energía y sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, y/o intentos suicidas.¹⁵

¿Qué tan frecuente es?

La evidencia en la literatura mundial indica que su prevalencia va de 2 a 21% (establecida a

través de la entrevista diagnóstica), y de 8 a 31% (establecida por cuestionarios de autorreporte).^{16(2++B)}

Otros estudios señalan que la depresión mayor se presenta en 3.1 a 4.9% de las mujeres embarazadas, dependiendo de la semana de gestación. La depresión menor y mayor combinadas, se encuentran en 8.5 a 11% de las mujeres embarazadas.^{14(2++B)}

Sin embargo, en el INPerIER, en un estudio realizado en 2003, se encontró que entre la población obstétrica en riesgo de padecer patología severa, 17.8% de las mujeres, entre las semana 13 y 40 de gestación, presentaron depresión probable de acuerdo con la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh.¹⁷

¿Cómo se diagnostica?

1. Si la paciente obtiene una puntuación mayor de 23 puntos en el CGS.
2. Si la paciente obtiene más 14 puntos en la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh.
3. Mediante la aplicación de la Entrevista Clínica Semiestructurada, codificada para identificar la sintomatología propuesta por el DSM-IV, como:
 - a) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio sujeto.
 - b) Disminución acusada del interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
 - c) Pérdida o aumento importante de peso sin hacer régimen, o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
 - d) Insomnio o hipersomnias casi cada día.
 - e) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
 - f) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 - g) Sentimientos inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.
 - h) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día.
 - i) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente.
4. Establecer si es un episodio único o si es recurrente.

¿Cuál es el tratamiento más adecuado?

La evidencia mundial muestra que la psicoterapia, en combinación con el uso de medicamentos antidepresivos, mejora en forma significativa la tasa de respuesta en personas con depresión.^{18(2++B)}

En particular el uso de psicoterapia de grupo de tipo breve, aplicada en forma manera paralela con el tratamiento farmacológico psiquiátrico (cuando así se requiere) ha demostrado su utilidad.

ANSIEDAD PRENATAL

¿Qué es la ansiedad prenatal?

Es el miedo anticipado a padecer un daño o desgracia futuros que se presenta durante el embarazo, acompañada de un sentimiento de temor o de síntomas somáticos de tensión y aprensión y de un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo.

¿Qué tan frecuente es?

Por lo general, se le ha estudiado en combinación con la depresión prenatal, por lo que no hay estudios individuales acerca de su frecuencia.

Las medidas estandarizadas para evaluar la ansiedad no son ampliamente utilizadas en los ambientes perinatales y la mayoría de los informes acerca de los síntomas de ansiedad, se basan en la entrevista diagnóstica o en escalas de autorreporte, como la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh.^{11(2+C)}

En el INPerIER, entre las pacientes con embarazo de alto riesgo la frecuencia de trastornos de ansiedad durante el 2005 fue de 12.1%: siendo el más común el trastorno de angustia sin agorafobia con 6.5%.¹⁰

¿Cómo se diagnostica?

1. Puntuación mayor de 23 puntos en el CGS (Cuestionario General de Salud).
2. Más de 14 puntos en la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh.
3. Entrevista clínica semiestructurada codificada para identificar sintomatología planteada por el DSM-IV:

Aparición temporal y aislada del miedo o malestar intenso, acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos: palpitaciones,



sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca; sudoración; temblores o sacudidas; sensación de ahogo o falta de aliento; sensación de atragantarse; opresión o malestar torácico; náuseas o molestias abdominales; inestabilidad, mareo o desmayo; desrealización o despersonalización; miedo a perder el control o volverse loco; miedo a morir; parestesias; escalofríos o sofocaciones.

¿Cuál es el tratamiento más adecuado?

1. La terapia cognitivo-conductual es el tratamiento más adecuado para este problema.^{12,13(2++B, 2+C)}
2. Tratamiento farmacológico psiquiátrico cuando se requiera.

De inicio previo al embarazo

Durante el embarazo, el psicólogo debe poner toda su atención en detectar y atender problemas psiquiátricos de inicio previo a éste como: trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, trastornos de personalidad, de abuso y/o dependencia de sustancias, trastornos de la alimentación y, en pocos casos, esquizofrenias o cualquier otro trastorno psicótico que pudiera poner en riesgo a la paciente y a su hijo. Es muy importante darle seguimiento al tratamiento anterior tanto farmacológico como psicoterapéutico, para establecer el pronóstico y el tratamiento adecuados.

A pesar de que es poca su frecuencia entre las pacientes con embarazo de alto riesgo en el INPerIER, los más comunes son:

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

¿Qué son los trastornos del estado de ánimo?

Constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades típicamente recurrentes, donde se incluyen el trastorno unipolar (depresivo) y el bipolar (maníaco-depresivo). Consisten en alteraciones del humor con carácter infiltrativo que se acompañan de disfunción psicomotriz y síntomas vegetativos.

¿Qué tan frecuentes son?

Entre las pacientes con embarazo de alto riesgo del INPerIER, la frecuencia es muy baja: 1.9% con trastorno distímico y 0.9% con trastorno bipolar.¹⁰

¿Cómo se diagnostican?

1. Puntuación mayor de 23 puntos en el CGS.
2. Más 14 puntos en la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg.
3. Entrevista clínica semiestructurada codificada para identificar sintomatología planteada por el DSM-IV:

- Trastorno bipolar:
 - Hay seis criterios para el trastorno bipolar I: episodio maníaco único, episodio más reciente hipomaníaco, episodio más reciente maníaco, episodio más reciente mixto, episodio más reciente depresivo y episodio más reciente no especificado.
 - Establecer pronóstico con respecto a la capacidad de maternaje.
- Trastorno distímico:
 - Estado ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día, la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años.
 - Sintomatología: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultad para concentrarse o para decidir, sentimientos de desesperanza, iniciada antes de los 21 años.

¿Cuál es el tratamiento más adecuado?

Para el trastorno bipolar la literatura señala que 21.4% de los casos con trastorno bipolar (último episodio depresivo) y 13.3% con último episodio maniaco, que no se atendieron durante el embarazo, tienen el riesgo de desarrollar psicosis puerperal. De allí la importancia de que estas pacientes sigan un tratamiento farmacológico adecuado durante la gestación.^{19(1++A)}

Para el trastorno distímico se recomienda la psicoterapia psicoanalítica.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

¿Qué son los trastornos de personalidad?

Es un tipo de trastorno conductual que se caracteriza por provocar considerables problemas para

la adaptación social. La persona que padece el trastorno de personalidad no siempre ni forzosamente se siente perturbada, en cambio, los demás a menudo, consideran su conducta perturbadora o molesta.

¿Qué tan frecuentes son?

Entre las pacientes con embarazo de alto riesgo del INPerIER, la frecuencia es muy baja: 0.9% con trastorno de la personalidad por dependencia.¹⁰

¿Cómo se diagnostican?

1. Puntuación mayor de 23 puntos en el CGS.
2. Entrevista clínica semiestructurada codificada para identificar la sintomatología planteada por el DSM-IV:

a) Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas:

- Formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos.
- Gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional.
- Actividad interpersonal.
- Control de impulsos.
- Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
- El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia.

b) Establecer el pronóstico con respecto a la capacidad de maternaje.

¿Cuál es el tratamiento más adecuado?

La psicoterapia psicoanalítica y la terapia cognitivo-conductual de manera paralela y la aplicación de tratamiento farmacológico psiquiátrico cuando éste se requiera.^{12,13(2++B, 2+C)}

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

¿Qué son los trastornos de la alimentación?

- **Anorexia nerviosa.** Síndrome psiquiátrico que se centra sobre la negativa del enfermo a comer y que conlleva una alarmante pérdida de peso. Suele aparecer en mujeres jóvenes en edades entre la pubertad y la adolescencia.
- **Bulimia.** Sensación anormalmente intensa y a veces irrefrenable de ansia de ingerir alimentos.

¿Qué tan frecuentes son?

Entre las pacientes con embarazo de alto riesgo del INPerIER, la frecuencia es muy baja: 1.9% de las pacientes presentan anorexia nerviosa y 0.9% bulimia.¹⁰

¿Cómo se diagnostican?

1. Puntuación mayor de 23 puntos en el CGS (Cuestionario General de Salud)
2. Entrevista clínica semiestructurada codificada para identificar sintomatología planteada por el DSM-IV:

a) **Anorexia nerviosa.** Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando edad y talla.

- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal.
- Ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

b) **Bulimia nerviosa.** Presencia de atracones recurrentes, provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.

- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas se presentan en



promedio dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.

- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

c) Establecer pronóstico con respecto a la capacidad de maternaje.

¿Cuál es el tratamiento más adecuado?

La psicoterapia psicoanalítica focalizada y terapia cognitivo-conductual, así como tratamiento farmacológico psiquiátrico cuando se requiera.^{13(1++A)}

ABUSO DE SUSTANCIAS

Se caracteriza por la presencia de un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno o más de los siguientes puntos, durante un periodo de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en la casa.
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales.
5. Establecer pronóstico con respecto a la capacidad de maternaje.

¿Qué tan frecuente es?

Entre las pacientes con embarazo de alto riesgo del INPerIER, su frecuencia es muy baja: 1.9% para abuso de alcohol en remisión parcial y 0.9% para abuso de cocaína en remisión parcial.¹⁰

¿Cuál es el tratamiento más adecuado?

La psicoterapia interpersonal de manera paralela y tratamiento farmacológico psiquiátrico cuando se requiera.

RETRASO MENTAL

¿Qué es el retraso mental?

Es la capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un Coeficiente Intelectual (CI)

aproximadamente de 70 o inferior, en una prueba de CI aplicada de manera individual.

¿Qué tan frecuente es?

Entre las pacientes con embarazo de alto riesgo del INPerIER, la frecuencia es muy baja: 0.9% para retraso mental leve.¹⁰

¿Cómo se diagnostica?

1. CI inferior a 70 obtenido de la aplicación de una prueba de inteligencia.
2. Entrevista clínica semiestructurada codificada para identificar sintomatología planteada por el DSM-IV.
3. Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual en por lo menos dos de las siguientes áreas: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.
4. Establecer pronóstico con respecto a la capacidad de maternaje.

Tratamiento

Más que un tratamiento, se da seguimiento al caso y se da orientación a los familiares en cuanto al manejo de la paciente, para que se asuma una supervisión o la responsabilidad de los cuidados maternos.

¿Qué es la psicoterapia?

La psicoterapia se basa en la relación profesional y humana de uno o varios pacientes, con uno o varios especialistas; la cual utiliza determinados procedimientos psicológicos y conocimientos sobre el psiquismo para promover el cambio psíquico, buscando aliviar un sufrimiento o favorecer el desarrollo de la persona y de sus vínculos.^{12(2++B)}

Es además, una forma de tratamiento de las alteraciones o trastornos emocionales de una paciente, que tiene como meta la modificación de síntomas que alteran sus patrones de comportamiento y debilitan sus funciones psíquicas, para con ello favorecer recursos adaptativos que promuevan su bienestar.²⁰

¿Dentro del INPerIER qué tipo de psicoterapia se trabaja con las mujeres con embarazo de alto riesgo?

La psicoterapia psicoanalítica de grupo de tipo breve, con las siguientes características:

1. De objetivos delimitados.
2. De tipo abierto.
3. Focalizada.
4. Cara a cara.
5. Con énfasis en la realidad.

¿Cuál es el objetivo de este tipo de psicoterapia con mujeres con embarazo de alto riesgo?

Atender a un número mayor de pacientes al mismo tiempo, y favorecer, a partir de la interacción de éstas, un proceso terapéutico que les permita, con base en las diferentes experiencias planteadas, alcanzar una conciencia acerca de lo que las origina. Finalmente, encontrar maneras más adaptativas para solucionarlas, con la intención de que las mujeres cursen su embarazo sin alteraciones importantes en su estado de ánimo y asuman su maternidad de forma adecuada.¹⁰

¿Qué pacientes con embarazo de alto riesgo requieren psicoterapia?

1. Aquellas que por el diagnóstico presenten algún tipo de malestar psicológico (véase antes).
2. Aquellas que por el diagnóstico y los antecedentes padezcan algún trastorno previo al embarazo (véase antes).

¿Cuál es el apego a la psicoterapia entre las mujeres con embarazo de alto riesgo?

Entre las pacientes con embarazo de alto riesgo del INPerIER durante el 2005, se recomendó la psicoterapia de grupo como tratamiento principal a 65.4%, de las cuales 58.8% asistió en promedio a 4.3 sesiones.¹⁰

¿Es la psicoterapia breve de grupo un tratamiento eficaz para las mujeres con embarazo de alto riesgo?

En la práctica clínica, el tratamiento por lo general necesita hacerse a la medida del tipo de trastorno (p. ej. ansiedad o depresión), la severidad, y el contexto psicosocial; y las dificultades están, en si se establece como objetivo el estado de ánimo de la madre, la

relación madre-hijo, las conductas de ambos padres, o cualquier otra variable.^{11(2+C)}

A pesar de que la literatura mundial muestra poca evidencia con respecto a la eficacia de la psicoterapia, los estudios realizados afirman que:

La psicoterapia psicodinámica breve es un tratamiento eficaz para los trastornos psiquiátricos, aunque es necesario investigar más acerca de su eficacia en los trastornos específicos.^{21(2++B)}

La psicoterapia interpersonal es un método eficaz para el tratamiento antidepresivo durante el embarazo y debe ser el tratamiento de primera línea en la jerarquía de tratamientos para la depresión antes del parto.^{22(2++B)}

En la práctica clínica realizada en el INPerIER, se ha podido observar que con la psicoterapia de grupo breve disminuye la intensidad de manifestaciones emocionales propias del malestar psicológico y ofrece contención para la sintomatología propia de los diferentes trastornos psiquiátricos.

¿Qué resultados se obtienen a través de la psicoterapia con mujeres con embarazo de alto riesgo?

1. Reducción de la sintomatología de tipo ansioso, depresivo, disfórico, eufórico o mixto.
2. Aceptación del embarazo y de su maternidad.
3. Aceptación de los cambios de vida que el embarazo conlleva.
4. Asunción del rol materno de manera adaptativa y funcional.
5. Mayor apego al tratamiento médico.
6. Ampliación de la conciencia con respecto a sus conflictos y al evento reproductivo.
7. Fortalecimiento de las funciones yoicas, con respecto a: percepción, planificación, coordinación, control de impulsos, adecuación realista, integración, autonomía, plasticidad, organización y cohesión.
8. Empleo de estilos de afrontamiento más adaptativos que le permitan solucionar sus problemas de manera más organizada y centrada.
9. Establecimiento de límites con la pareja y la familia.
10. Afrontamiento de la resolución del embarazo.
11. Elaboración de duelo por pérdidas anteriores.
12. Toma de conciencia de la problemática de pareja.



ABSTRACT

The aim of this guide is to offer to the specialist in mental health, guidelines for the psychological intervention of high-risk pregnant women, within health institutions. Based on the best found evidence and the clinical experience with this type of population, we described the main emotional disturbances displayed by high-risk pregnant women, its frequency, its diagnosis, as well as its treatment.

KEY WORDS: *Guideline of psychological intervention, emotional disturbances, pregnancy.*

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Perinatología. Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología. México DF, INPer, 1998.
2. INEGI. Estadísticas del censo de población. México DF, INEGI, 2005.
3. Instituto Nacional de Perinatología. Anuario estadístico 2005. México: INPer; 2005.
4. Morales-Carmona F, González CG, Valderrama BG. Perfil de personalidad de un grupo de mujeres embarazadas. *Perinatol y Reprod Hum* 1988; 2: 165-74.
5. Department of Health. Women's Mental Health. Into the Mainstream. Strategic Development of Mental Health Care for Women. London: The Stationery Office, 2002.
6. Instituto Nacional de Perinatología. Psicología de la reproducción humana. Un enfoque integral. México DF: Trillas, 2002.
7. Glazier RH, Elgar FJ, Goel V, Holzappel S. Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2004; 25: 247-55.
8. Morales-Carmona F. Detección y vigilancia de condiciones psicológicas críticas durante el embarazo. Ponencia presentada en la XXII Reunión Anual del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", 25-29 de abril 2005.
9. Morales-Carmona F, Díaz-Franco E, Espíndola-Hernández JG, Henales-Almaraz C, Meza-Rodríguez MP, Mota-González C, Pimentel-Nieto D. Concepto de salud psicológica. Temas selectos en orientación psicológica. Creando alternativas. México: Universidad Iberoamericana. Manual Moderno; 2004, 49-61.
10. Gómez-L ME, Aldana CE. Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud* 2007; 17: 53-61.
11. Austin MP, Priest SR. Clinical issues in perinatal mental health: new developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112: 97-104.
12. Bernardi R, Defey D, Garbarino A, Tutté JC, Villalba L. Guía clínica para la psicoterapia. *Rev Psiquiatr Urug* 2004, 68: 99-146.
13. Treatment choice psychological therapies and counseling. Evidence Based Clinical Practice Guideline. London: Department of Health; 2001, 4-10-0004.
14. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence Report No. 119; 2006. Disponible en: www.ahrq.gov
15. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). 7ª. Reimp. Barcelona, España: Ed. Masson; 1995.
16. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Depresión during pregnancy. Overview of Clinical Factors. *Clin Drug Invest* 2004; 24: 157-79.
17. Espíndola JG, Morales CF, Mota C, Díaz E, Meza P, Rodríguez L. Calibración del punto

- de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18: 179-86.
18. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression. *Arch Gen Psychiat* 2004; 61: 714-19.
 19. National Collaborating Centre for Mental Health. Antenatal and postnatal mental health. Clinical management and service guidance. National Institute for Health & Clinical Excellence; 2006.
 20. Morales-Carmona F, Díaz E. Algunas consideraciones sobre la psicología en las instituciones médicas. *Perinatol Reprod Hum* 2000; 14: 176-81.
 21. Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a metaanalysis. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 1208-16.
 22. Spinelli MG, Endicott J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 555-62.

