

ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA ANTICONCEPCIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "GREGORIO PACHECO"

Dra. Francisca Luque Contreras.

Médico Salubrista, Sucre-Bolivia

Dra. Marlene Castro Salanova

Médico Psiquiatra, Instituto Nacional de Psiquiatría "Gregorio Pacheco", Sucre - Bolivia

Palabras claves: Anticoncepción, trastorno mental.

Key words: Contracepcion, mental disorder.

RESUMEN

El interés de la investigación surge de la necesidad de conocer los aspectos psicológicos y sociales de la anticoncepción en pacientes con trastorno mental, en edad reproductiva.

Determinar los aspectos psicosociales de la anticoncepción en pacientes con trastornos mentales del Instituto Nacional de Psiquiatría Gregorio Pacheco, durante las gestiones 2012 y 2013.

Estudio descriptivo observacional, analítico y transversal con enfoque cuantitativo. La información se recolectó de datos obtenidos del expediente clínico.

La población de estudio, son 57 pacientes, con diagnóstico de enfermedad mental, en edad fértil comprendida entre los 15 a 49 años. Para el análisis de la información se establece una desviación estándar del 0,3 %. Además se tomó en cuenta las normas de bioética.

En relación a la edad está comprendida entre 26 y 35 años con 50,9 %, procedentes del área urbana de Sucre 52,6 %. Respecto a la variable escolaridad 47% corresponden a primaria.

En cuanto al diagnóstico 45,6 % corresponde entre F20 (Esquizofrenia) y F29 (Psicosis no orgánica sin especificación).

En cuanto a la terapia farmacológica es combinada en 85,7 % y en relación al soporte familiar el 94,7 % es inadecuada.

El 24,6 % presentan antecedentes de abuso sexual. El 91 % no usa método anticonceptivo.

El 48% tienen hijos, mismos que viven con ambos padres y/o familia extensa.

SUMMARY

The research interest from the need to understand the psychological and social aspects of contraception in patients with mental disorders, reproductive age.

Determine the psychosocial aspects of contraception in patients with mental disorders from the National Institute of Psychiatry Gregorio Pacheco, during 2012 and 2013 efforts.

Observational, analytical and cross-sectional descriptive study with a quantitative approach. The information was collected from data extracted from the medical record.

The study population are 57 patients with a diagnosis of mental illness, childbearing age between 15 to 49 years. To analyze the information one standard deviation of 0.3% is established. Furthermore, taking into account the rules of bioethics.

In relation to age is between 26 and 35 with 50.9 %, from the urban area of Sucre 52.6 % in terms of marital status 66 % are single.

Regarding the diagnosis 45,6 % are between F20 (schizophrenia) and F29 (unspecified nonorganic psychosis).

As for combination drug therapy is 85.7 % and with respect to the relative support is inadequate 94.7%.

24.6% have a history of sexual abuse. 91% do not use birth control.

48% have children, pampering living with both parents and / or extended family

INTRODUCCIÓN

El interés de la investigación surge de la necesidad de conocer las connotaciones sociales y psicológicas de la anticoncepción en pacientes con enfermedad mental, en edad reproductiva, por lo que se realiza un recorrido bibliográfico de estudios e investigaciones, que presentamos a continuación.

La enfermedad mental ha sufrido los cambios de nuestra historia, desde sus primeras concepciones hasta el concepto que tenemos en nuestra sociedad. (Ortega 2011)

Ser mujer y padecer malestares psíquicos constituye un conjunto altamente estigmatizante social y culturalmente. Incorporarle a esta diada las variables de "sexualidad y maternidad", significa abrir un extenso abanico de interrogantes, dudas y prejuicios. Existen ciertas representaciones, creencias, valores y opiniones sostenidas tanto desde los equipos técnicos profesionales dedicados a la Salud sexual y reproductiva como por parte de las propias usuarias, que toman dificultoso el acceso a los servicios especializados. Por tal motivo, estas mujeres quedan expuestas a mayor vulnerabilidad en cuanto a la adquisición de enfermedades de transmisión sexual,

violencia sexual, embarazos no deseados o embarazos muy riesgosos en función del tratamiento psicofarmacológico que vienen recibiendo en determinados períodos. Así mismo, en ocasiones, se observa cierto temor por parte de los equipos de salud en cuestiones específicas como por ejemplo la indicación de métodos anticonceptivos por motivos judiciales, que suele tener como consecuencia embarazos, deseados o no, pero que ocurren en el marco de relaciones familiares muy complejas que terminan en tempranas desvinculaciones madre-hijo/a. (Memorias 2012)

Por, otro lado, encontramos que las personas con enfermedad mental, adecuadamente tratadas, pueden desarrollar una vida normal, establecer una relación de pareja y familia e integrarse a la comunidad. Otras, sin embargo, no logran estos niveles de recuperación e integración y para ellas se requiere que sean reconocidos sus derechos y necesidades, a fin de proporcionar protecciones adecuadas, potenciar su recuperación y facilitar su integración a la comunidad. (Gómez 2009)

Por lo antedicho, tanto médicos, padres y personas a cargo de ellas, deben conocer las opciones anticonceptivas, normativas y principios éticos para determinar que alternativa terapéutica es la más beneficiosa para el paciente.

Tomando en cuenta siempre, los aspectos bioéticos, que considera que todo tratamiento debe integrar cuatro principios fundamentales: no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía.

De especial relevancia son los efectos que esta puede tener sobre la autonomía, aprendizaje, capacidad para establecer relaciones afectivas y sociales sanas, ejercer la sexualidad, la relación en pareja, la maternidad y el cuidado de los hijos con las responsabilidades que ellas implican. (Varas 2010)

Sumado a lo anterior, los efectos de la enfermedad mental tomado como discapacidad, además la estigmatización y marginación social, condicionan una mayor vulnerabilidad, discriminación y abandono social. Por tales motivos, la legislación internacional ha puesto énfasis en la protección de los derechos y el acceso e igualdad de oportunidades para estas personas. (Luque 2012)

Es por ello, que cuando hablamos, del ejercicio de la sexualidad en Personas con Enfermedad Mental Grave y Persistente (PEMGP) son aspectos fundamentales en su vida, como los son para el resto de seres humanos, sin embargo la existencia de intervenciones diseñadas para abordar estas áreas desde los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial se limitan a educación sexual reducida a prevención de enfermedades de transmisión sexual y efectos secundarios de la farmacología, si bien como indica la OMS en 1975 "la noción de salud sexual implica un acercamiento positivo a la sexualidad humana, y el propósito del cuidado de la salud sexual debe ser el mejoramiento de la vida y las relaciones personales, y no meramente la consejería y el cuidado relacionado con la reproducción o las enfermedades sexualmente transmitidas". (Tello, Clares; 2013)

La sexualidad es definida por la OMS en 2006 como "un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales". (Tello, Clares; 2013)

En el abordaje bibliográfico referido a la sexualidad en Bolivia, está enfocada sobre todo al aspecto de promoción dirigida a adolescentes, mujeres en edad fértil entre comillas normales, y no a mujeres en edad fértil con enfermedad mental, es decir, no se cuenta con protocolos, ni normas claras, que permitan el abordaje en este tema en particular, al contrario nos quedamos con la interrogante ¿Quién decide?.

DISEÑO METODOLOGICO

Estudio descriptivo observacional, analítico y transversal con enfoque cuantitativo. El tipo de investigación posibilitó la recolección de datos, en un único instante de tiempo, permitiendo obtener una visión al respecto de las connotaciones psicosociales de la anticoncepción en pacientes egresadas del INPGP.

El estudio se realizó en el INPGP, de la ciudad de Sucre, a través de la recolección de datos, extraídas del expediente clínico de las gestiones 2012 y 2013.

La población de estudio, son 57 pacientes, con diagnóstico de enfermedad mental, en edad fértil comprendida entre los 15 a 49 años, con inicio de vida sexual. No se establece la muestra por el número reducido de la población, al contrario se trabaja con el total. Para ello se establece una desviación estándar del 0,3 %. Y para el análisis de datos se utiliza paquetes estadísticos. Y para la sistematización del diagnóstico de trastornos mentales, se hace el uso del Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales y del Comportamiento - Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10. (OMS-CIE 2010)

Es importante recalcar que se respetó las normas de bioéticas para este tipo de estudios y por las características de las pacientes.

RESULTADOS

El análisis y la presentación de los resultados que mostraremos a continuación son:

Los resultados sociodemográficos: en relación a la edad; 29 pacientes (50,9 %) corresponden a la edad comprendida entre 26 y 35 años, seguida de 18 pacientes (31,6 %) que corresponden entre 15 y 25 años. Resultados que llaman la atención ya que corresponden a la edad más productiva de la mujer, por otro lado la edad de presentación de la enfermedad mental, hechos que son alarmantes, cuando se trata de pacientes que son madres.

En relación a la procedencia, 30 pacientes (52,6%) corresponden al área urbana, que continua con 14 pacientes (24,6 %) pertenecen a otros departamentos. Resultados que nos muestran dos

Tabla 1
Distribución del número de pacientes egresadas, con enfermedad mental en relación a los datos sociodemográficos.

VARIABLE	N	%
Edad (n=57)		
15 a 25	18	31,6
26 a 35	29	50,9
36 a 49	10	17,5
Procedencia (n=57)		
Rural	13	22,8
Urbano	30	52,6
Otros dpto.	14	24,6
Estado civil (n=56)		
Soltera	37	66,1
Casada / Concubina	14	25,0
Divorciada	2	3,6
Otro	3	5,4
Grado de Instrucción (n=57)		
Primaria	27	47,4
Secundaria	21	36,8
Superior	5	8,8
Analfabeta	4	7,0
Religión (n=56)		
Católica	39	69,6
Evangélica	16	28,6
otros	1	1,8

Fuente: Matriz de recolección de datos, de los expedientes clínicos gestión 2012 y 2013.

aspectos importantes: uno que se tienen que trabajar de forma integral con pacientes externadas procedentes del área urbana y dos trabajar en un sistema de referencia en pacientes que vienen del interior del departamento.

El resultado obtenido respecto a las variables estado civil: 37 pacientes (66%) son solteras y 14 pacientes (25%) son concubinas o casadas. Respecto a la variable escolaridad; 27 pacientes (47%) corresponden a primaria y 21 pacientes (36,8 %) corresponde a secundaria.

La relación de la distribución del número de pacientes egresadas con enfermedad mental y curso natural de la enfermedad se tomaron las siguientes variables, cuyos resultados son: 43 pacientes (75,4 %) ingresaron a la institución, mismas que fueron egresadas y acudieron a controles en dos oportunidades como promedio. Y 11 pacientes (19,3 %) reingresaron a la institución en un promedio de 2 oportunidades, por reagudización del cuadro mental, atribuido a la causalidad de: falta de dinero para continuar con el tratamiento, se sentía mejor, no tenía quien la apoye, y otros, etc.

En relación a variable diagnóstico de ingreso y egreso, existe una brecha mínima, razón por la que se tomo en cuenta el diagnóstico de egreso. Son 26 pacientes (45,6 %) cuyo diagnóstico de egreso oscila entre F20 (esquizofrenia) y F29 (Psicosis no orgánica sin especificación), representando el mayor porcentaje, de esta información (45,6 %), el 26 % corresponde al diagnóstico de F23 (Trastornos psicóticos agudos y transitorios) y el 15 % oscila entre F20 (Esquizofrenia) y F22 (Trastorno de ideas delirantes persistentes). El resto, 31 pacientes (54,4 %), son la resultante de la sumatoria de otros diagnósticos en menor escala, como F06 (Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática), F07 (Trastornos de la personalidad y de comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral), F32 (Episodios depresivos), F71 (Retraso

mental moderado), G40 (Epilepsia), etc. Lo que muestra una variedad de enfermedades mentales, que están relacionadas con la edad reproductiva de la mujer, que deben ser tomados en cuenta ante cualquier tipo de intervención.

En cuanto a la variable terapia farmacológica y soporte familiar. La terapia farmacológica es combinada en 85,7 %, por las características de

Tabla 2
Distribución del número de pacientes egresadas, con enfermedad mental en relación al curso natural de la enfermedad.

VARIABLE	N	%
Ingresos (n=57)		
Igual a 1	43	75,4
menor a 3	11	19,3
mayor a 3	3	5,3

Diagnóstico de egreso (n=57)		
F00 - F09	6	10,5
F10 - F19	4	7,0
F20 - F29	26	45,6
F30 - F39	7	12,3
F40 - F49	4	7,0
F50 - F59	3	5,3
F60 - F69	0	0,0
F70 - F79	5	8,8
F80 - F89	0	0,0
F90 - F98	0	0,0
Otros (G40)	2	3,5

Tratamiento psicofarmacológico (n=56)		
Antipsicóticos	5	8,9
Terapia combinada	48	85,7
Otro	3	5,4

Soporte familiar (n=57)		
Adecuado	3	5,3
Inadecuado	54	94,7
p=0,5789		

Fuente: Matriz de recolección de datos, de los expedientes clínicos gestión 2012 y 2013.

la evolución del cuadro mental se va modificando el esquema. En cuanto a la variable soporte familiar, el 94,7 % es inadecuada, cuya causalidad es atribuida a la falta de dinero, estado civil, edad, hijos, estigmas sociales, lugar de procedencia, información que

Tabla 3
Distribución del número de pacientes egresadas, con enfermedad mental en relación con la sexualidad, maternidad y planificación familiar.

VARIABLE	N	%
N° de parejas (n=45)		
Igual a 1	31	54,4
Igual a 2	4	7,0
Mayor de 2	3	5,3
Sin información	7	12,3
Antecedentes de abuso (n=47)		
Si	14	24,6
No	33	57,9
Utilización de método anticonceptivo (n=57)		
Si	4	7,1
No	51	91,1
Otro	2	3,6
Consejería en planificación familiar (n=57)		
Si	2	3,5
No	55	96,5
N° de hijos (n=57)		
Menor a 4	25	43,9
Mayor a 5	3	5,3
Sin hijos	29	50,9
	57	
Situación de los hijos (n=26)		
Viven con los padres	20	76,9
Viven con algún familiar (temporal y/o definitivo)	5	19,2
Viven en hogares	3	11,5
p=0,5789		

Fuente: Matriz de recolección de datos, de los expedientes clínicos gestión 2012 y 2013.

fue rescatada, durante las entrevistas con los familiares, que muchas veces cuando se trata de reingresos desean dejarlas para siempre.

En cuanto a los resultados de la distribución de pacientes egresadas en relación con la sexualidad, maternidad y planificación familiar. Indagamos en los siguientes: variable número de parejas; 31 pacientes (54%) tuvieron solo una pareja, por datos obtenidos del expediente clínico. En relación a la variable; antecedentes de abuso sexual, 14 pacientes (24,6 %) si tuvo antecedentes de abuso sexual, en algunas entrevistas se menciona que hubiera sido una de las causas, que llevaron a la presentación de la enfermedad mental.

En relación a la variable, utilización de algún método anticonceptivo antes del ingreso, durante el ingreso y luego del egreso, 51 pacientes (91 %), mencionan que no utilizaron ni usan, método alguno. Hecho que se ve reflejado, en embarazo posterior al alta médica y aun con tratamiento. O lo contrario, que el embarazo, debuto con su cuadro mental. Variable que se transversaliza, con la variable si recibió consejería en planificación familiar, cuyo resultado es; 55 pacientes (96%) no recibieron consejería antes, durante y después del ingreso.

La variable maternidad, se trabajo con el número de hijos y situación de los hijos. El número de hijos, 28 pacientes (48%) tienen hijos, y 29 pacientes (50%) no tienen hijos. De las 28 pacientes con hijos; 20 pacientes mencionan que los hijos viven con ambos padres, padre y/o madre. 5 pacientes menciona que vive con algún familiar y 3 pacientes por datos de historia clínica y referencia del paciente vive en hogares. Situación que es alarmante cuando las madres reingresan a la institución.

CONCLUSIÓN

La incidencia de trastornos mentales por los resultados obtenidos se presenta entre 26 y 35 años, en plena edad fértil

y el mayor porcentaje no utiliza ningún método anticonceptivo.

Es importante mencionar que 27 pacientes tienen hijos, los mismos se encuentran de acuerdo al resultado, con los padres y/o familia extensa, hecho que contradice a la realidad ya que la mayoría de estos hijos se encuentran bajo la tutela de algún familiar que no asumen plena responsabilidad del cuidado del niño/niña u adolescente.

Otro aspecto es el antecedente de abuso sexual en una o más oportunidades (14 pacientes), situación que muchas veces es ignorada u omitida por la familia debido a la condición mental de la paciente.

En principio cuando se inicio la investigación no pensamos, obtener los resultados presentados, quizás esperábamos obtener resultados menos dramáticos, todo lo aseverado nos conduce a abrir un debate y aportar una mirada integral e integrada, con enfoque biopsicosocial, durante el curso natural de la enfermedad, que involucra al personal de salud e instituciones involucradas (defensorías, judiciales, Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, etc.).

RECOMENDACIONES

Establecer un sistema de seguimiento en pacientes en edad fértil y con mayor énfasis cuando están en etapa reproductiva que no usan ningún método anticonceptivo.

Contar con una instancia de coordinación interinstitucional en los diferentes niveles de atención, para que las pacientes con enfermedad mental, accedan a atención de calidad en salud sexual y reproductiva, enfatizando desde una perspectiva que tome en cuenta sus propias necesidades al respecto.

Lo que permitiría el acceso equitativo de la población con enfermedad mental.

BIBLIOGRAFIA

1. GOMEZ T. Particularidades de la planificación familiar de mujeres portadoras de trastorno mental. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.17 no.5 Ribeirão Preto Sept./Oct. 2009
2. LUQUE,. (2012). Tesis de investigación Calidad de atención en establecimientos de salud del Departamento de Potosí, CEPI.
3. Organización Mundial de Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. España. Versión 2010.
4. ORTEGA T. Las mujeres y la enfermedad mental. una perspectiva de género a través de la historia contemporánea. CUADERNOS KÓRE Vol. 1, N° 4 (primavera/verano 2011)
5. TELLO L.; CLARES S. Mi sexualidad es importante. Experiencia grupal en habilidades afectivo-sexuales en población con enfermedad mental grave. Rehabilitación Psicosocial 2013; 10 (1): 35-39
6. VARAS J. Adolescentes con discapacidad psíquica. REV. OBSTET. GINECOL. - HOSP. SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ BROUSSE. 2010; VOL 5 (2): 139-144
7. VILAS E. Anticoncepción en Psiquiatría. Artículo de revisión. <http://psiquiatria.mx> revisado, enero 2014.
8. Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de diciembre de 2012