

Alteraciones emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con eventos ginecoobstétricos

FRANCISCO MORALES-CARMONA,^a MERCEDES LUQUE-COQUI,^b
JAVIER BARROSO-AGUIRRE^a

RESUMEN

Objetivo: Establecer la prevalencia de las alteraciones emocionales, así como determinar la posible interacción entre variables sociodemográficas con complicaciones obstétricas.

Material y métodos: Se aplicó el Cuestionario General de Salud de Goldberg, en su versión de 30 reactivos, a 328 mujeres de nuevo ingreso a un hospital de tercer nivel, para valorar su estado emocional. Se consideró "caso probable" a aquellas mujeres que contestaran ocho o más reactivos de manera positiva, de acuerdo con una calibración que previamente se realizó en la misma institución.

Resultados: Se encontró que el 52.1% de la población manifestó suficientes síntomas para considerarse "caso probable", siendo un porcentaje mayor en las pacientes obstétricas (62.2%) con respecto a las pacientes ginecológicas. Por otra parte, la baja escolaridad resultó un buen indicador de mayor malestar psicológico, así como el número de hijos. También se reconoció que las pacientes sin complicaciones obstétricas obtuvieron puntajes más altos en el CGS.

Conclusiones: Es posible que el mayor malestar psicológico de las pacientes obstétricas se explique con base en las molestias que surgen en el embarazo, a ello se suma al hecho de que este grupo cursó con embarazos de alto riesgo. Por otra parte, hay consistencia en que las mujeres con menor escolaridad y mayor número de hijos, manifiesten más sintomatología, lo que es congruente con lo informado en la literatura, lo cual se explica por una menor capacidad para hacerle frente a las situaciones problemáticas al contar con menores recursos para abordarlas.

PALABRAS GUÍA: Alteraciones emocionales, mujeres, embarazo.

^a Instituto Nacional de Perinatología

^b Hospital Infantil de México, "Federico Gómez", Becaria del Colegio de México.

Correspondencia:

Dr. Francisco Morales Carmona

Instituto Nacional de Perinatología

Torre de Investigación 1er. piso,

Montes Urales 800, México, D.F. CP. 11000

Correo electrónico: fmorales@buzon.main.conacyt.mx

Recibido: 18 de septiembre de 2002

Aceptado: 25 de octubre de 2002

INTRODUCCIÓN

Los conflictos y problemas emocionales alrededor del embarazo son un campo ampliamente estudiado por varias ramas del quehacer científico: obstetricia, endocrinología y psicología, entre otras. Esta última ha incrementando su investigación con respecto a la incidencia de alteraciones emocionales, en un proceso que anteriormente era visto como



“*natural*”, por lo que resultaba absurdo buscar apoyo psicoterapéutico. Aunado a esto, y de forma paralela, también ha ido en aumento el número de investigadores interesados en saber cuál es la incidencia de las alteraciones emocionales en la práctica médica general.¹

El embarazo es un periodo crítico para la pareja y/o de la mujer, donde existen alteraciones afectivas que han motivado a tratar de esclarecer los síntomas de ansiedad y depresión, así como la forma en que éstos se enfrentan.² Sin embargo, es importante mencionar que en otros trabajos,³ se ha encontrado que tales síntomas corresponden a reacciones adaptativas que explican las fluctuaciones en el estado de ánimo, la hipersensibilidad, el pesimismo y la preocupación e interés que tiene la mujer por su salud en el embarazo. Esto se ve agravado ante la presencia de complicaciones médicas.⁴

En consecuencia, los objetivos del presente trabajo consistieron en conocer la prevalencia de las alteraciones, así como establecer la posible interacción entre variables socio-demográficas y complicaciones obstétricas.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra se conformó con mujeres de primer ingreso que acudían al Instituto Nacional de Perinatología (INPer): se seleccionaron 225 pacientes obstétricas y 103 pacientes ginecológicas, que de acuerdo con las políticas de admisión de la institución respecto al tipo de pacientes, guardan una proporción 70% de las primeras y 30% de las segundas. Esto significa que, tanto las pacientes ginecológicas como obstétricas en la semana de gestación en que ingresaron al INPer, formaron parte de la muestra, la cual puede considerarse como representativa del total de pacientes que acuden a la institución. A las 328 pacientes se les aplicó el instrumento de recolección de la información y se registraron las características y condiciones de su embarazo, posteriormente, se completó la evolución que tuvo éste y se registraron las complicaciones existentes hasta el final del mismo, tomando a la deserción como parte de las complicaciones.

Las 328 pacientes fueron captadas en un periodo de tres meses, siendo seleccionadas 10 cada día, hasta cubrir la cuota muestral. A todas se les informó verbalmente los fines de la investigación y se les dio a firmar un formato de consentimiento informado, aquellas que aceptaron participar se les aplicó el instrumento elegido. No hubo tiempo límite para contestar las preguntas, siendo el promedio de duración de respuesta de 15 minutos. El instrumento es de autoaplicación y su calificación se realiza contando los reactivos contestados en las columnas tres y cuatro.

El instrumento empleado fue el Cuestionario General de Salud (CGS) de Goldberg en su versión de 30 reactivos y una encuesta sobre aspectos sociodemográficos, misma que al final se completó con los datos de evolución del embarazo por medio del expediente clínico. La clasificación de “caso” se realizó de acuerdo con el Cuestionario General de Salud (tomando como punto de corte 7/8) tal como fue calibrado para una población semejante en la misma institución.⁵

Las diferencias se establecieron por medio de la prueba de *t*, con el auxilio del SPSS, (versión 10.0)

RESULTADOS

De acuerdo con los criterios socioeconómicos establecidos por el Departamento de Trabajo Social del INPer: 34.5% de la población estudiada correspondió a la clasificación baja; 43% se encontró en la clase media y 21.6% fue de clase alta. La edad promedio fue de 28.4 ± 7.8 años, el intervalo de edad fue de los 14 a los 69 años de edad, el grupo de edad más frecuente fue el de 29 a 33 años (28.3%). El 0.3% de la muestra era analfabeta, 0.9% sabía leer y escribir, 16.5% tenía primaria, 29.6% secundaria, 40.5% preparatoria, 11.9% profesional y 0.3% tenía estudios de posgrado. El 62.8% de estas mujeres estaban casadas, 21.3% unión libre, 11% solteras, 4% separadas, 0.6% divorciadas y 0.3% viudas. Sin hijos 58.5%; con un hijo 20.4%; dos hijos 12.8%; tres hijos 5.8%; cuatro hijos 1.5% y seis hijos 0.9%. El 78.7% de la población se dedicaban a las labores del

Tabla 1
Reactivos con 25% o más de calificación positiva, según grupo de estudio

Reactivo	Ginecológicas	Obstétricas	Muestra total	Factor
1	25.2	55.1	45.7	Síntomas somáticos
2	27.2	67.6	54.9	Síntomas somáticos
3		47.1	39.9	Síntomas somáticos
4		48.0	38.7	Síntomas somáticos
5		36.9	31.1	Síntomas somáticos
6		42.6	34.5	Síntomas somáticos
7		42.6	36.6	Trastornos del sueño
8		61.3	49.7	Síntomas somáticos
9	25.2	40.4	35.7	Trastornos del sueño
10	26.2	57.8	47.9	Trastornos del sueño
11	32.0	57.3	49.4	Trastornos del sueño
12		32.9	27.7	Inadecuación social
13		47.1	39.0	Inadecuación social
19		40.0	31.7	Inadecuación social
20	31.1	57.8	49.4	Ansiedad
21		38.7	32.3	Ansiedad
22	31.1	56.4	48.5	Depresión con ideas suicidas
26	26.2	33.8	31.4	Ansiedad

hogar, el 2.1% era profesionistas, 8.8% empleadas, el 7.6% subempleadas, el 1.8% comerciantes, el 0.3% obreras y 0.6% estudiantes.

Se llevó a cabo la revisión de reactivos (30 en total) del Cuestionario General de Salud de Goldberg, para identificar cuáles fueron los más contestados en forma sintomática, considerando como positivos sólo aquellos respondidos por lo menos por el 25% de la muestra. (Tabla 1).

Para continuar con el análisis de datos, se decidió diferenciar los resultados de las 328 mujeres de acuerdo con el problema de salud por el que acudieron: el grupo de pacientes ginecológicas (N = 103) y el grupo de pacientes obstétricas (N = 225). Se observó una diferencia en ambos grupos, ya que las pacientes obstétricas respondieron en promedio más reactivos positivamente (9.90 ± 6.36), en comparación con las ginecológicas, quienes tuvieron un promedio 5.29 ± 7.12 reactivos afirmativos. Por lo que, del total de 328

pacientes estudiadas, 52.1% resultaron ser posible "caso". Es importante señalar que al comparar el resultado de las pacientes con padecimientos ginecológicos con las pacientes obstétricas, el 62.2% de estas últimas fueron calificadas como "caso". Además, es necesario resaltar que las pacientes embarazadas rebasaron, en promedio, el punto de corte establecido por el instrumento.

Se obtuvo la media y la desviación estándar de las columnas tres (malestar psicológico), cuatro (disturbio psicológico) y del total del CGS (Tabla 2). De manera que si la sumatoria de ambas columnas era superior al punto de corte 7/8, la paciente fue considerada como "caso", lo que significa que la paciente experimentó síntomas suficientes, en cantidad y calidad, como para requerir atención profesional en salud mental.

Las pacientes obstétricas resultaron con puntajes significativamente mayores con respecto a las pacientes ginecológicas ($F = 1.52$; $p < 0.001$).



Tabla 2
Media y desviación estándar de las columnas tres, cuatro y
del total del Cuestionario General de Salud

	Obstétricas		Ginecológicas		Muestra total	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Malestar psicológico	7.48	4.76	3.89	5.06	6.36	5.13
Disturbio psicológico	2.41	3.60	1.40	3.53	2.10	3.60
Global	9.90	6.37	5.29	7.12	8.45	6.94

Se encontró una diferencia significativa por escolaridad (menos de 12 años de escolaridad vs. más de 12 años) de manera tal que las pacientes con menor escolaridad tuvieron puntuaciones significativamente más altas ($F = 6.24$; $p < 0.001$).

Grupo de pacientes ginecológicas

Al estudiar la relación entre los reactivos del Cuestionario General de Salud y algunas variables sociodemográficas se encontró que en el grupo de pacientes ginecológicas, hubo una relación entre la edad y la puntuación total ($\chi^2 = 68.14$; $p < 0.001$; coeficiente de contingencia = 0.631.) Donde el resultado del grupo de edad de 25 a 34 años tuvo una puntuación de 0 a 7 en CGS, el de 35 a 44 años con una puntuación de 8 a 15 puntos, el grupo de 45 a 54 años con puntuaciones de 16 a 30 y por último el intervalo de 54 o más años con puntuaciones de 8 a 22.

En relación con la clasificación socioeconómica, en este grupo se encontró una relación significativa ($\chi^2 = 13.79$; $p = 0.032$; coeficiente de contingencia = 0.344). Donde el grupo de pacientes ubicadas en la clase baja tuvo puntuaciones de 8 a 30 en CGS.

En este mismo grupo se obtuvo una $\chi^2 = 32.69$, con una $p < 0.001$ y un coeficiente de contingencia de 0.491 con relación al número de hijos vivos. La dependencia fue de la siguiente manera: aquellas pacientes sin hijos tuvieron puntuaciones de 0 a 7; las que tenían de uno a

dos hijos tuvieron puntuaciones de más de 22 puntos y las que informaron tres o más hijos, alcanzaron puntuaciones entre 8 y 30.

Con respecto al número de hijos vivos, el grupo de pacientes ginecológicas la diferencia resultó estadísticamente significativa tanto para aquellas madres con un hijo ($F = 41.530$; $p < 0.001$); como para las que tenían dos o más ($F = 28.520$; $p = 0.001$).

Las pacientes ginecológicas mostraron una diferencia estadísticamente significativa con respecto a la escolaridad, tomando el criterio de 12 años y más vs. menos de 12 años de escolaridad ($F = 17.880$; $p = 0.005$). Donde las pacientes con menor escolaridad obtuvieron mayores puntajes.

Grupo de pacientes obstétricas

En este grupo se encontró una relación de dependencia con el número de hijos, ($\chi^2 = 14.25$; $p = 0.027$, coeficiente de contingencia = 0.244). Siendo aquellas mujeres con tres hijos o más, las que se relacionaron con puntuaciones de 16 a 22 en CGS.

Las pacientes obstétricas también fueron diferentes con respecto a la escolaridad entre aquellas con 12 o más años y escolaridad menor a 12 años ($F = 1.964$; $p = 0.005$). Donde las pacientes con menor escolaridad fueron las que resultaron con mayores puntajes en el CGS.

Con relación al número de complicaciones obstétricas hubo diferencias entre las que evolucionaron con complicaciones respecto

de las que no las tuvieron ($F = 1.523$; $p = 0.027$). En este caso fueron las pacientes sin complicaciones las que obtuvieron un puntaje mayor en el CGS.

Se realizaron porcentajes del número y total de complicaciones al resolverse el evento con obstétrico de las 225 pacientes, encontrándose que 65.8% presentaron complicaciones contra 34.2% que no presentaron ninguna. Desglosando el número de éstas tenemos que, con una complicación hubo 29.3% (66 pacientes), con dos complicaciones 26.7% (60 pacientes), y con tres complicaciones 9.8% (22 pacientes).

Así mismo, se revisaron las frecuencias y porcentajes de cada una de las complicaciones, encontrando que las cinco que puntuaron más altas fueron, en orden decreciente: cesáreas (32.9%), fórceps (14.7%), enfermedad hipertensiva asociada al embarazo (9.7%), ruptura prematura de membranas (6.2%) y abortos (5.8%). Hubo 37 deserciones, lo cual implica 16.4% de la población total.

De las 225 pacientes, 77 no cursaron con complicaciones y 148 sí las tuvieron. Aquí es importante señalar que ambas poblaciones (con y sin complicaciones obstétricas) rebasaron el punto de corte del Cuestionario General de Salud (CGS), no obstante las mujeres que tuvieron complicaciones presentaron puntajes más bajos, y manifestaron tener menor malestar psicológico que las pacientes sin complicaciones. Esto es, 9.22 ± 5.91 puntos para las de una o más complicaciones, contra 11.9 ± 4.72 para las mujeres sin complicaciones.

DISCUSIÓN

Como puede observarse, las pacientes obstétricas tuvieron un mayor malestar psicológico que las pacientes ginecológicas. Es posible que esto se explique con base en un traslape debido a las molestias del embarazo y a ello se suma el hecho de que se trata de embarazos de alto riesgo, pues los reactivos que más frecuentemente fueron contestados como positivos, fueron: el factor somático y el de ansiedad, así como la inadecuación social.

Por otra parte, hay consistencia en que las mujeres con menor escolaridad y mayor

número de hijos manifiesten más sintomatología, —lo que es congruente con lo informado en la literatura^{4,6,7} y se explica por una menor capacidad para hacer frente a las situaciones problemáticas y con menos recursos para abordarlas.

La aparente contradicción respecto a encontrar que a mayor número de complicaciones, hubo menos malestar, se puede sugerir que es probable que ante dificultades físicas, el aparato psíquico tenga por necesidad organizarse para enfrentar los hechos; en tanto que, al tener menos complicaciones físicas, puede darse mayor libertad para dar salida a fantasías y síntomas emocionales, ya que esto no obedece a una situación de hecho. Por otra parte, las complicaciones fueron posteriores a la aplicación del CGS y ellas no se podían anticipar, además que podría ser un factor protector, en el sentido de que son pacientes que al estar al pendiente de su estado físico pudieran evitar situaciones que las coloque en riesgo al acudir con mayor constancia a sus consultas prenatales.

Aunado a ello, puede estar la variable escolaridad, que parece también influir en la respuesta emocional de la mujer, ya que las de más baja escolaridad se encontraron en una condición de mayor malestar psicológico.

El malestar psicológico en pacientes médicamente atendidas es altamente frecuente,⁸⁻¹⁰ pues convergen varias condiciones: en primer lugar el evento reproductivo moviliza distintas reacciones emocionales por la importancia que éste juega en la vida de las personas; en segundo lugar, una complicación en el evento genera un estado de ansiedad y/o depresión tanto por las posibles consecuencias como por las ideas populares de que son eventos ausentes de riesgo o “naturales”; y por último a que modifica aspectos somáticos que facilitan la emergencia de displacer y molestias que a su vez entran en contradicción con lo que se espera del evento reproductivo. Si a ello le agregamos condiciones poco favorables como son baja escolaridad o la presencia de otros hijos que demandan a su vez de atención y cuidado y de los recursos emocionales de la paciente, entonces su estado afectivo se ve complicado y se deriva en una condición de malestar emocional.



ABSTRACT

Objective: To establish the prevalence of emotional alterations as well as to identify possible interaction with social and demographic variables and obstetric complications.

Material and methods: A 30 questions of General Questionnaire of Health of Goldberg (GQH) version was applied to 328 women who were at the women's hospital for first time, in order to measure their emotional state. We considered "probable case" those women that answered positive 8 or more reagents in a positive way, in agreement with a calibration which was previously carried out in the institution.

Results: We found that the population's apparent enough symptoms 52.1% to be considered "probable case", being a major percentage in the obstetric patients (62.2%) than the gynecological patients. On the other hand, low scholarship was a good indicator of more psychological distress, as well as the number of children. We also realized that the patients without obstetric complications obtained higher scores in the GQH.

Conclusions: It is possible that the biggest psychological disturbance in the obstetrical patient, was explained based on the nuisances that arise in the pregnancy, and because this group course with high risk pregnancies. On the other hand, there is consistency in that the women with lower education and bigger number of children manifest more symptoms, this is accord with reported in the literature, that which is explained by a smaller capacity to make him in front of the problematic situations when having smaller resources to approach them.

KEY WORDS: *Emotional disturbance, women, pregnancy.*

REFERENCIAS

1. Medina-Mora ME, Padilla GP, Mass CC, Ezban BM, Caraveo AJ, Campillo SC, Corona J. Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat* 1985; 31: 53-61.
2. Kaplan BH, Cassel JC, Gores. Social support and health. *Med Care* 1977; 15: 47-58.
3. Morales-Carmona F, González CG, Valderrama BG. Perfil de personalidad de un grupo de mujeres embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 1988; 2: 165-74.
4. González-Forteza C, Morales-Carmona F, Gutiérrez CE. Detección oportuna de pacientes ginecoobstétricas con disfunción psicosocial. *Gin Obst Mex* 1993; 61: 15-21.
5. Gómez EM, Morales-Carmona F, Arieta PA, Gutiérrez E. Detección de alteraciones emocionales en pacientes obstétricas y ginecológicas. *Gin Obst Mex* 1990; 58: 112-6.
6. González-Forteza C, Morales-Carmona F, Mass-Conde C, Caraveo J. El malestar psicológico y su relación con los eventos de la vida: estudio comparativo entre mujeres embarazadas y mujeres con trastornos ginecológicos. *La psicología social en México* 1990; III: 56-60.
7. Kalil S, Guber J, Conley J, Sytniac M. Social and family pressures on anxiety and stress during pregnancy. *Pre Perinat Psychol J* 1993; 8: 113-8.
8. Ezban BM, Padilla GP, Medina-Mora ME, Gutiérrez CE. Aplicación de un cuestionario de detección de casos psiquiátricos en dos poblaciones de la práctica médica general. *Sal Pub Mex* 1985; 27: 384-90.
9. Martínez-Lanz P, Medina-Mora ME, Campillo SC. Evaluación del costo de utilización de servicios en la práctica médica general. *Salud Mental* 1984; 7: 63-7.
10. Padilla P, Mass C, Ezban M, Medina-Mora ME, Peláez O. Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta general de un centro de salud. *Salud Mental* 1984; 7(3): 72-8.