



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“FACTORES DE ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL AL EMBARAZO EN
MUJERES CON ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS Y MUJERES
SANAS”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MICHELINNE ALEJANDRA AVILÉS GÓMEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

REVISORA: DRA. DOLORES MERCADO CORONA

México D. F.

2013

El estudio de la presente tesis fue posible gracias al subsidio 104338 del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) de México. Al Hospital General de México, UMF 19 y Hospital de Gineco-Obstetricia N° 4 del IMSS y al Hospital Adolfo López Mateos del ISSSTE



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.

Siempre fui un rebelde... Pero por otro lado, quería ser amado y aceptado, y no sólo un músico, poeta, lunático y bocazas. Pero no puedo ser lo que no soy. John Lennon

A todas aquellas mujeres que dan la vida por un nuevo ser y hacen cualquier sacrificio por él, unas mueren en el intento, otras sobreviven y unas tantas agonizan, gracias a todas aquellas, pues sin ellas no sería posible este trabajo... pero sobre todo gracias a ti Mamá...

Considero más valiente al que conquista sus deseos que al que conquista a sus enemigos, ya que la victoria más dura es la victoria sobre uno mismo. Aristóteles

Agradecimientos

A Dios por haberme dado la oportunidad de concebir tierra firme en todo el universo, de permitirme recordar y encontrarme cada día para poder compartir la sabiduría de vida que me ha otorgado, así como, seguir recolectando experiencias, cosechando camino y aprendiendo de cada ser mágico que existe en este planeta.

A mis padres María Gómez y Alejandro Avilés que me han brindado su apoyo incondicional, trabajo, esfuerzo, consejos y desvelo todo lo necesario para hacer de mí una mejor persona cada día, y este trabajo es resultado de ese sacrificio, los quiero.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa por haberme dado la oportunidad y la confianza de pertenecer a su equipo de trabajo, por sus observaciones personales y los momentos de convivencia de los cuales me sirvieron para enriquecerme como profesional y en mi persona.

A la Dra. Dolores Mercado Corona que desde un principio creyó en mí, dándome la oportunidad de iniciarme en la investigación, muchas gracias por las experiencias profesionales pero sobre todo personales compartidas, mi mayor agradecimiento y estima hacia una gran mujer.

A la Dra. Angélica Riveros Rosas por su apoyo y guía incondicional, por esa calidez humana única que la caracteriza. Sus consejos y observaciones fueron una pieza importante para el desarrollo de este trabajo. Le reitero mi mayor admiración hacia su persona.

A la Dra. Rosa Elena Ornelas Mejorada fuiste para mí como un ángel, gracias por apoyarme en todo momento por las enseñanzas, consejos y experiencias compartidas, aprendí mucho contigo sobre la experiencia profesional pero también en mi desarrollo personal.

Al Mtro. Efgar Landa por sus comentarios, observaciones, apoyo y calidez brindada que ayudaron a enriquecer mi trabajo, eres una excelente persona y profesional como ejemplo a seguir.

A las diferentes instituciones de salud que sin ellas no podría haberse concluido el estudio, al Hospital General de México, en especial a la Lic. Irma Pedroza por abrirnos las puertas y compartir aprendizaje que ayudaron a enriquecer el trabajo y la vida profesional. A las diferentes unidades del IMMS la Gineco 4 y UMF 19, al ISSSTE y a todo el equipo del Dr. Eduardo Mejía excelentes médicos y personas, gracias por todo el apoyo y conocimiento compartido.

A mis hermanas Ivonne Avilés por haberme mostrado que no importa el tiempo que tardes en alcanzar tus metas, lo que importa es la lucha constante de cada día. A Jacqueline Avilés por darme la mano y protección que alguna vez necesite, a pesar de las peleas y desacuerdos siempre estabas ahí para levantarme; a Fer que has sido como el hermano

que nunca tuve; a mis sobrinos Jonathan, Stephania Y Luis que han sido compañeros en mi camino, esperando que este trabajo sea de ejemplo para ustedes, los quiero!

A mi segunda familia que vine a encontrar en la facultad, la familia "mijares", a mi segunda madre Belen gracias por ser mi confidente, mi consejera, estar conmigo en los momentos más críticos, y siempre brindarme tu apoyo incondicional. A mis hermanastros, Gerald y Liz por "soportarme" día con día, jalarme las orejas de vez en cuando, compartir experiencias juntos y por qué no?, por todas las travesuras que hemos hecho! A los demás hijos Pety, Peyola, Papaya, Angie, Wamba, Rulo, Javi, y los moderatto (Beto, Adán y Jay) por cada instante, aventuras jamás antes vistas, por todo lo compartido y lo que falta, por las risas, la tristeza y la felicidad de estar con ustedes. Gracias a todos por aguantar mi locura natural, los llevare presente cada día de mi vida.

A los chicos del 16 y del H por compartir experiencias profesionales, platicas amenas, minutos de diversión y de aprendizaje, a Carlos Castro por haberme permitido formar parte del proyecto del cual se culminó mi trabajo, a Moni, Héctor, Said, Edgar, Blas, Nancy, Aimé, Susy y gracias por cada uno de esos instantes que compartimos.

Al Dr. Enrique Galindo Leal y al Coro de la Facultad de Filosofía y Letras, por enseñarme que no importa que hagas para ganarte la vida si eres ingeniero, carpintero, médico o psicóloga, pero que la felicidad viene de lo que haces con amor y pasión, ese es el verdadero lugar donde tienes que estar, y a los amigos Karen, Karean, mi Alma, Pamela, Iñaki, Foamy, Euni, Juan Ron, Israel, Chucho, Mirna, Chio, Mushu, Arlette, Pauzz... Infinidad de personas magnificas con las que tuve la oportunidad de compartir grandes sonrisas, alegrías, llanto, enojos, pero sobre todo el amor a la Música.

A todos los amigos que estuvieron presente en mi formación académica Rosa, Hugo D, Hugo A, Vane, Serch, Ale, Eddie, Chuck, Lupita, David, Claudia y a todos aquellos con los que alguna vez compartí el camino durante cuatro años y medio, sé que nos volveremos a ver de nuevo mientras tanto éxito de ahora en adelante.

Y por último pero no por eso menos importante gracias a ti Juan Manuel Santiago Maldonado, por todas las experiencias compartidas, los momentos de alegría, por las tonterías dichas y hechas, tu compañía en situaciones poros convencionales y similares. Gracias por estar ahí cuando necesite apoyo y comprensión, el camino que hemos recorrido es poco en comparación con todo lo vivido, sin duda estamos aquí y le agradezco a la vida el haberte colocado en mi camino o nuestro camino "todo pasa por algo", aún nos queda mucha historia por escribir, mucho por hacer y decir; este es el inicio no el final de una nueva historia, te quiero!

INDÍCE

Resumen.....	i
Abstract.....	ii
Capítulo 1 Hipertensión Arterial.....	1
1.1 Componentes psicológicos de la Hipertensión Arterial.....	3
1.2 Tratamiento de la Hipertensión Arterial.....	4
Capítulo 2 Enfermedades Hipertensivas del Embarazo.....	7
2.1 Factores de riesgo.....	9
2.2 Hipertensión Crónica.....	11
2.3 Hipertensión Gestacional.....	12
2.4 Preeclampsia.....	12
2.5 Eclampsia.....	15
2.6 Síndrome de HELLP.....	16
Capítulo 3 Epidemiología.....	17
Capítulo 4 Factores Psicosociales del Embarazo.....	22
4.1 Principales factores psicosociales del embarazo.....	23
4.2 Apoyo Social.....	27
4.3 Apoyo psicosocial en enfermedades crónico degenerativas.....	29
4.4 Adaptación psicosocial en el embarazo.....	33
4.4.1 Aceptación del embarazo.....	35
4.4.2 Identificación con el Rol Materno.....	36
4.4.3 Relación con la madre.....	39
4.4.4 Relación con la pareja.....	40
4.4.5 Preparación al parto.....	42
4.4.6 Preocupación por el bienestar de la madre y el bebé.....	44
Capítulo 5 Método.....	47
5.1 Participantes.....	47
5.2 Materiales e Instrumentos.....	52
5.3 Validez del PSQ=Cuestionario de Evaluación Pre- Natal [Prenatal Self- Evaluation Questionnaire].....	53
5.4 Confiabilidad del PSQ= Cuestionario de Evaluación Pre- Natal [Prenatal Self- Evaluation Questionnaire]	56
5.5 Diseño del estudio.....	57
5.6 Procedimiento.....	57
5.7 Análisis de datos.....	59
Capítulo 6 Resultados.....	60
6.1 Comparación de grupos (EHE y ES) en la adaptación psicosocial del embarazo.....	60
6.2 Factores de riesgo y protectores en el embarazo (EHE y ES).....	61

6.2.1 Descripción de las condiciones higiénico- dietéticas de riesgo.....	61
6.2.2 Descripción de los factores de protección.....	64
6.3 Descripción de los principales factores psicológicos del embarazo (EHE y ES).....	68
6.4 Principales factores de riesgo y protectores en la adaptación psicosocial del embarazo.....	76
6.4.1 Factores de riesgo para el embarazo en la adaptación psicosocial del embarazo.....	76
6.4.2 Factores de protección para el embarazo en la adaptación psicosocial del embarazo.....	81
6.5 Condiciones propias del embarazo (EHE y ES) en la adaptación psicosocial del embarazo.....	85
Capítulo 7 Discusión y Conclusión.....	88
7.1 Limitaciones y sugerencias.....	102
Referencias.....	104
Anexos.....	122

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de la HTA.....	2
Tabla 2. Características sociodemográficas por grupos de las participantes.....	48
Tabla 3. Características de gestación de las embarazadas.....	50
Tabla 4. Características de los familiares con enfermedad crónica.....	51
Tabla 5. Varianza total explicada de cada uno de los factores de la escala adaptación psicosocial del embarazo.....	54
Tabla 6. Análisis factorial, reactivos por factor y cargas factoriales de la escala de adaptación psicosocial del embarazo.....	55
Tabla 7. Índice de consistencia interna por factor.....	57
Tabla 8. Medias de los grupos EHE y ES prueba t que las compara y su probabilidad del puntaje total por factores del PSQ.....	60
Tabla 9. Frecuencias y porcentajes de las condiciones higiénico-dietéticas de riesgo de EHE y ES.....	62
Tabla 10. Frecuencia(%) de los factores de riesgo presentes entre el grupo de EHE y ES.....	63
Tabla 11. Frecuencias y porcentajes de los factores de protección de EHE y ES.....	64
Tabla 12. Frecuencia(%) de los factores de protección presentes entre el grupo de EHE y ES.....	65
Tabla 13. Frecuencias y porcentajes de la clasificación de apoyo social que reciben las participantes del grupo EHE y ES.....	66
Tabla 14. Frecuencias y porcentajes del tipo de apoyo que reciben de la pareja en el grupo EHE y ES.....	68
Tabla 15. Frecuencia y porcentaje de estrés percibido en el grupo de EHE y ES.....	69
Tabla 16. Frecuencias y porcentajes de la concepción de estrés de acuerdo a las embarazos del grupo EHE y ES.....	70
Tabla 17. Frecuencias y porcentajes de los principales momentos estresantes para el grupo EHE y ES.....	71
Tabla 18. Frecuencias y porcentajes de la descripción del embarazo en EHE y ES.....	72
Tabla 19. Frecuencias y porcentajes de las principales causas de preocupación en el grupo EHE y ES.....	73
Tabla 20. Frecuencias y porcentajes de la descripción de pareja en el grupo EHE y ES.....	74

Tabla 21. Frecuencia y porcentaje del deseo de embarazo en el grupo EHE y ES.....	75
Tabla 22. Frecuencias y porcentajes para los principales motivaciones de desear el embarazo en el grupo EHE y ES.....	75
Tabla 23. Diferencias entre las medias del grupo EHE y ES que indicaron presentar estrés y no presentar estrés en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma.....	77
Tabla 24. Diferencias entre mujeres EHE y ES que indicaron consumir café y no consumir café en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma.....	78
Tabla 25. Diferencias entre mujeres EHE y ES que indicaron consumir alcohol y no consumir alcohol en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma.....	78
Tabla 26. Diferencias entre mujeres EHE y ES que indicaron fumar y no fumar en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma.....	79
Tabla 27. Diferencias entre mujeres EHE y ES que indicaron ser fumadora pasiva y no fumadora pasiva en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma.....	79
Tabla 28. Diferencias entre mujeres EHE y ES que indicaron consumir drogas y no consumir drogas en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma.....	80
Tabla 29. Diferencias entre mujeres EHE y ES que indicaron realizar ejercicio y no realizar ejercicio en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma.....	81
Tabla 30. Diferencias entre mujeres EHE y ES que indicaron tener la misma pareja y no tener la misma pareja en todos los embarazos en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma.....	82
Tabla 31. Diferencias entre mujeres EHE y ES que indicaron tener apoyo social y no tener apoyo social en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma.....	83
Tabla 32. Diferencias entre mujeres EHE y ES que indicaron tener apoyo de la pareja y no tener apoyo de la pareja en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma.....	84
Tabla 33. Diferencias entre mujeres EHE y ES que indicaron tener pareja y no tener pareja en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma.....	84
Tabla 34. Diferencias entre mujeres EHE y ES que indicaron primer embarazo y no primer embarazo en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma.....	86
Tabla 35. Diferencias entre mujeres EHE y ES que presentaron y no presentaron complicaciones en embarazos anteriores en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma.....	86
Tabla 36. Diferencias entre mujeres EHE y ES que desearon y no desearon el embarazo actual en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma.....	87

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Frecuencias de mujeres del grupo EHE y ES que indican fumar y no fumar.....	63
Figura 2. Frecuencias de mujeres del grupo EHE y ES que indican consumir alcohol y no consumir alcohol.....	64
Figura 3. Frecuencias de mujeres del grupo EHE y ES que indican practicar ejercicio y no practicar ejercicio.....	66
Figura 4. Frecuencias de mujeres del grupo EHE y ES en cuanto a los motivos del embarazo.....	76

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado.....	123
Anexo 2. Entrevista.....	124
Anexo 3. Cuestionario de Evaluación Pre- Natal [Prenatal Self- Evaluation Questionnaire].....	127

Resumen

Las Enfermedades Hipertensivas del Embarazo (EHE) constituyen a nivel mundial un problema de mortalidad materno-fetal, y afecta de forma biopsicosocial a la persona que la padece. Se desconocen sus causas directas, sin embargo, existen factores de riesgo que favorecen la aparición de la enfermedad y que a su vez generan como consecuencias modificaciones en la adaptación al embarazo. El objetivo principal del presente estudio fue identificar si existían diferencias en la adaptación psicosocial al embarazo en mujeres hipertensas comparado con mujeres sanas. Además, describir los factores de riesgo, protección y características del embarazo para cada grupo de embarazadas. La muestra consistió en 66 mujeres con EHE y 58 embarazadas sanas, provenientes en su mayoría del Distrito Federal con un nivel socioeconómico medio-bajo. Se utilizó un diseño transversal-descriptivo, para la evaluación se adaptó y aplicó el Cuestionario de Evaluación Pre-Natal (PSQ por sus siglas en inglés), y una entrevista semiestructurada. Los resultados mostraron que no existen diferencias estadísticamente significativas en la adaptación psicosocial del embarazo entre los dos grupos, sin embargo, se encontraron diferencias en cuanto al reporte de estrés, consumo de café, realizar ejercicio, apoyo y tener pareja, primer embarazo, complicaciones en otros embarazos y deseo del embarazo. También se observó que las mujeres con EHE presentan más factores de protección que las embarazadas sanas. En conclusión el padecer alguna EHE no modifica la adaptación psicosocial al embarazo, pero sí otros factores que intervienen en el contexto de la mujer.

Palabras clave: Embarazo, Hipertensión, Adaptación psicosocial.

Abstract

Hypertensive disorders of pregnancy (HDP) is a worldwide problem of maternal and fetal mortality, biopsychosocial affects the person who has it. The direct cause is unknown, however, there are risk factors that incidence of the disease and that in turn generate as consequences changes in psychosocial adaptation to pregnancy. The main objective of this study was to identify differences in psychosocial adaptation to pregnancy in women with hypertension compared to healthy women. A secondary purpose was to describe risk factors, protective factors, and pregnancy characteristics for each group of pregnant mothers. The participants were 66 women with HDP and 58 healthy women; these were from Mexico City, with a low-middle socioeconomic. We used a descriptive cross-sectional design; and for the assessment were adapted and applied Prenatal Self- Evaluation Questionnaire (PSQ) and an interview. The results showed no statistically significant differences in the psychosocial adaptation to pregnancy between the two groups, but the differences were found in reporting of stress, coffee consumption, exercise, support and having a partner, first pregnancy, complications other pregnancies and desire pregnancy. It was also observed that women with HDP have more protective factors than healthy pregnant women. In conclusion have some HDP not modify the psychosocial adaptation to pregnancy, but if they do other factors in the context of women.

Key Words: Pregnancy, Hypertension, Psychosocial Adaptation.

Capítulo 1

Hipertensión Arterial

La Hipertensión Arterial (HTA) es el término médico designado para la presión arterial alta a la cual se le ha denominado la “enfermedad silenciosa”, ya que en primera instancia no produce síntomas molestos para la persona que la padece, además de que está considerada como factor de riesgo para presentar enfermedades cardiovasculares (ECV) (Honorato & Purroy, 2002; Reynoso, Calderón, & Seligson, 2005).

La Presión Arterial (PA) depende tanto de la fuerza de la sangre que se impulsa al torrente sanguíneo como de la resistencia de los conductos arteriales que se extienden por todo el organismo, entre mayor sea el volumen de sangre y menor se encuentre el diámetro de las arterias por las cuales circula, se requiere de mayor tensión o presión arterial para que la sangre viaje. El corazón es un músculo que funciona como una máquina de bombeo, cuando éste se contrae envía sangre a las arterias, a este empuje se le conoce como presión sistólica. Cuando el corazón se relaja entre latidos, la presión tiende a disminuir en las vías circulatorias, a esta función se le conoce como presión diastólica (Romin, 2006).

Para que el organismo funcione de manera adecuada es necesario que exista un sistema de comunicación entre los diversos órganos y tejidos del cuerpo (Honorato & Purroy, 2002), por tal motivo, es importante que la sangre que se bombea del corazón llegue a todos los órganos para que los dote de los nutrientes y oxígeno necesarios. Por esta razón se requiere que exista una presión arterial adecuada. Los valores de PA normales se sitúan por debajo de 140 milímetros de mercurio para la presión sístole (100-140 mm Hg) y por debajo de 90 para la presión de diástole (60-90 mm Hg), siendo considerado como una presión ideal de 120/ 80 mmHg (Romin, 2006). La determinación de la PA se realiza con un esfigmomanómetro que expresa los valores en milímetros de mercurio (mmHg). Es importante que estos equipos estén calibrados para evitar falsos positivos o negativos que podrían generar diagnósticos erróneos (Coca, Aranda, & Redón, 2009).

Los valores de la presión arterial no sólo dependen del buen funcionamiento del organismo, existen otros factores que pueden generar que éstos cambien. Algunos de ellos son

factores ambientales (temperatura), situaciones físicas (esfuerzo físico, dolor), emociones (miedo), situaciones sociales (discusiones, hablar en público) (Romin, 2006).

Las cifras para determinar la HTA, según las directrices de la Guía de consenso de la Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Europea de Cardiología (ESH-ESC, 2007) son:

Categoría	Sistólica (mm Hg)	Diastólica (mm Hg)
Óptima	<120 y	<80
Normal	120-129 y/o	80-84
Normal-Alta	130-139 y/o	85-89
HTA 1-leve	140-159 y/o	90-99
HTA 2-moderada	160-179 y/o	100-109
HTA 3-grave	≥180 y/o	≥110
HTA Sistólica aislada	≥140 y	<90

Fuente: ESH-ESC, 2007

Esta clasificación se determina en individuos mayores de 18 años dividiéndola en HTA leve, moderada y grave, sin embargo, estos términos únicamente describen grados de la PA y no la gravedad de la situación clínica o de sus complicaciones (Coca, Aranda, & Redón, 2009).

En la medicina se han descrito dos tipos de hipertensión arterial: 1) Esencial o Primaria: que es la más frecuente en los casos clínicos, aunque se desconoce su origen y los mecanismos que la causan; 2) Secundaria: en este tipo de hipertensión, se puede identificar la causa biológica desencadenante. No obstante la hipertensión esencial puede tratarse y controlarse aunque casi nunca se cura, mientras que la secundaria una vez que se detecta la causa se busca eliminar (Romin, 2006).

La hipertensión secundaria suele ser más frecuente en personas jóvenes, y algunas de las causas que la inducen pueden ser la ingesta de ciertos medicamentos tales como anticonceptivos hormonales orales, corticosteroides, descongestivos nasales, entre otros. También se encuentran diversas enfermedades orgánicas algunas son enfermedad renal, hipotiroidismo, síndrome de Cushing, y en algunos otros casos la apnea del sueño, enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, ansiedad y depresión (Divine, 2008; Robertson, 1982).

A pesar de que se desconoce la causa real de la hipertensión esencial existen factores de riesgo que pueden llevar a desencadenar la HTA, éstos se dividen en intrínsecos que son: la herencia, edad (mayor a 35 años), sobrepeso, obesidad, diabetes, presión intraocular elevada, entre otros. Algunos de los factores extrínsecos son: ingesta rica en sodio y baja en potasio, tabaquismo, exceso de consumo de alcohol, consumo de cafeína, vida sedentaria y tensión psicológica (Divine, 2008; Kaplan, 1985).

La HTA es una enfermedad que puede presentarse a cualquier edad, pero con mayor frecuencia en adultos de 30 a 50 años; generalmente es asintomática, con una lenta evolución que después de 10 ó 20 años ocasiona daños serios a cuatro órganos principales: el corazón, el cerebro, el riñón y la retina (Grimm et al., 1997; Texas Heart Institute, 2011). La HTA no controlada es factor de riesgo importante para el ataque cardíaco y es antecedente de enfermedades cardiovasculares y renales (Morrell, Park, Kidder, & Martin, 1997).

1.1 Componentes psicológicos de la Hipertensión Arterial

En cuanto a los factores de riesgo de tipo psicológicos se encuentran el presentar características que Mayer Friedman y Ray Rosenman llamaron de “personalidad tipo A”, las cuales consisten en un intenso deseo de tener éxito, competitividad elevada, deseo de reconocimiento y prestigio, baja tolerancia a la frustración, impaciencia, desesperación, un constante estado de alerta física y mental, urgencia de tiempo y una tendencia a la respuesta hostil ante los estímulos ambientales (Sánchez, 2006). Además, la ira y la hostilidad se han considerado como un factor de riesgo, ya que al experimentar el enojo suceden cambios metabólicos que alteran el sistema hormonal y nervioso, activando al organismo para responder con intensidad a ciertos estímulos; la catecolamina es el neurotransmisor que se libera por la sangre al experimentar este tipo de emociones se adhiere a las arterias obstruyendo el paso y aumenta la probabilidad de un infarto, provocando un daño en el sistema circulatorio y en consecuencia en el bienestar social del individuo (Mercado-Corona, 2012).

Adicional a estos factores se encuentra el estrés el cual se puede definir como “la presión que experimentamos en nuestro entorno y que nos tensiona por falta de una respuesta adecuada”, una de las principales causas del estrés es la adaptación que se tiene que experimentar ante un cambio repentino y desagradable, cuando éstos llegan a ocurrir de forma constante provocan tensiones nocivas para el cuerpo (Amezcuza, 1999). El estrés puede generarse por

aspectos físicos y psicológicos, en ambos casos se eleva el gasto cardíaco generando un incremento en la frecuencia cardíaca, y en, consecuencia, un aumento en los niveles de presión arterial. En las personas que tienen antecedentes genéticos de HTA, el estrés crónico podría provocar la enfermedad (Sobrino, 2009).

Otros factores de tipo psicológicos incluyen la depresión, ansiedad y la falta de apoyo social, estos se relacionan entre sí, y a su vez interactúan con los factores de riesgo tradicionales, generando mayor probabilidad para presentar la enfermedad (Fernández-Abascal, Martín , & Domínguez, 2003). De ahí la importancia de generar exploraciones en los factores psicológicos, cómo se manifiestan y de qué manera afectan o benefician el padecimiento, ya que la HTA está compuesta por factores de riesgo biológicos y psicológicos, dejando de lado la idea de que la enfermedad es resultado de una relación unicausal.

1.2 Tratamiento de la Hipertensión Arterial

En cuanto a las medidas de tratamiento, se encuentran las de tipo higiénico-dietéticas o modificaciones en el estilo de vida, así como de tipo farmacológico y psicológico. Las primeras han mostrado su eficacia preventiva general y en muchos casos permiten reducir las cifras de PA. Comúnmente se utilizan como complemento del tratamiento farmacológico (Aranda, 2011). Por ejemplo, la HTA presenta una relación directa con el consumo de sal, ya que al reducir su consumo de la dieta, disminuyen las cifras de PA, además de que al haber una restricción moderada de sal permite disminuir la dosis de fármacos necesarios para controlar la PA (Doménech, 2009).

Por su parte, existe una mayor prevalencia de HTA en personas que consumen alcohol de forma excesiva que supera los 30 grs por día, dado que incrementa la presión arterial sistólica y diastólica de forma casi inmediata (a 60 minutos de la ingesta) (Estruch, 2009), así como, aumenta los niveles de triglicéridos y la glucosa en sangre (Godsland, Leyva, Walton, Worthington, & Stevenson, 1998; Mukamal, 2006); siendo así que su reducción parcial o total contribuye al tratamiento de la HTA (Estruch, 2009).

El hábito de fumar se encuentra asociado con un aumento persistente de la elevación de la presión arterial y la frecuencia cardíaca (Groppelli, Giorgi, Omboni, Parati, & Mancia, 1992; Robinson & Cinciripini, 2006); de la misma forma el ser fumadora pasiva está asociado a un incremento del 25% de riesgo entre los no fumadores (He et al., 1999), por lo que el paciente debe dejar de manera radical y permanente el consumo de la nicotina (De la Figuera von Wichmann,

2009). La cafeína es una sustancia que al igual que la nicotina produce una elevación a corto plazo en la tasa cardíaca y en las cifras de PA sobre todo en aquellas personas que no toman café de forma habitual, se recomienda la moderación del consumo de esta bebida (Felip, 2009).

Otro factor importante como medida higiénico-dietética tanto para la prevención, tratamiento y control de la PA es el ejercicio físico, pues ayuda a controlar otros factores de riesgo cardiovascular, diabetes, hipercolesterolemia y la obesidad, además de que mejora la sensación de bienestar (Hernández del Rey, 2009), así mismo, el ejercicio moderado se asocia con la disminución de la presión arterial sistólica (Godslan et al., 1998) algunos tipos de ejercicios que se recomiendan son: caminata, jogging, marcha atlética, ciclismo, natación, golf, danza y cualquier otro de tipo aeróbico y dinámico (Hernández del Rey, 2009), el ejercicio físico se ha implementado recientemente como una herramienta en el tratamiento para las enfermedades cardiovasculares, ya que tiene un efecto positivo en la disminución de la presión arterial, el colesterol, mejora la reactividad emocional y el ajuste psicológico, además de que mejora el sistema musculoesquelético (Garcés de los Fayos, Velandrino, Conesa, & Ortega, 2002), éste debe practicarse alrededor de 30-60 minutos al día y entre 3-7 días a la semana ya que esto reduce la PA. Por último se recomienda regular el consumo de potasio, calcio y magnesio (Aranda, 2011).

Al tratamiento farmacológico se recurre una vez agotadas las medidas higiénico-dietéticas sin que se genere una mejoría. El objetivo no es mejorar ningún síntoma concreto, si no el reducir el riesgo de presentar algún tipo de complicaciones del paciente hipertenso (Honorato & Purroy, 2002).

Los factores de riesgo de tipo psicológico y social se pueden modificar por medio de intervenciones psicológicas. En investigaciones recientes se ha demostrado la eficacia de las terapias con enfoque cognitivo-conductual para el manejo de la HTA, ya que ayudan a disminuir significativamente los niveles de presión arterial sistólica, el nivel de estrés percibido, e incrementa significativamente la adherencia al tratamiento (conjunto de conductas que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud) (Arrivillaga, Varela, Cáceres, Correa, & Holguín, 2007).

Los componentes de este tipo de intervenciones suelen ser, la psicoeducación, la adherencia al tratamiento optimizando el uso de la medicación, favoreciendo la adhesión a las

recomendaciones en cambio de dieta y actividad física, las técnicas conductuales como biofeedback que tienen como objetivo conseguir el control voluntario sobre una o varias funciones cardiovasculares (temperatura, tasa cardiaca y presión sanguínea), las técnicas de relajación (relajación progresiva, entrenamiento autógeno, control de la respiración y meditación trascendental) se utilizan para el control de la presión arterial que consigue tal efecto mediante la reducción de la reactividad al estrés, así como también éstas técnicas ayudan a la autorregulación de emociones, otros componentes constituyen en habilidades de afrontamiento al estrés, autocontrol en relación con la nutrición, moldeamiento y modelamiento para la corrección de conductas que puedan afectar al desempeño del paciente en cualquier ámbito relevante para el cuidado de la salud personal (Fernández-Abascal, Martín, & Domínguez, 2003; Riveros, Ceballos, Laguna, & Sánchez-Sosa, 2005; Arrivillaga et al., 2007).

El tratamiento cognitivo comúnmente consiste en modificar el patrón de conducta de personalidad tipo A, en la detección de pensamientos disfuncionales seguida de una reestructuración cognitiva, la solución de problemas, la autoeficacia, entrenamiento en habilidades para hacer frente al dolor, la ansiedad y depresión. Estas técnicas se han utilizado de forma combinada, creando diseños de intervención adaptados a la situación y características peculiares de los pacientes (Fernández-Abascal et al., 2003; Riveros et al., 2005; Arrivillaga et al., 2007). En algunos casos estos tipos de intervenciones ayudan a reducir la dosis o el número de fármacos requeridos para el paciente, además de que se obtienen beneficios secundarios como un descenso en los niveles de colesterol y la disminución de consumo de tabaco (Sobrino, 2009).

Con lo anterior se puede señalar que la HTA está compuesta por factores biológicos, psicológicos y sociales, y que trae como consecuencias alteraciones dañinas para el organismo; si bien la parte psicosocial tiene una importante influencia para prevenir o tratar la HTA, se debe hacer hincapié en el apoyo social el cual también es un factor de este tipo que interviene en la enfermedad, sin embargo poco se ha explorado en cuanto a cómo se manifiesta, perjudica y/o beneficia a la HTA, por lo que en consecuencia poco de ello se ha incluido en la evaluación y tratamiento de tipo psicológico.

Capítulo 2

Enfermedades Hipertensivas del Embarazo

Las Enfermedades Hipertensivas del Embarazo (EHE) se consideran dentro de las principales causas de mortalidad materno-fetal y suele ser el trastorno médico más frecuente durante el embarazo. Las consecuencias de la enfermedad incluyen: afección renal, afección cardíaca, lesiones en la retina, desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta (es el proceso de separación parcial o total de la placenta de su lugar que corresponde al fondo uterino, se produce a partir de las 20 semanas de gestación hasta antes del nacimiento del feto, pudiendo ocurrir incluso durante el trabajo de parto) (Rosas et al., 2008; Seguranyes, 2000). Otros riesgos que se presentan son, el síndrome de HELLP (el nombre se deriva por sus siglas en inglés: H: Hemolysis, EL: Elevated liver enzymes y LP: Low Platelets count), insuficiencia renal aguda, insuficiencia hepática, complicaciones cardiovasculares a largo plazo, e incluso la muerte; en el caso del neonato se encuentran la restricción en el crecimiento intrauterino, nacer antes de término, hipoxia, muerte perinatal y morbilidad cardiovascular a largo plazo asociada con el bajo peso al nacer (Uranga, 2009).

La mujer embarazada que padece esta enfermedad debe tener mayor vigilancia y someterse a estudios de estratificación de riesgo vascular por lo menos una vez al año (Rosas et al., 2008). Siendo así de crucial importancia para la mujer que presenta factores de riesgo o hipertensión antes del embarazo considere una valoración previa a la cual se le conoce como “consulta preconcepcional”, ya que esto facilitará la prevención de las posibles complicaciones en el embarazo. La HTA es una condición en la cual se requiere una valoración adecuada por parte del obstetra, el médico especializado en la propia enfermedad, el especialista en medicina materno-fetal y de la propia pareja. Incluso el hecho de aconsejar o desaconsejar un embarazo forma parte de los cuidados indispensables para la mujer hipertensa (Cararach-Ramoneda, 2009).

En un embarazo normal la presión diastólica se reduce progresivamente durante los primeros seis meses de embarazo y en el tercer trimestre regresa a sus valores estables de paciente no gestante (aproximadamente de 72 mm Hg), incluso en algunos casos existe una tendencia a la hipotensión, esto se debe a que los cambios hormonales que se producen durante el embarazo favorecen la vasodilatación para el momento de parto. El promedio de la presión

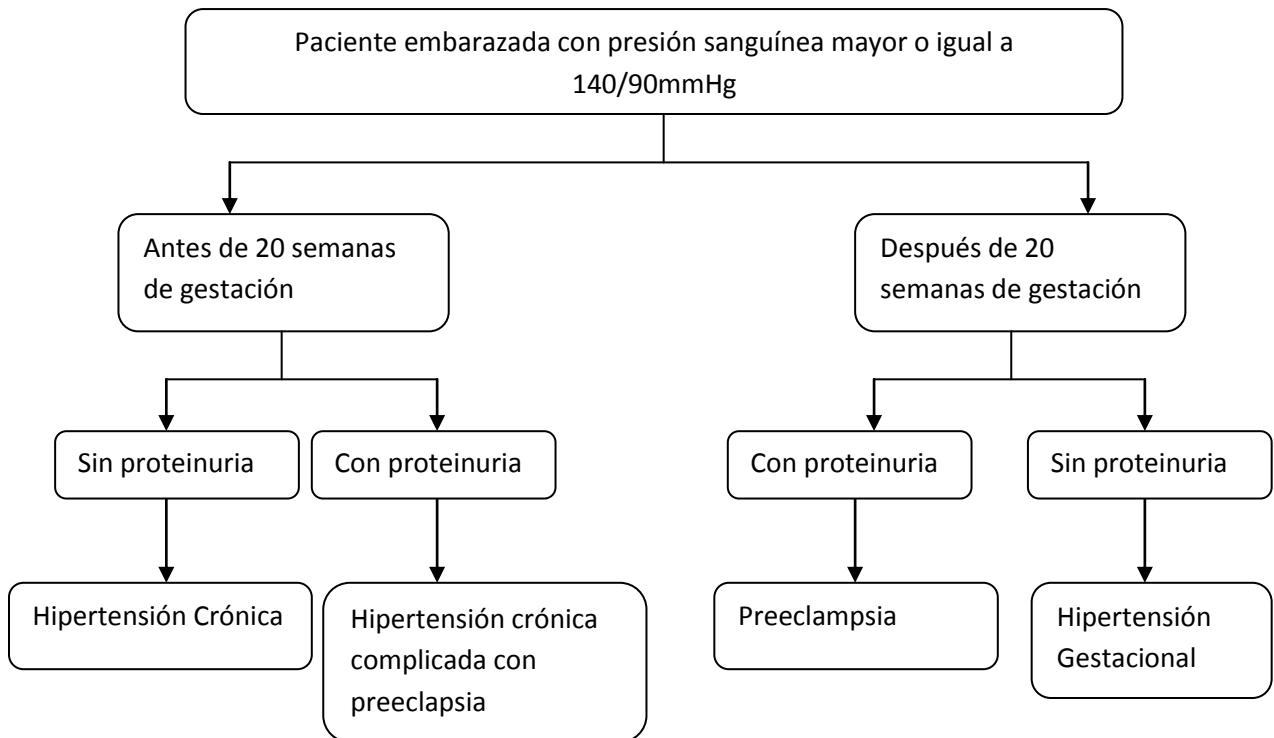
arterial normal durante el embarazo es de 116 más o menos 12 mm Hg para PAS y de 70 más o menos 7 mm Hg para la PAD, por encima de estos límites se deben tomar las medidas adecuadas ya que probablemente sea una mujer que presente o desarrolle hipertensión, y que debe ser vigilada con mayor rigurosidad (Ortí & Voto, 2009).

Una de las clasificaciones más utilizadas para las EHE es del Grupo de Hipertensión Arterial de la Asociación Galega de Medicina Familiar y Comunitaria (AGAMFEC) de Galicia, y por el Grupo de Trabajo sobre la Hipertensión Arterial en el Embarazo del Programa Nacional de Educación sobre Hipertensión de los Estados Unidos de América (NHBPEP por sus siglas en inglés), es la siguiente : Presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mm Hg o Presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mm Hg, confirmada en dos muestras separadas un plazo de 4 a 6 horas durante el embarazo, o en las 24 horas siguientes al parto (Moliner et al., 2009; NHBPEP, 2000).

De acuerdo con la clasificación del Grupo de Trabajo del Programa Nacional de Educación sobre Hipertensión (NHBPEP, 2000), las EHE se constituyen por:

- 1) Hipertensión crónica: Presión arterial igual o mayor a 140/90 mm Hg antes del embarazo o diagnosticada antes de la semana 20 de gestación;
- 2) Hipertensión gestacional: Presión arterial igual o mayor a 140/90 mm Hg sin proteinuria, que se desarrolla después de la semana 20 de gestación y que generalmente se resuelve en las primeras 12 semanas de posparto;
- 3) Preeclampsia- eclampsia: Presión arterial igual o mayor a 140/90 mm Hg asociada a proteinuria (presencia de proteína igual o mayor a 300 mg en orina de 24 horas) y presencia de edema (incremento en el volumen del líquido intersticial, antecedida por un aumento de peso) después de las 20 semanas de gestación. Eclampsia: Presencia de convulsiones en mujeres que cursen con preeclampsia, no atribuibles a alguna otra causa; y
- 4) Preeclampsia sobreimpuesta en hipertensión crónica: incluye proteinuria, presencia de proteína igual o mayor a 300 mg en orina de 24 horas en mujeres cuya presión arterial es igual o mayor a 140/90 mm Hg antes del embarazo o diagnosticada antes de la semana 20 de gestación, que no presentaban proteinuria previamente.

Se ejemplifica la clasificación en el siguiente esquema de la Secretaria de Salud (SSA, 2008):



Establecer la diferencia entre estas alteraciones hipertensivas, es crucial para el pronóstico y el tratamiento (NHBPEP, 2000; Noriega, Arias, & García, 2005).

2.1 Factores de riesgo

La mayoría de los casos de hipertensión durante el embarazo ocurren en primigestas saludables, sin embargo, existen ciertos factores que pueden aumentar el riesgo de presentar las EHE, como son: mujeres con un Índice de Masa Corporal (IMC) por encima del valor normal (18.5-24.9), que pertenecen a un nivel bajo socioeconómico y el cambio de paternidad (cambio de pareja en un intervalo prolongado entre embarazos) (Ruiz et al., 2008).

Se estima que el 56 % de las mujeres que presentan EHE fueron fumadoras y el 68,0% provenían de familias con antecedentes familiares con trastornos hipertensivos (Torres, Lardoeyt, & Lardoeyt, 2009). Cabe señalar que, en un estudio realizado con mujeres embarazadas normotensas, se observó que las mujeres que fuman presentaban mayores niveles de presión arterial sistólica, pero menores niveles de presión arterial diastólica, esto comparado con las

embarazos que no fuman, mientras tanto estas últimas tienden a presentar mayor número de presión diastólica (Matkin, Britton, Samuels, & Eskenazi, 1999).

La etiología de la hipertensión arterial en el embarazo se desconoce, pero suele aparecer con mayor frecuencia en los siguientes tipos de gestantes: con edad avanzada y jóvenes, con alteraciones vasculares previas, diabéticas, con embarazo gemelar, con mola hidatiforme (presencia de un crecimiento anormal que contiene un embrión no viable implantado en el útero) y con hidramnios (afección que ocurre cuando se acumula demasiado líquido amniótico durante el embarazo) (Seguranyes, 2000). Se ha detectado que las mujeres que presentan preeclampsia son las de mayor edad, diabéticas y que fumaban antes del embarazo, de misma forma tanto la hipertensión gestacional como preeclampsia leve o severa, tienen antecedentes familiares de dos o más de primer grado con enfermedades cardiovasculares, sin embargo no se consideró en este estudio como riesgo para estas enfermedades la presencia de enfermedades renales y diabetes dentro de la familia (Ness, Markovic, Bass, Harger, & Roberts, 2003).

Otros factores importantes son: ser paciente primigesta, edad menor de 18 años o mayor a 35 años, desnutrición, factores psicosociales (estrés, depresión, violencia familiar, angustia, inestabilidad emocional, entre otras), intervalo intergenésico (espacio de tiempo entre un embarazo y el siguiente) menor a dos años, no asistir a consultas prenatales, enfermedad renal previa o recurrente al embarazo, hipertensión arterial crónica o haber presentado preeclampsia o eclampsia en embarazos anteriores, infecciones recurrentes de vías urinarias, diabetes mellitus (1,2 o gestacional), sobredistensión uterina de cualquier origen, enfermedad trofoblástica y enfermedad autoinmune (SSA, 2001; SSA, 2002).

Es importante destacar que un buen control prenatal reduce el riesgo del EHE (Pacheco-Rojas & Angulo-Ibarra, 2009); la atención prenatal debe ser periódica, sistemática y se debe contar con el apoyo de estudios de laboratorio y gabinete a fin de identificar factores de riesgo (SSA, 2002). Por lo cual se requiere de una evaluación lo más completa y detallada posible que combine valoraciones médicas y psicológicas para mejores intervenciones y medidas preventivas, con el fin de mejorar los resultados pre y postnatales del embarazo.

2.2 Hipertensión Crónica

La hipertensión arterial crónica (HAC) en el embarazo se diagnostica mediante el establecimiento de una historia de hipertensión antes del embarazo o una elevación de presión arterial de 140/90 mm Hg o más antes de las veinte semanas de gestación, medida en dos ocasiones con cuatro horas de diferencia (NHBPEP, 2000). La hipertensión que se diagnostica por primera vez durante el embarazo y que no se resuelve después del parto, también entra dentro de esta clasificación (Brito & Castro, 2009).

La HAC suele clasificarse en leve y grave, se clasifica como leve cuando los niveles de sistólica están por debajo de 160 mm Hg o diastólica menor a 110 mm Hg, y adicional a este último diagnóstico para fines de manejo adecuado se denomina a la HAC en el embarazo con bajo y alto riesgo. Se considera de bajo riesgo, cuando la hipertensión no es complicada y no existe lesión a órgano blanco. Las mujeres que presentan hipertensión crónica leve a moderada sin complicaciones, pueden abstenerse de un tratamiento farmacológico antihipertensivo, siempre y cuando se lleve los cuidados médico-higiénicos adecuados y de constante monitorización. Los antihipertensivos recetados pueden suspenderse en el segundo trimestre esto como resultado de una reducción de la presión arterial en ese momento (Knox, Kilby, & Kenny, 2010).

La hipertensión de alto riesgo es aquella en la que existe la presencia de lesión en órgano blanco, los niveles de presión sistólica son igual o mayor a 160 mm Hg y los de presión diastólica es igual o mayor a 110 mm Hg (Brito & Castro, 2009). Todas las mujeres con presión arterial sistólica igual o mayor a 160 mm Hg, requieren de tratamiento antihipertensivo (McCarthy & Kenny, 2010). La HAC se encuentra comúnmente asociada a enfermedades como: diabetes, enfermedad renal, cardíaca o vascular (Knox et al., 2010).

En las mujeres hipertensas que se embarazan presentan un riesgo mayor de que empeore su presión arterial, y la situación se agrava si preexiste una enfermedad renal subyacente o la aparición de proteinuria, en consecuencia aumenta significativamente el riesgo de obtener pobres resultados en el embarazo y requiere mayor cuidado multidisciplinario (Bernasconi, 2009; McCarthy & Kenny, 2010). La HAC esencial es la que se presenta en un mayor número de casos, el pronóstico dependerá del origen de la enfermedad, así como de la forma eficaz con la que se trate la hipertensión (Cararach-Ramoneda, 2009).

2.3 Hipertensión Gestacional

La hipertensión arterial gestacional, se define como el desarrollo de hipertensión arterial igual o mayor a 140/90 mm Hg tomada en dos ocasiones separadas por un periodo de reposo de 4 a 6 horas, sin presencia de proteinuria después de las veinte semanas de gestación en una mujer previamente normotensa. En algunas mujeres ésta puede ser manifestación temprana de preeclampsia, mientras que en otras puede ser un signo temprano de hipertensión crónica no conocida, generalmente el pronóstico de estas mujeres con tratamiento farmacológico suele ser bueno (Amenábar, 2009; Noriega et al., 2005); sin embargo en algunos casos existe el riesgo de que se produzcan secuelas graves de tipo neurológicas, hematológicas, hepáticas o renales. Para confirmar el diagnóstico de hipertensión gestacional la presión arterial se debe normalizar antes de las doce semanas post gestación (Ortí & Voto, 2009).

En contraste, si después de doce semanas de puerperio persiste la hipertensión se define como hipertensión crónica que debutó en el embarazo. En cuanto a la proporción de casos clínicos de la hipertensión gestacional es de 6% a 17% en mujeres nulíparas y de 2% a 4% en las multíparas (Hernández, Estrada, & Salinas, 2009; NHBPEP, 2000).

La hipertensión gestacional se considera como un estado previo al desarrollo de preeclampsia, algunos autores como Barton, O'Brion, Bergauer, Jacques y Sibai (2001), mencionan que existe un 50% de riesgo para que las mujeres con este diagnóstico precedan a la preeclampsia antes de la semana 32 de gestación.

Se debe tener presente los objetivos de evaluación en un embarazo con la elevación de la presión arterial los cuales son: 1) diferenciar entre hipertensión gestacional y preeclampsia; y 2) distinguir entre hipertensión leve y grave. Hacer estas distinciones son de crucial importancia ya que facilitará la elección del tratamiento adecuado (Jeyabalan & Heazell, 2010).

2.4 Preeclampsia

La preeclampsia se encuentra dentro de la clasificación de enfermedades hipertensivas del embarazo, se desconoce su origen pero ocurre únicamente durante la etapa de gestación y en la especie humana, es una causa importante de mortalidad materna, las muertes perinatales, el nacimiento prematuro, y la restricción en el crecimiento intrauterino (Sibai, Dekker, & Kupferminc, 2005). Se define como un síndrome que se manifiesta a partir de las veinte semanas de gestación

con una presión igual o mayor a 140/90 mm Hg asociado a la presencia de proteinuria (Unicef & Ministerio de Salud, 2010).

La preeclampsia/eclampsia origina el 70% de los estados hipertensivos y el resto de los pacientes (30%) lo representan pacientes con hipertensión crónica pre existente durante el embarazo (SSA, 2002). No se conoce la causa primaria a este padecimiento, sin embargo, se reconoce su origen multifactorial, que incluye alteraciones vasculares, de placenta, metabólicas, renales, hepáticas, hematológicas, inmunológicas o mixtas; además de que se agregan factores de índole cultural, social, económico y geográfico (SSA, 2001). El tratamiento definitivo es el parto, pero puede haber repercusiones sobre el recién nacido y la madre, y suele ser motivo de hospitalizaciones recurrentes. El aumento en la presión arterial durante la preeclampsia tiene su base en el incremento de las resistencias periféricas y la disminución del gasto cardíaco (Quintana, Rey, Sisi, Antonelli, & Ramos, 2003).

En reportes recientes se ha destacado que la incidencia de preeclampsia incrementa al haber un aumento del Índice de Masa Corporal (IMC), en especial aquellas mujeres que tienen sobre peso y obesidad. Existe un incremento del 42% para una mortalidad posterior al embarazo en el caso de las mujeres que desarrollaron alguna EHE que presentaban un IMC mayor al valor normal en comparación de aquellas que también manifestaron la enfermedad pero que tenían un peso bajo y normal (Samuels-Kalow et al., 2007).

Actualmente, se han planteado cuatro hipótesis acerca del surgimiento de la preeclampsia, los cuales todavía son objeto de investigación y están sujetas a debate, estas son:

- 1) Mala adaptación inmune. Consiste en una incapacidad intrínseca para tolerar inmunológicamente el embarazo. La multiparidad actúa como un factor protector y la exposición a antígenos seminales antes del embarazo protege contra la preeclampsia,
- 2) Estrés oxidativo. Esta propuesta supone un grado mayor de radicales libres en el organismo, lo que incrementaría la cantidad de lípidos en la sangre, disminución de antioxidantes, de alfa tocoferol, vitamina C, beta caroteno y selenio;
- 3) Isquemia placentaria. En este caso se supone que habría una invasión de trofoblastos, causando fallas en el organismo tales como obstaculizar una adecuada perfusión placentaria en respuesta a las demandas que existen en el embarazo; y

- 4) Teoría genética. Supone que tanto los genes maternos como paternos juegan un papel importante en el desarrollo de la preeclampsia (Espino & García, 2009).

La preeclampsia se divide en: leve y severa, para el primer caso se toman en cuenta los siguientes signos: Presión sistólica igual o mayor a 140 mm Hg, presión diastólica igual o mayor a 90 mm Hg, se requieren de dos tomas como mínimo tomadas en seis horas de diferencia entre cada una con la paciente en reposo en un lapso no mayor de siete días. Presencia de proteinuria de igual o mayor a 300 mg en una recolección de orina de veinticuatro horas o reporte en tira reactiva de por lo menos 30 mg/dL (1+) en dos muestras de orina tomadas al azar con una diferencia de 6 horas entre cada una, pero en un lapso no mayor a siete días, en algunos casos existe la presencia de edema, la hinchazón puede ocurrir en cara, manos y región lumbosacra (SSA, 2002; SSA, 2008).

La preeclampsia se considera grave cuando se presentan otros signos y síntomas como son la presencia de una presión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 110 mmHg tomadas con las mismas condiciones que para la preeclampsia leve, la proteinuria para este caso se presenta de 2 grs o más en orina de veinticuatro horas, o bien 3 + con tira reactiva en una muestra de orina tomada al azar, creatinina sérica >1.2 md/dl, oliguria (diuresis de menos de 500 ml en veinticuatro horas), trastornos cerebrales o alteraciones visuales persistentes, dolor epigástrico, disfunción hepática, trombocitopenia (trastorno en el cual hay una cantidad anormalmente baja de plaquetas), entre otros. Ambos tipos de preeclampsia se presentan después de la semana veinte, durante el parto o en el puerperio (no más de treinta días) (SSA, 2002; SSA, 2008). Cuando hay presencia de cefaleas, visión borrosa, dolor abdominal o alteraciones en las pruebas de laboratorio se debe considerar como probable preeclampsia (Avena, Joerin, Dozdor, & Brés, 2007).

La preeclampsia puede contribuir a la aparición de consecuencias inmediatas como la hemorragia cerebral, y pueden ocurrir complicaciones maternas o fetales serias, incluso si la elevación de la presión arterial es leve (Mark, Zamorski, Lee, & Green, 2001).

Las mujeres con preeclampsia leve, embarazo a término y un cérvix favorable para inducción, se debe someter a la cirugía del parto para evitar complicaciones maternas y fetales. Generalmente se recomienda reposo en cama, ya sea en el hospital o en casa, ya que disminuye el

edema, mejora el crecimiento del feto, previene el avance de la enfermedad y mejora el resultado del embarazo (Noriega et al., 2005).

La preeclampsia severa puede progresar rápidamente, resultando en un deterioro súbito del estado de la madre y el feto por lo que se recomienda, si es posible, adelantar el parto, independientemente de la edad gestacional (Noriega et al., 2005).

Por otra parte la preeclampsia también se puede desarrollar en mujeres que presentan hipertensión previa al embarazo y su pronóstico suele ser más peligroso que en las mujeres sin hipertensión crónica, a este caso se le conoce como preeclampsia añadida a hipertensión crónica, este diagnóstico debe fundamentarse con las siguientes características: mujer diagnosticada con hipertensión antes de la semana veinte de embarazo, aparición de proteinuria en una mujer hipertensa que no presentaba proteinuria antes de la semana 20 de gestación, aumento súbito de la presión arterial y en la proteína en orina y trombocitopenia (Briones & Meneses, 2009).

Los resultados maternos y perinatales para este padecimiento dependerán de una o más de las siguientes características: la edad gestacional al momento de inicio de la enfermedad, la gravedad de la enfermedad, calidad de la gestión, y la presencia o ausencia de desórdenes médicos pre-existentes (Sibai et al., 2005).

2.5 Eclampsia

El termino eclampsia proviene del griego antiguo el cual significa “relámpago” y fue introducida por Sauvage en 1739 como “Eclampsia parturientum” se utilizó el término para describir la presencia súbita de episodios convulsivos en mujeres embarazadas (Vázquez, 2007).

Actualmente a la eclampsia se le conoce como una manifestación clínica de la gravedad que procede al síndrome preeclámpico (Voto, 2009) y se define como la presencia de convulsiones tónico clónicas focales o generalizadas, que ocurre la mayor de las veces durante el trabajo de parto o el puerperio inmediato. Complica uno de cada 2000 a 3000 embarazos y tiene una alta tasa de mortalidad (Avena et al., 2007); se puede presentar estado de coma, después de la semana veinte y hasta treinta días posparto (SSA, 2002); cabe señalar que las convulsiones no se deben a epilepsia o a otros desordenes convulsivos (Vázquez, 2007).

Los síntomas que suelen preceder a este padecimiento son cefaleas intensas, visión borrosa, fotofobia, dolor en el hipogastrio e hiperexcitabilidad, náuseas, vómito o síntomas respiratorios y en algunas ocasiones puede existir ceguera de origen retiniana (Vázquez, 2007; Voto, 2009). La eclampsia puede presentarse antes del parto en el 38-53% de los casos, intraparto en el 18- 36% o postparto en el 11-44 %, el 91% de los casos se presenta en embarazos mayores de 28 semanas de gestación. En este tipo de pacientes es necesaria la hospitalización urgente para la correcta asistencia y estabilización materno-fetal y finalización del embarazo (Unicef & Ministerio de Salud, 2010).

2.6 Síndrome de HELLP

Las pacientes con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo y más comúnmente en mujeres que desarrollan preclampsia/eclampsia pueden llegar a presentar hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y trombocitopenia (bajo contenido de plaquetas), mejor conocido como Síndrome de HELLP (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos [ACOG por sus siglas en ingles], 2001; SSA, 2002).

La edad promedio en la que suele presentarse es a los 24 años de edad, con gama de edad de 14 a los 40 años, en una etapa del embarazo que va desde la semana 27 a la 37 de gestación. Este padecimiento es considerado como una emergencia obstétrica, ya que coloca a las pacientes en un riesgo significativo de mortalidad materna y perinatal. Los síntomas comunes del síndrome de HELLP son: cefalea, náuseas, visión doble borrosa, vómito, convulsiones, dolor abdominal; siendo el dolor epigastrio en las pacientes el síntoma más importante que sugiere la presencia de un síndrome de HELLP (Nello & Dixon, 2009; Vidal & Vargas, 2009).

Debido a que las EHE son el resultado de factores de riesgo biológicos, conductuales y ambientales, la literatura aborda el llevar un adecuado e íntegro manejo para este tipo de pacientes, lo que hace de principal relevancia el explorar componentes psicológicos y sociales que están implicados en la enfermedad y que faciliten un mejor cuidado y adaptación de la mujer embarazada a su situación actual de la enfermedad, permitiéndole obtener mejores resultados para ella, su familia y el futuro bebé.

Capítulo 3

Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la defunción materna como: “La muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (OMS, UNICEF, UNFPA, & Banco Mundial, 2008).

A nivel mundial, existen cinco cosas que explican aproximadamente el 70% de las muertes maternas: hemorragias graves, partos peligrosos, trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia-eclampsia) y el parto obstruido (OMS, 2011). De acuerdo con la OMS en el año 2005 hubo poco más de medio millón de muertes maternas en todo el mundo, la mayor parte en países en vías de desarrollo (OMS, 2005); en el 2008 murieron aproximadamente 358 000 mujeres de complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto (OMS, 2010). El caso de la enfermedad hipertensiva se considera un padecimiento que complica alrededor del 12 a 22% de los embarazos (Bernat & Aguilera, 2005), siendo la preeclampsia la más frecuente (48,9%), seguida de la eclampsia con el (31,1%) (Fayad, López, San Pedro & Márquez, 2009). Por su incidencia y prevalencia la hipertensión arterial durante el embarazo se considera un problema de salud pública tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo (Ruiz et al., 2008).

En los países desarrollados como Inglaterra, la preeclampsia y la eclampsia son los síndromes que han causado el 15% de las muertes maternas y del 40 % de los nacimientos prematuros que no se deben a causas espontáneas (The Magpie Trial Collaborative Group, 2002). Así como, en España presenta una prevalencia para la hipertensión crónica del 1-5 % y una incidencia de preeclampsia en mujeres nulíparas del 10-20%, el 0.3% a la hipertensión crónica más preeclampsia sobreañadida y el 0.5% a la hipertensión gestacional (Bellart, 2009).

En otro país de primer mundo como es el caso de Estados Unidos la prevalencia en la hipertensión ha aumentado del 24.4% en el año 1990 al 28.9% para el 2004 (Kaplan & Victor, 2010), siendo así que se ha reportado que las EHE son la segunda causa de mortalidad materna en este país, representando casi el 15% de las muertes relacionadas con el embarazo y ocurre

alrededor de un 3- 10% de los casos (ACOG, 1996). Para el periodo entre 1993- 2002 en un estudio realizado en la ciudad de Nueva York en Estados Unidos, se observó un aumento en la incidencia de mujeres embarazadas internadas debido a un diagnóstico de hipertensión gestacional y de preeclampsia en especial en aquellas de procedencia afroamericana e hispana, así como también en las que provenían de niveles socioeconómicos bajos (Tanaka et al., 2007).

En el año 2002, la Organización Panamericana de la Salud señalaba la incidencia de más de 23 mil defunciones asociadas con el embarazo y el parto cada año en América Latina y el Caribe (Velasco-Murillo et al., 2004). En los continentes de África y Asia, así como en los países de América Latina y el Caribe, se considera a las enfermedades hipertensivas del embarazo como una de las principales causas de muerte materna, esta incidencia suele asociarse con el escaso acceso a los servicios de control prenatal y de asistencia obstétrica así como a la asistencia tardía a las unidades especializadas para atención urgente (Khan, Wojdyla, Say, Gülmezoglu, & Van Look, 2006; Oladapo; 2006).

En varios países latinos se han reportado tasas de morbilidad materno-fetal causadas por las diferentes EHE, como es el caso del Hospital de especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), que para el periodo de 2005- 2007 reportaron que dentro de los casos con mujeres embarazadas con algún padecimiento hipertensivo, la mayor parte de las pacientes fue clasificada con hipertensión gestacional (84.6%), seguida por la hipertensión crónica (24.54%), preeclampsia leve (13.55%), preeclampsia severa (12.45%) y eclampsia solo se presentó en 5 casos, el IHSS señaló que la mayoría de las pacientes con alguna de estas EHE provenían del área metropolitana (92.7%), con una frecuencia de edad de entre 24-34 años (62.2%) y con una edad gestacional mayor a las 37 semanas de gestación (94.9%) (Rodríguez & Lezama, 2008).

En otros casos como es en el país de Perú se ha señalado a los cuadros de hipertensión durante el embarazo como la segunda causa de muerte con el 17% y como la primera causa de muerte materna en la ciudad de Lima (Saona-Ugarte, 2006), reportando que las pacientes que presentaron enfermedad hipertensiva, el 48% tenía preeclampsia, el 28.0% hipertensión gestacional, el 11.3% hipertensión crónica, el 9.5% hipertensión crónica mas preeclampsia sobreagregada y el 2.4% eclampsia. La enfermedad fue más frecuente en primigestas (54.2%),

casadas (87.5%), y con educación superior (60.1%), afecto con mayor frecuencia a las gestantes de entre 30 y 34 años (Calderón, Carbajal, Herrera, & Ñique, 1997).

Siguiendo la línea de los países de Latinoamérica se encuentra Bolivia que reportó para el periodo de enero a diciembre del 2005, que la patología más frecuente inducida por el embarazo fue la preeclampsia leve (44%), le seguía la preeclampsia severa (39%) y en tercer lugar la eclampsia (17%); adicional se registró que el 50% de las pacientes eran primigestas y que el 74% presentaban una edad gestacional entre las 37 y 40 semanas de embarazo, el 57% de mujeres provenientes del área urbana. Por otro lado se observó que la resolución de la enfermedad en la mayoría de los casos fue por medio de la cesárea en el 57% de los casos, la totalidad de estos padecimientos fueron diagnosticados durante el parto y el puerperio (García, Ojalvo, Claire, Sánchez, & Viruez, 2006). En el Hospital Materno Infantil "Germán Urquidi", de la ciudad de Cochabamba en Bolivia, para el periodo 2000-2006 se identificaron cuatro principales causantes de defunciones maternas entre ellas de acuerdo con el orden se encuentran 1) las infecciones, 2) hemorragias, 3) síndrome de HELLP y 4) la eclampsia. Las mujeres afectadas eran en su mayoría casadas (50%), con edad que oscilaba entre los 15 a 25 años (40%), así como también la ocupación a la que se dedicaban era al hogar (57%) (Terán et al., 2007).

En cuanto a los países del caribe se encuentra el Hospital docente ginecoobstétrico de Guanabacoa de la ciudad de la Habana, en Cuba; donde se reportó que el padecimiento más frecuente fue la preeclampsia leve con 61.1% de los casos, le siguieron la hipertensión gestacional con el 22% y la preeclampsia severa 13.9% y sólo el 2.8% de los casos desarrollo eclampsia. Se registró que las pacientes que presentaron alguna EHE solo el 61.1% presentó algún factor de riesgo, ocupando el primer lugar la obesidad con el 54.5% (Lugo, Álvarez, & Rodríguez, 1999).

Para el caso de México como otro país latinoamericano, de acuerdo con el INEGI en el año 2006 murieron en este país 1189 mujeres durante el embarazo, el parto o el puerperio, de ellas 344 fallecieron debido a una causa relacionada con algún trastorno hipertensivo, estas cifras tan altas provocaron que en los últimos años se estudiaran e identificaran diversos factores de riesgo que conllevan a estos padecimientos (Meneses & González, 2009).

De acuerdo con el Sistema Nacional de Salud, en el año 2000 se informó 466 fallecimientos causados por las enfermedades hipertensivas del embarazo, representando el 35.17% de mortalidad materna (SSA, 2002); y para el año 2008 ya estaba considerada como la segunda causa principal de muerte materna (SSA, 2010).

Las principales causas de muerte materna en orden son: 1) Hemorragia de parto y puerperio, 2) Enfermedades Hipertensivas del Embarazo y 3) Causas obstétricas indirectas; los estados con mayor incidencia de EHE son: México, Veracruz, Chiapas y el Distrito Federal (SSA, 2008). Los trastornos hipertensivos complican del 12% al 22% de todos los embarazos, incrementa la mortalidad perinatal hasta 5 veces y se asocian con el bajo peso de niños al nacer (Pacheco-Rojas & Angulo-Ibarra, 2009). El Estado de México, que tiene la mayor ocurrencia de EHE, registró en el año 2000 una tasa de mortalidad materna de 62.2 por cien mil nacidos vivos. Los municipios que resultaron más afectados fueron: Naucalpan, Ecatepec y Nezahualcóyotl, con las principales causas de defunción las enfermedades relacionadas con la hipertensión arterial y las hemorragias obstétricas. La mayoría de las muertes maternas se registraron en Instituciones del Sector Salud de Asistencia Social (Gómez, Briones, Morales, & Rodríguez, 2003).

En las instalaciones médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), registró en el periodo entre 1991 y 2005, 3,553 defunciones maternas en las unidades médicas; en los 15 años analizados la mortalidad materna hospitalaria en esta institución se redujo de 45.3 a 27 por 100,000 nacidos vivos. A pesar de la disminución en mortalidad materna, se identificó a la preeclampsia- eclampsia como una de las principales causas de muerte materna (Sánchez, Nava, Morán, Romero, & Cerbón, 2010; Velasco-Murillo et al., 2004; Velasco-Murillo & Navarrete-Hernández, 2006).

En el IMSS prevalecen tasas de mortalidad materna de 10 a 20 veces superiores a las registradas en países desarrollados, aunque los niveles de morbilidad son muy similares, probablemente esta diferencia pueda estar asociada con una mejor oportunidad en el uso de servicios médicos y una calidad insuficiente por parte de estas instituciones (Velasco-Murillo & Navarrete-Hernández, 2006).

En el Hospital de Oaxaca “Dr. Aurelio Valdivieso”, se registraron 239 casos con EHE, de los cuales 93% presentaron preeclampsia severa, con una edad de 15 a 20 años provenientes del medio rural (55%), de nivel socioeconómico bajo (93%) y las mayoría de las afectadas fueron

primigestas (51%). Los síntomas más comunes que presentaron fueron edema (85%), cefalea (73%), hiperreflexia (69%), fosfenos (40%) y acúfenos (37.8%). El peso más frecuente en los recién nacidos fue de 1,000 a 2,500 grs (46%) y la mayoría de las pacientes recibieron cuidados prenatales durante su embarazo (57.4%) (Sánchez, Gómez, & Morales, 2005).

De acuerdo con Pacheco-Rojas y Angulo—Ibarra (2009) en un estudio realizado en el Hospital General de Culiacán “Dr. Bernardo J. Gastélum, del total de pacientes que se registraron con enfermedad hipertensiva del embarazo, el 66.7% de pacientes con EHE correspondieron a hipertensión gestacional y el 33.3% a preclampsia severa. El 33.3% de las pacientes tenían antecedente familiar de diabetes mellitus tipo 2; el 33.3% antecedente familiar de hipertensión arterial; el 6.67% era menor de 15 años y el 13.3% pacientes eran mayores de 35 años; en cuanto a la paridad, 53% de pacientes eran primigestas. El 54.4% de las pacientes tuvo mal control prenatal, el 3.6% presentaron sufrimiento fetal agudo y el 5.6% oligohidramnios (termino médico que significa poco líquido amniótico, sus causas son desconocidas).

Las EHE a nivel mundial se han considerado como una de las importantes causas de muertes maternas, que como consecuencia causan enfermedades a la madre como enfermedades renales, cardíacas, lesión ocular, entre otras, así como también un probable desprendimiento prematuro de la placenta, en el feto puede provocar nacer antes de termino, hipoxia, llegando incluso a provocar la muerte para ambos. En México es la segunda causa de muerte materno-infantil causando las mismas afecciones, por lo cual debe ser un foco de atención importante para el personal sanitario de salud en cuanto a su prevención, diagnóstico oportuno y su tratamiento, con el fin de brindar una mejor calidad en la atención a este tipo de pacientes y poder disminuir los descensos de las pacientes.

Capítulo 4

Factores Psicosociales del Embarazo

De acuerdo con la constitución de la OMS, la Salud se define como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2011). De esta forma se comprende que la salud no implica solo la inexistencia de la enfermedad, sino que incluye todo una serie de elementos físicos, psicológicos e interpersonales, que ayudan al buen funcionamiento de la vida diaria. La contribución de la psicología en el área de la salud depende de la historia natural de la propia enfermedad en varias etapas así como por las circunstancias sociales y del medio ambiente que rodea al enfermo (Sánchez- Sosa, 2002).

Partiendo de esta definición se encuentra el enfoque biopsicosocial de la salud el cual se interesa en desarrollar una visión holística que integre elementos variados tales como ideología, valores, creencias, actitudes, cultura, ecología, nivel socioeconómico y estilos de vida (Bravo & Serrano- García, 1997). Este enfoque permite explorar y estudiar diversas poblaciones en situaciones y ámbitos particulares. En el caso de las mujeres, una situación de importancia que viven es el embarazo; durante esta etapa experimentan una serie de cambios personales, familiares, sociales y de salud que pueden generarle preocupaciones y temores (Gómez & Amilivia, 1986).

Durante el embarazo existen cambios que son considerados normales, los que se presentan a nivel físico se pueden observar en el aumento de peso, útero y abdomen, incremento del tamaño de los senos, sensibilidad en los pezones, la piel se torna más grasosa, el cabello se aprecia con más brillo o lo contrario se vuelve más seco y graso. Estos de acompañan de otros cambios internos como fatiga, cansancio, mareos, náuseas, acidez estomacal, constipación, dolor de espalda, dificultad para respirar, insomnio y micción involuntaria. Es importante señalar que la progesterona que se produce durante el embarazo, causa una dilatación en los vasos sanguíneos aumentando el espacio vascular y en consecuencia provoca una disminución de la presión arterial (Lindemann & Ortemberg, 2005; Sebastiani, 1994).

Las mujeres embarazadas también experimentan cambios emocionales tales como mayor sensibilidad a los estímulos, inestabilidad emocional, irritabilidad y facilidad de llanto. También se

llegan a generar dudas y miedos acerca del parto y de los dolores, inseguridad en la capacidad de responsabilidad como madre, preocupación por el estado de salud del bebé y lo que pasará después del nacimiento, cómo se afectará o beneficiará la relación de pareja, además estos miedos se pueden intensificar si en embarazos anteriores se vivieron complicaciones como pérdida del bebé, parto problemático, enfermedades y no tener pareja. Aunque por otro lado existe un sentimiento de felicidad y plenitud en la mujer por el hecho de convertirse en madre, y puede facilitar la cercanía con los padres en especial con la madre (Germain & Sánchez, 2004; Lindemann & Ortemberg, 2005).

En cuanto a los cambios sociales que presencian los futuros padres se encuentran el restablecer sus propias relaciones durante el embarazo y asumir nuevas responsabilidades, cambian las rutinas y los horarios para satisfacer las nuevas necesidades. El espacio vital del hogar se modifica para compartir o ampliar espacio, además de que a menudo las actividades sociales se mueven hacia círculos en los que existan otras parejas con hijos, para compartir experiencias y sus intereses comunes (Anderson, Camacho & Stark, 1979).

Cabe señalar que todos estos cambios son parte del proceso que se vive dentro de un embarazo, ya que la mujer se debe adaptar ante la nueva situación de ser madre (Lindemann & Ortemberg, 2005). No obstante, existen factores que pueden complicar este proceso y en consecuencia alteran funcionamiento biopsicosocial; y la adaptación al embarazo así como también aquellos que pueden favorecer este proceso.

4.1 Principales factores psicosociales del embarazo

Los principales factores psicosociales a los que se les ha prestado mayor interés dentro de la literatura y en las investigaciones recientes, se encuentran aquellos que afectan el estado de salud de la mujer embarazada tanto a nivel físico, psicológico y social, tal es el caso del abuso de sustancias o drogas que durante el embarazo llegan a provocar resultados pobres para el nacimiento y se asocia a largo plazo como un factor de riesgo para su descendencia (Massey et al., 2012). En el caso del consumo legal de sustancias se encuentra el alcohol, que en consumo moderado puede conducir a una deficiencia nutricional como la reducción del complejo vitamínico B, y de algunos minerales esenciales como el cromo, el magnesio y el zinc. Si se bebe alcohol en exceso durante el embarazo puede repercutir en el producto provocando el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF), y este a su vez induce alteraciones como son malformaciones craneofaciales,

musculoesqueléticas, cardíacas y neuronales, problemas en el crecimiento y retraso mental (Naish & Roberts, 2002).

Hay que mencionar además, que dentro de estas drogas legales se encuentra el tabaco, el cual está asociado con la reducción de peso al nacer en el feto, aborto, desprendimiento de la placenta, parto prematuro y mortalidad perinatal, además de que provoca aumento de las catecolaminas o estrés, en la presión arterial, y de la frecuencia cardíaca fetal y materna (Sebastiani, 1994). Sin embargo, en investigaciones se han reportado que los casos de bajo peso en recién nacidos y menor edad gestacional, suelen ocurrir con mayor frecuencia en las mujeres que consumen cigarro en comparación con mujeres fumadoras pasivas (Steyn, de Wet, Saloojee, Nel, & Yach, 2006).

En el consumo de las drogas ilegales como la marihuana, existe un riesgo mayor para que se presente un aborto, un parto prematuro, un desarrollo ineficiente o muerte del bebé al momento de nacer, además de que a largo plazo traen consecuencias que se ven reflejadas en una conducta hiperactiva e irritabilidad en el recién nacido (Verrilli & Mueser, 2005).

Así mismo, la cocaína acarrea complicaciones para la madre y el bebé, para la primera implica la alteración del ritmo cardíaco, infarto, alteraciones en los vasos sanguíneos y muerte súbita. En el caso del feto provoca retraso del crecimiento, malformaciones en órganos y muerte fetal intraútero (Rey & Martínez, 2011).

Por otra parte el consumo de cafeína se ha relacionado con una mayor incidencia de abortos, anomalías cromosómicas, malformaciones congénitas y el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL), además de que eleva la presión arterial y tiene efectos diuréticos lo que favorece la pérdida de minerales en especial del zinc (Naish & Roberts, 2002).

Cabe señalar que el alcohol, el tabaco y cafeína se encuentran altamente relacionados con la presencia de hipertensión arterial.

No obstante existen otras condiciones además del tabaco y la marihuana que pueden provocar un parto prematuro, sobre todo en mujeres nulíparas, como es el hecho de tener una madre con diabetes, una historia familiar de niños con bajo peso al nacer, antecedentes personales de preeclampsia, diabetes e hipertensión (Dekker et al., 2012).

Si bien, el embarazo por sí solo implica un estado de tensión debido a que demanda una serie de adaptaciones que pueden ser desequilibrantes a nivel social, familiar y personal, con compromiso y responsabilidades cada vez más complejos para la mujer, lo que da pauta a que ésta experimente preocupación y miedo (Díaz, Aguilar, & Santillán, 1999), estas circunstancias llegan a provocar altos niveles de estrés lo cual puede causar un incremento en los riesgos a la salud provocando resultados poco favorables para la mujer embarazada.

Los factores que se han encontrado que se asocian con estrés en el embarazo: la edad, el bajo nivel socioeconómico, mala nutrición, falta de actividad física, fumar, abuso de alcohol, falta de apoyo social, complicaciones obstétricas previas, embarazos complicados, mayor ansiedad y depresión, violencia en el hogar o violencia física severa durante el embarazo, uso de drogas, presentar algún problema médico (diabetes, hipertensión, problemas cardiovasculares, asma, etc), éstos últimos incrementan la probabilidad de presentar estrés durante el embarazo. (Alderdice & Lynn, 2009; Morales, De Oliveira, Reichenheim, & Lobato, 2011; Woods, Melville, Guo, Fan, & Gavin, 2010). El exceso de estrés genera un estado de ansiedad que provoca hiperactividad del sistema nervioso simpático; cuando la madre se encuentra bajo tensión psicológica se produce un incremento en el ritmo cardíaco y genera alteraciones en la presión arterial asociado a enfermedades como la hipertensión. En consecuencia las embarazadas que presentan niveles más altos de presión arterial como respuesta a un factor que les genere ansiedad, se encuentran en riesgo de tener hijos con bajo peso al nacer o partos prematuros (Díaz et al., 1999; Weerth & Buitelaar, 2005). Cabe mencionar que en el embarazo suelen aumentar estos niveles de estrés, debido a acontecimientos negativos en sus vidas (divorcio, enfermedad grave, muerte de un familiar, pérdida de empleo), desastres naturales, preocupación por aborto espontáneo y por la salud del bebe; por lo que las condiciones psicosociales requieren de una mayor atención por parte del personal de salud, así como de una amplia comunicación por parte de los familiares o los cuidadores primarios y la paciente (Instituto de Medicina de las Academias, 2007; Percells, 2010).

Es necesario aclarar que no todas las personas tienen el mismo nivel de tolerancia al estrés y lo que puede preocuparle a una persona, puede no afectarle a otra (Naish & Roberts, 2002), estos autores mencionan que el estrés puede repercutir negativamente sobre el desarrollo del embarazo, alterando el sistema inmune, hormonal y las funciones renales de las mujeres.

Dicho lo anterior es importante identificar las situaciones por las que las mujeres embarazadas se estresan, ya que puede acarrear serias complicaciones a la salud, más aún si se enfrentan a una enfermedad que se atraviesa durante el periodo de embarazo como la hipertensión.

Conocer la fuente de estrés y los factores psicosociales negativos que afectan la salud, en un grupo de mujeres embarazadas permitirá más adelante implementar medidas de prevención para afrontar las complicaciones que se puedan presentar durante el embarazo.

No obstante, otros factores tales como los problemas económicos, problemas en el trabajo, la muerte de un ser querido, abusar del alcohol y las drogas, y contar con una pequeña red social, también llegan a repercutir en la elevación de la presión arterial (McCue, Prados-Torres, Singer, & Livingston, 1997).

Los elementos anteriormente señalados causan resultados desfavorables al proceso de gestación; sin embargo, existen otros componentes que ayudan a llevar un embarazo saludable, como es el caso del ejercicio, que aparte de ayudar a reducir la presión sanguínea y el colesterol durante el embarazo disminuye los dolores de cintura, los calambres, la constipación y la acidez estomacal; mejora la respiración y la oxigenación, así mismo aumenta la capacidad de energía, la sensación de bienestar y el estado de ánimo. Se recomiendan ejercicios como caminar, andar en bicicleta, hacer gimnasia, natación, yoga y ejercicios de relajación (Pirie, 1989; Rey & Martínez, 2011; Sebastiani, 1994).

Por otra parte el apoyo social se considera un importante factor protector para la salud; se ha identificado como un elemento de gran importancia para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades, dicho de esta manera puede constituir una valiosa estrategia en la psicología a nivel de prevención; siendo de importancia relevante para el bienestar humano (Bravo & Serrano- García, 1997), además funciona como un soporte para los aspectos negativos de la situación en la cual se encuentre implicado el individuo, reduciendo la vulnerabilidad de los efectos adversos de las situaciones estresantes (Gordillo, 1999).

En cuanto al embarazo se ha demostrado en diversas investigaciones que el apoyo social se encuentra asociado con una adecuada calidad de lactancia materna debido a un mayor contacto con los familiares, un mejor ajuste materno y calidad de cuidados recibidos, reducción de

eventos estresantes, así como un alto uso de estrategias para la preparación a la maternidad (Glazier, Elgar, Goel, & Holzapfel, 2004; Li et al., 2008; Yali & Lobel, 2002).

Por su parte Mann, Mannan, Quiñones, Palmer y Torres (2010), identificaron que el apoyo social y la calidad de la relación con el otro en mujeres embarazadas y puérperas, se asocia significativamente con la reducción del estrés percibido. Por el contrario un apoyo social pobre está asociado con un mal estado de salud, menor calidad de vida, menor funcionamiento físico y mental, incrementando las conductas que perjudican el bienestar como una mala alimentación y el consumo excesivo de tabaco, llegando incluso a incrementar la probabilidad para desarrollar enfermedades cardíacas (Leifheit-Limson et al., 2010; Rozanski, Blumenthal, & Kaplan, 1999). Siendo así que, las mujeres con bajo apoyo social tienen más síntomas negativos de salud que aquellas pacientes con un alto apoyo social (Leifheit-Limson et al., 2010).

4.2 Apoyo social

En la característica de “ser social”, el hombre se encuentra en constante intercambio con el medio que le rodea, por medio de sus conductas, donde puede ejercer una modificación en el entorno, así como también, éste último puede realizar un cambio al individuo. Por tal motivo, concebir al ser humano como un ente “biopsicosocial”, permite implementar varias estrategias de índole psicosocial para disminuir los cambios realizados por la parte biológica (Rondón, 2011).

De acuerdo con ciertos autores, el apoyo social es una de las funciones de las redes sociales (conjunto de personas con las que se comunica un individuo), y se determina por las características de los lazos que se establecen y los tipos de interacciones que se originan (Otero, Zunzunegui, Béland, Rodríguez & García, 2006). Algunos componentes que se deben considerar son: la cantidad de relaciones, su estructura formal, su densidad y reciprocidad, y el contenido de estas relaciones como reflejo de soporte social (Sarason, Sarason & Pierce, 1990).

Los beneficios del apoyo social se ven reflejados en un manejo adaptativo en diferentes situaciones de crisis o situaciones de estrés disminuyendo el impacto de los eventos adversos físicos y psicológicos. Así como, un factor protector importante para la salud (Bravo & Serrano-García, 1997; Cassel, 1974).

Siendo así que, el apoyo social funciona como un soporte a la salud del individuo, así mismo sus beneficios dependen del tipo, calidad y cantidad de interacción con los otros y la reciprocidad del mismo medio.

El apoyo social suele ser más efectivo cuando proviene de personas que tienen relaciones cercanas, mantienen contactos repetidos y son percibidas con aprecio, respeto y altruismo. Aumenta su efectividad si quien ofrece el apoyo es de la misma edad, religión, educación y grupo étnico de a quien se le apoya. Así mismo, el tamaño de la red social se encuentra asociado positivamente a la salud y el bienestar; logrando un mayor compromiso con la adherencia al tratamiento y el régimen médico (Bravo & Serrano- García, 1997). Para que la persona logre apreciar sus relaciones interpersonales tanto familiares como de amistad, debe realizar una reevaluación de su entorno social, permitiéndole darse cuenta de las consecuencias positivas que el mismo individuo ofrece y obtiene de esta red social (Álvarez, 2010).

Una de las principales redes sociales para la mujer embarazada es la familia, ya que a través de esta es como la sociedad perdura y se regenera constantemente; es la familia la que ayuda a moldear y adaptar a sus miembros para establecer costumbres y normas sociales, la que da al individuo la sensación de protección, seguridad y amor (Anderson et al., 1979).

La familia en la cultura mexicana suele ser uno de los factores que protege la salud materna e infantil, sin embargo, pueden existir asociaciones complejas, entre el apoyo familiar, las circunstancias en que ocurre el embarazo y si éste fue planeado o bien recibido. Actualmente se han explorado tres dimensiones de la ayuda social: la emocional (hablar con alguien cercano de las preocupaciones del embarazo o personales), instrumental (recibir ayuda y/o recursos materiales tangibles como: ayuda económica o en actividades diarias) e informativo (consejo u orientación). Dentro de estas áreas existe la evidencia de que la ayuda familiar se relaciona con las circunstancias del embarazo, pues las mujeres que no cohabitan o están casadas con el padre del bebé recibían menos ayuda de la familia, al mismo tiempo de que se encontraban en situaciones económicas y emocionales vulnerables, además de que deseaban menos su embarazo. Las mujeres que fueron rechazadas por sus familias porque experimentaban un embarazo indeseado eran menos propensas a buscar cuidados prenatales, a adoptar una dieta más sana y a pensar en el nacimiento o en el futuro de su bebé. Por el contrario, aquellas mujeres que no habían planeado su embarazo pero que lo deseaban recibieron apoyo de sus familias y aceptaron con una

actitud más positiva su embarazo. Así mismo, las mujeres que eran primíparas recibían más apoyo familiar que las multíparas (Fernández & Newby, 2010).

Los factores psicosociales están implicados en los estados de salud y enfermedad y por lo tanto, ayudan a disminuir la creencia de que las enfermedades están causadas primordialmente por factores biológicos (Guarino, 2010). De esta manera se resalta la importancia del trabajo del psicólogo, quien se encuentra especializado en el área de la salud; donde puede encontrar un espacio de aceptación y productividad en el control de las enfermedades crónicas (Rondón, 2011).

Además de que actualmente están surgiendo intervenciones que parten de elementos psicosociales que ayudan a disminuir los efectos negativos del embarazo, tales como: el parto prematuro, la angustia relacionada con el embarazo, aumento de la lactancia materna, disminución de los embarazos en un plazo a corto tiempo y las relaciones sexuales sin protección (Ickovics et al., 2011).

4.3 Apoyo psicosocial en enfermedades crónico degenerativas

Las enfermedades crónico-degenerativas ponen en riesgo la vida de quien las padece y alteran las actividades diarias de los demás integrantes de la familia, ya que tanto el enfermo como esta última viven cambios en diferentes aspectos. Esto se observó en una investigación llevada a cabo con 112 participantes que tuvieran alguna enfermedad crónico degenerativa (74.4% diabetes, 56.3% hipertensión arterial, 30.6% insuficiencia renal y 24.5% en enfermedades del corazón), el interés de este trabajo fue abordar a la familia y al enfermo crónico-degenerativo en relación a los cambios en diferentes ámbitos (económico, social, laboral e incluso ideológico), y describir los cambios que llevan a cabo las familias en esos ámbitos. Se aplicaron cuestionarios al enfermo crónico-degenerativo y a sus familiares, se recababa información sobre datos demográficos, información del paciente, familiares y cambios en diferentes ámbitos (económico, social, laboral y educativo). En cuanto al porcentaje de parentesco en personas que acompañaba al enfermo fue de 31.1% la madre, en el 13.2% el padre, en 7.5% la pareja o hermano, en 5.7% un hijo y en 8.5% otro pariente. A la pregunta que se realizaba de cómo había recibido la noticia la familia, el 31.91% dijo que su primera intención fue la de prestar apoyo, 41.47% sintió tristeza, dolor o una gran impresión negativa, y 20.2% sentimientos como sorpresa y resignación. En cuanto a los cuidadores principales, los porcentajes fueron los siguientes: el 28.43% el hijo, el 23.53% la pareja y 21.07% otros. Los cambios en las relaciones familiares se dieron de la siguiente

forma: el 97.64% comunicación con los hijos, el 96.05% comunicación en la pareja, y el 93.25% en la convivencia familiar; estos últimos aumentaron en algunos casos y disminuyeron en otros debido a que el enfermo pasaba más tiempo hospitalizado o aislado de la familia. Esto también se reflejó en la comunicación de pareja, en algunos casos se volvió más unida y en otros se desgastó, generándoles mayores problemas que incluso concluyó con la separación (Reyes, Garrido, Torres, & Ortega, 2010). Los efectos positivos del apoyo social han sido asociados con baja mortalidad y mejor ajuste de las personas con enfermedades crónicas (Bisschop, Kriegsman, Beekman, & Deeg, 2004; Pakenham, Dadds, & Terry, 1996). El hecho de padecer una enfermedad crónica provoca cambios no solo en el paciente sino en su entorno familiar y social, en algunos casos brindando más apoyo al enfermo o por el contrario disminución del mismo.

En el caso de la insuficiencia renal también se genera una serie de efectos de tipo emocional, conductual y social que interactúan entre sí. En la investigación realizada por Cantú, Uribe y Cirlos (2011), se realizaron entrevistas a pacientes con el fin de indagar el impacto emocional ante el diagnóstico, el apoyo social, las formas de afrontamiento y la conceptualización que hacen acerca de la enfermedad. En cuanto al apoyo social se exploró con qué personas se relacionaba y conversaba más el paciente en el transcurso de la enfermedad, encontrando que los pacientes recibían apoyo por parte de sus familiares pero no se especificaba si era de tipo instrumental o afectivo. Una respuesta relevante fue que presentaban sobreprotección por parte de sus familiares.

Se resalta la importancia de incluir atención psicológica dentro de los procesos de tratamiento llevados a cabo dentro de las instituciones especializadas donde se atiendan enfermedades crónico-degenerativas, a fin de que se enfoque en la identificación, manejo y expresión emocional, así como también, este orientado al trabajo con la familia para mejorar la calidad del apoyo social. Estos autores señalan la aplicación de cuestionarios y entrevistas como un punto clave para los estudios de tipo psicosocial (Cantú et al., 2011).

Un estudio reciente dirigido por Leifheit-Limson et al. (2010), demostraron que el poco apoyo recibido está asociado con un mal estado de salud y más síntomas depresivos, esto en 2498 mujeres que se encontraban durante su primer año de recuperación de un infarto miocárdico, así mismo, se encontró que las mujeres con escasez de apoyo social eran en su mayoría solteras, tenían una historia de hipercolesterolemia y de tabaquismo, además de que presentaban mayor probabilidad de angina de pecho, menor calidad de vida, y menor funcionamiento físico y mental.

Por su parte Low, Thurston y Matthews (2010), indicaron que tener el apoyo de relaciones sociales de forma positiva decrementa el riesgo de padecer depresión, ansiedad y estrés ante enfermedades coronarias.

Dentro de las investigaciones que existen en enfermedades crónico-degenerativas se han realizado algunos estudios con mujeres que se encuentran gestantes, en una investigación realizada con 31 mujeres en el segundo trimestre de embarazo, se midieron las dimensiones relacionadas con el ajuste al embarazo en mujeres que fueron diagnosticadas como VIH positivas, mediante una entrevista semi-estructurada que incluía datos socio-demográficos, relación familiar, historia médica, historia personal, psicológica y experiencia emocional del embarazo, así como, un cuestionario de modelo de apoyo social, la satisfacción con el apoyo social, experiencias previas y recurrentes con la familia de origen, y relación marital. Los autores encontraron que la relación más común de estas mujeres era con la pareja (81%), madre (71.4%), hermanos y niños cercanos (47.6%) y padre (38.1%), siendo reportado por las mujeres mayor satisfacción de apoyo por parte de su pareja después del diagnóstico de VIH, en donde la evaluación positiva al contexto resultó como un factor protector en el ajuste al embarazo en mujeres con VIH (Pereira & Canavarró, 2009). Esta investigación deja en claro que es fundamental para entender a la paciente, tomar en cuenta la parte familiar, de pareja, personal y las implicaciones sociales en la decisión de concebir a un hijo a pesar de presentar una enfermedad que puede perjudicar la salud materno-infantil.

En otro estudio realizado con mujeres que presentaron Diabetes Mellitus gestacional se encontró que el apoyo social y la ayuda ofrecida les permitieron a las mujeres mostrar una mejor adaptación a los cambios y demandas del embarazo, además de sentirse más relajadas y con un mejor control de la situación. Por su parte, la familia les apoyaba en las tareas diarias que tenían que realizar y a manejar su vida diaria, esto con la finalidad de disminuir las cargas de trabajo para la embarazada. Sin embargo, no todas las pacientes experimentaron el apoyo suficiente, lo que les provocó sentimientos de vulnerabilidad ante la situación por la que estaban pasando y se complicó el proceso de adaptación a la enfermedad y al embarazo. Además de que estas mujeres manifestaron un fuerte deseo por tener un bebé "perfecto" sin complicaciones, y trataban de cambiar su comportamiento de salud; finalmente las pacientes señalaron que el apoyo de la familia cercana y los profesionales de salud fueron vitales para el equilibrio y el control de la vida cotidiana (Persson, Winkvist, & Mogren, 2010). Partiendo de la misma línea de investigación con

este tipo de población, otro estudio reveló el hecho de que los factores socio-culturales y familiares tales como las expectativas sociales, la unión familiar, el conocimiento y la comprensión de la diabetes gestacional fueron elementos importantes para el autocontrol de las pacientes ante la enfermedad (Wazqar & Evans, 2012). Esta investigación resalta la importancia que tiene el apoyo social para que una mujer con una enfermedad en el embarazo se pueda adaptar más fácilmente a los cambios que esto implica en su etapa maternal sino también en su condición médica.

En cuanto a las Enfermedades Hipertensivas del Embarazo (EHE) un estudio realizado con mujeres alemanas que desarrollaron algún tipo de estas enfermedades, se detectaron cinco principales estresores: la duración de la estancia en el hospital (57.1 %), el nacimiento prematuro del bebé (53.7%), la cesárea (49.5%), incertidumbre con respecto a la salud del bebé (41.6%) y comenzar a sentir el parto durante la hospitalización (40.6%). En el caso de las estancias de más de siete días en los casos de EHE (hipertensión crónica, hipertensión gestacional y preeclampsia), la duración del internamiento y el permanecer separadas de su pareja aumentaron el estrés. Otro factor estresante fue la escasa comprensión, ayuda y el apoyo empático por parte de los médicos. El 11.4 % de las mujeres con hipertensión gestacional, 19.9% con preeclampsia y el 13.3% con síndrome de HELLP tuvieron dificultades para dejar a otros la responsabilidad del cuidado de sus hijos; y un 50% calificó la experiencia de la cesárea como estresante. En el caso de la cesárea los estresores predominantes fueron: que el bebé fuera prematuro (hipertensión gestacional 42.3%, preeclampsia 58%, hipertensión crónica 52.1%), seguido del dolor (23.3%) y la atmósfera de la operación (20.9%). Como conclusión los datos de este estudio, demostraron que las mujeres con EHE experimentan altos niveles de estrés asociados especialmente con el miedo sobre la salud del niño, así como también a los factores relacionados con la hospitalización. Curiosamente, las mujeres que desarrollan hipertensión gestacional se preocupaban más por la salud del niño, seguidas por mujeres que desarrollaron preeclampsia y las mujeres con síndrome de HELLP (Leeners et al., 2008). Por este hecho sería relevante indagar que tan adaptadas al embarazo y a su contexto, se encuentran dichas mujeres que atraviesan por una enfermedad que produce un alto estado de estrés durante el embarazo.

Un estudio que se realizó con 192 mujeres embarazadas el 43,2% padecían de alguna enfermedad surgida del embarazo, siendo las más frecuentes: infección urinaria (16,7%), hipertensión arterial (10,9%) y anemia (10,9%). Se reveló que el 80,7% estaban insatisfechas con

el apoyo social que recibía por parte de la familia y el 31,8% de las mujeres consideraba su embarazo como un evento negativo en su vida. (Alvarado, Medina y Aranda, 2002). Otro estudio reciente ha señalado que la tensión psicosocial que se vive durante el periodo de gestación puede aumentar el riesgo para desarrollar EHE (Leeners et al., 2009).

Cuestiones como qué variables de orden psicosocial determinan el impacto sobre la salud y calidad de vida de la mujer embarazada, han sido poco estudiadas hasta ahora por los psicólogos de la salud en contextos latinoamericanos. Únicamente se ha señalado que mujeres embarazadas que muestran características psicosociales menos funcionales, también muestran un mayor deterioro en su salud física y psicológica, y en su calidad de vida durante el primer trimestre de embarazo (Guarino, 2010).

Por otra parte existen autores que señalan que el bienestar y el buen funcionamiento en la mujer van a depender de qué tanto se adapte a los cambios físicos y psicológicos que genere el embarazo, así como también en las relaciones armoniosas tanto con ella misma, como con la pareja, la madre, institución hospitalaria, personal de salud y el ambiente social (Albarrán, 2010; González, 1999).

Para llegar a comprender la tarea emocional y los ajustes psicológicos que debe realizar una embarazada de alto riesgo y su familia, se tienen que examinar el proceso del embarazo, así como la adaptación en relación con la enfermedad a la que se enfrenta, ya que esto puede ser útil para cuando se desee desarrollar un plan de intervención para este tipo de población (Stepp & Smith, 2003).

Dado que la adaptación psicosocial al embarazo es un punto importante en el proceso de gestación de toda mujer debido a las cualidades que tiene en la salud física y psicológica de la mujer gestante, y que actualmente se retoma para evaluar a embarazadas que presentan alguna enfermedad durante este periodo, es de primordial relevancia describir las características que lo conforman.

4.4 Adaptación psicosocial en el embarazo

Cada cultura posee su sistema de creencias y conductas, que las futuras madres deben adoptar durante el embarazo, el parto y el puerperio. Tales expectativas de conducta constituyen

exigencias que la mujer gestante debe afrontar mediante un trabajo interno de aceptación y posteriormente de cumplimiento (Salvatierra, 1989).

De acuerdo con Salvatierra (1989), los objetivos psicosociales son que la mujer crezca y madure como madre. En los cuales incluye la aceptación del embarazo, tanto a nivel intelectual como emocional, la adaptación al rol materno, y el apego materno fetal que se refiere a presentar una actitud positiva e interactiva con el feto, considerada como la base de la futura relación transaccional afectiva con el hijo.

Por su parte Lederman y Weis (2009) consideran al primer embarazo como un periodo de transición entre la mujer sin hijo a la mujer con hijo, en donde ocurre una transformación que abarca desde el inicio del embarazo hasta el posparto, ya que durante este proceso ocurren cambios en la mujer y en su medio que pueden facilitar o de lo contrario perjudicar la adaptación al embarazo y a la maternidad.

Dentro del proceso de adaptación psicosocial al embarazo existen seis principales dimensiones que fueron expuestas por Lederman y posteriormente retomadas por Armengol, Chamarro y García- Dié (2007) para evaluación prenatal, estas son (a) aceptación del embarazo, (b) identificación con el rol materno, (c) relación con la madre, (d) relación con la pareja, (e) preparación al parto y (f) preocupación por el bienestar propio y del bebé.

En un estudio donde se evaluaron los factores de la adaptación psicosocial realizado por Ontiveros- Pérez y López- España (2010) con mujeres embarazadas primigestas de bajo riesgo, en su mayoría casadas, empleadas, y con un nivel de educación medio superior, encontraron que aquellas que estaban preparadas para el parto fueron las que se hallaban en el tercer trimestre de embarazo, hubo una mayor adaptación en cuanto a la relación con la madre, así como las mujeres casadas mantenían una mejor relación con el esposo y aceptación al embarazo que aquellas que vivían en unión libre, por su parte las mujeres que tenían menor edad, ingreso económico y escolaridad tuvieron mayor problemas para la adaptación al embarazo de forma general, además de que se reflejó el hecho de que a menor edad gestacional menor es la preparación para el parto. Por último las mujeres que presentaron menor adaptación psicosocial mostraban mayores rasgos de ansiedad ante el hecho de estar embarazadas.

4.4.1 Aceptación del embarazo.

Con respecto a la aceptación del embarazo Lederman y Weis (2009) la definieron como las respuestas que la embarazada tiene hacia el embarazo, más que al bebé que espera. Se enfoca a evaluar el disfrute del embarazo, la tolerancia de las molestias y el grado de ambivalencia. Los autores mencionan que ésta se refiere a la medida en que la mujer expresa las siguientes características:

- planeación y deseo por el embarazo;
- sentimientos de felicidad vs. depresión durante el embarazo;
- molestias durante el embarazo;
- aceptar vs. rechazar los cambios que ocurren en el cuerpo; y
- sentimientos ambivalentes y conflicto experimentado por el embarazo.

A su vez Salvatierra (1989) coincide en el hecho de que la aceptación del embarazo es la adaptación a los cambios corporales y a las molestias físicas, así como la aceptación del parto con sus posibles riesgos y dolor.

Por su parte Bernazzani, Saucier, David y Borgeat (1997), realizaron una investigación donde detectaron factores que favorecen los sentimientos de ambivalencia al embarazo, estos son: la edad, el bajo nivel socioeconómico y las relaciones interpersonales conflictivas, además de que el hecho de tener una insatisfacción en la relación marital tiene un gran impacto en la adaptación psicológica en la mujer para la maternidad y en su estado afectivo en general.

De la misma forma Molinero et al. (2007), señalaron en su estudio que el hecho de que el bebé sea deseado o no deseado, impacta en gran medida a nivel psicológico sobre la madre, ya que existe una relación significativa entre el deseo de estar embarazada con la felicidad que experimenta la mujer, a su vez el deseo de tener varios descendientes aumenta cuando la duración del matrimonio es igual o superior a cuatro años y medio.

Se ha encontrado que el nivel de estudios es un factor que está relacionado con la aceptación del embarazo. Las mujeres embarazadas que tienen mayor nivel de estudios refieren una mejor conformidad con los cambios en su imagen corporal y presentan una mejor autoestima, ya que no viven el embarazo como una situación de deterioro de la imagen (Molinero et al., 2007).

En cuanto a lo que se refiere a las mujeres con pérdida gestacional recurrente se presenta una ambivalencia hacia la maternidad ya que se perciben como no merecedoras de llamarse “madre”, además de autocriticarse en exceso en comparación con una mujer que es estéril (González, Carreño, Sánchez, & Morales, 2009).

4.4.2 Identificación con el Rol Materno.

Desde el punto de vista únicamente biológico la palabra maternidad, “se refiere a concebir y dar a luz” (Blaffer, 1999). Sin embargo cada vez se ha resaltado el hecho de que es un proceso en el cual se van adquiriendo cualidades de madre, no exclusivas al hecho biológico, sino también al desarrollo psicológico y emocional de la mujer que le permitirá interactuar de manera temprana con el hijo (Armengol et al., 2007).

De tal forma que Lederman y Weis (2009), la definen como el grado en que la embarazada espera, asume su función para la maternidad y se anticipa a la gratificación que proviene de cuidar a su bebé. Las autoras sugieren que es importante distinguir conceptualmente entre la aceptación del embarazo y la identificación del rol materno, aunque ambas están relacionadas.

Existen dos elementos que han sido considerados importantes en la evaluación del rol materno o maternidad, el primero es el motivo por el cual la mujer decidió asumir la maternidad y el segundo es acerca de la preparación que tiene para asumir dicho rol (Lederman & Weis, 2009).

Una mujer puede llegar a tomar la decisión de ser madre por alguna de estas motivaciones: la confirmación de su feminidad, el afecto hacia los niños, desear tener una vida familiar feliz, el simple deseo maternal, tener a alguien a quien cuidar y dar amor, cariño, ternura, entre otras (Lederman & Weis, 2009). Sin embargo, otras tantas se adhieren al prototipo de la “madre ideal” que fue evidente desde el siglo XIX en el cual la mujer debe tener conocimientos de higiene, medicina, pedagogía, labores domésticos, estar disponible, satisfacer las necesidades del hijo, entre otras, y que en algunos momentos obliga a la mujer a renunciar a sus deseos y necesidades personales, convirtiéndose en una obligación social más que un motivo propio de ser madre (Sáez, 1999), esta idea así mismo, conlleva a la expresión de la “madre suficientemente buena” que se refiere a que la madre conoce instintivamente, por empatía, las necesidades de su hijo y adapta su conducta para poder satisfacer estas necesidades según se vayan desarrollando y manifestando (Everingham, 1997); sin embargo, en algunos casos esta experiencia se termina y se

convierte en sentimientos de hostilidad hacia el embarazo y estancamiento del desarrollo autónomo para la mujer (González, 1999).

Siendo así que el grado de satisfacción y felicidad de la gestante estén relacionados con la planificación y el deseo del embarazo, sin riesgo a que aparezcan sentimientos de arrepentimiento en ningún momento (Molinero et al., 2007).

En otra instancia pueden darse otras motivaciones que no precisamente tienen que ver con la madre si no con circunstancias externas como es el caso de la relación con el marido y la madre, la edad, las aspiraciones profesionales, los miedos con respecto al parto y con las posibles complicaciones del bebé (Lederman & Weis, 2009).

Existen representaciones sociales acerca de la familia y la maternidad que se han dado a través de las generaciones y son reforzadas fuertemente por la religión, por lo que se representa como incuestionable, ineludibles y universales (Aiscar, 2005). Algunas mujeres de acuerdo a la cultura a la que pertenecen tienen la oportunidad de elegir en qué momento de su vida quieren tener hijos y qué tiempo les dedicaran a cada uno, otras prefieren renunciar a la maternidad y optan por la autorrealización personal (Blaffer, 1999).

También hay un grupo de mujeres que trabajan y que desean ser madres. Sin embargo, para estas mujeres estar de tiempo completo dedicada al trabajo doméstico y al cuidado de los hijos les genera estrés, debido a que se aburren, tienen que cumplir con las exigencias de los hijos, no utilizan su creatividad de forma productiva y descuidan su apariencia física (Hays, 1998).

Otras tantas prefieren quedarse en casa por el hecho de confirmar su compromiso con ser una buena madre, de poner las necesidades de los niños por encima de las propias, de cumplir su papel de guía, apoyo y amor que todos los hijos necesitan y de conservar una atmósfera hogareña misma que es difícil cuando se trabaja casi todo el día, además de que no les gusta dejar el cuidado de éstos a otras personas (Hays, 1998).

En cuanto a la identificación y preparación para el rol materno la mujer suele acercarse a su madre u otras madres a su alrededor, ya que estas suelen ser la principal fuente de información, experiencia y le ayudan como un modelo a seguir en su proceso de identificación para su futuro papel a desempeñar (Lederman & Weis, 2009).

Otros autores señalan que la maternidad es un proceso de aprendizaje, más que un acto interpretativo y potencialmente crítico, ya que desde la infancia el niño o la niña, adopta las expectativas de los otros en situaciones concretas, y estas respuestas esperadas, o modelos de conducta son las “actitudes” de los otros, así estas actitudes se convierten en el fundamento para la internalización que el niño y la niña hace del mundo social (Everingham, 1997; Aiscar, 2005).

En un estudio exploratorio mediante entrevistas realizadas sobre la representación social de la maternidad, en mujeres de sectores pobres y en mujeres de clase media, se encontró que el rol de mujer- madre parece estar incorporado a la repetición de patrones observados, ya que en las mujeres pobres, la representación social de la maternidad aparece como un rol innato a la condición de mujer y distintivamente caracterizado por el sufrimiento y el sacrificio, mientras que para las mujeres de clase media las aspiraciones personales no parecen estar ligadas a la maternidad ni a la familia (Aiscar, 2005).

Se destaca que el aprendizaje del rol materno, al no ser percibido conscientemente lleve a la mujer a aceptar la maternidad como destino y un deber que cumplir a lo largo de la vida, una vez introyectado estos principios, la mujer comienza a planear su vida en torno a estos ideales a lo largo de sus diferentes etapas de desarrollo (Ambriz, 2005).

Por su parte Salvatierra (1989), señala que para que exista esta identificación maternal debe darse un apego entre madre-feto, producto de la interacción psicológica progresiva entre ambos, ya que será la base de la futura relación afectiva con el hijo.

En un estudio reciente de Leeners et al. (2009), en el cual evaluaron a dos grupos, el primero se conformaba de 739 mujeres que padecían EHE y el segundo grupo de 623 mujeres que no presentaban EHE, de diferentes hospitales de Alemania, que tuvo como principal objetivo conocer las principales motivaciones de las mujeres con EHE para convertirse en madres. Los resultados mostraron que para el grupo con EHE, las mujeres consideraban la llegada del bebé como el sentido de su vida, deseaban experimentar los cambios físicos producidos por el embarazo y percibían más el embarazo como una manera de suspender una actividad profesional desagradable. Las mujeres que presentaron EHE planeaban usualmente el convertirse en amas de casa después del parto y en caso de que se propusieran trabajar buscarían un trabajo por horas.

Las mujeres embarazadas con este tipo de enfermedades, tienden a presentar una visión idealizada del rol materno que puede llegar a ser difícil de realizar, además son más tradicionalistas al rol femenino (Leeners et al., 2009).

4.4.3 Relación con la madre.

Para la mujer que está en espera de un hijo es muy importante valorar lo que se conoce sobre el embarazo y el parto, todo lo relacionado con las experiencias del pasado, o bien con las historias que terceras personas le hayan contado. Aquí juega un rol relevante la madre de la embarazada (German & Sánchez, 2004).

En entrevistas realizadas a mujeres embarazadas por Lederman y Weis (2009) encontraron que existen cuatro componentes importantes en la relación de la gestante con su propia madre, estas son:

- disponibilidad de la abuela, es decir, la madre de la embarazada;
- las reacciones de la abuela ante el embarazo, como la aceptación del nieto y su reconocimiento de su hija como madre;
- respeto de la abuela por la autonomía de la hija; y
- la voluntad de la abuela para recordar el pasado con su hija, acerca de sus propias experiencias como madre sobre la crianza de sus hijos.

Siendo así que los autores definen la relación con la madre como la cercanía, el apoyo y la empatía entre la embarazada y su madre (Lederman & Weis, 2009).

Es importante resaltar el hecho de que la identidad femenina se va desarrollando durante la interacción con la madre en la infancia, siendo que una mujer podrá considerarse una buena madre si recuerda a la propia como una persona que fue capaz de darle todo el apoyo emocional y cuidado físico, así como una buena proveedora. De lo contrario si hubo complicaciones en su historia de relación materno-infantil pueden existir más fallas en su identificación con la madre (Instituto Nacional de Perinatología, 2002).

Al mismo tiempo se puede desear la ayuda materna como un modo de acercarse a ambas, ya que la presencia de colaboración de la madre con la hija facilita la identificación con ella, o por el

contrario dicha presencia no puede ser admitida porque se temen a las críticas e interferencias maternas o que se pueda generar una dependencia filial hacia ella (González, 1999).

La madre suele ser la fuente principal de ayuda durante el puerperio y en el cuidado del recién nacido, lo que puede facilitar la cercanía y la cooperación, ayudando a la hija a disminuir la ansiedad por la maternidad, sin embargo en otros casos, si ya existían conflictos con la madre estos pueden agudizar provocando críticas o falta de apoyo por parte de la madre, y en consecuencia dificulta la relación y genera un distanciamiento (González, 1999).

4.4.4 Relación con la pareja.

El embarazo y el nacimiento de un nuevo hijo generan cambios dentro de una estructura familiar, lo que requiere de un proceso de adaptación, en algunos casos este suele ser satisfactorio, pero en otros resulta ser muy difícil con consecuencias desfavorables. En ocasiones, la relación de pareja se resiente en cierta manera, ya que ambos experimentan temores, dudas y ansiedades, se confrontan las expectativas que se tenían acerca de la idealización del embarazo y la pareja (Instituto Nacional de Perinatología, 2002).

Por su parte Rodríguez, Pérez-López y Brito de la Nuez (2004), señalan que durante el embarazo la relación de pareja debe ser una variable a tener en cuenta, ya que tanto el hombre y la mujer se encuentran en un periodo de cambio en el cual el apoyo social es importante y la mayor fuente de dicho soporte social, se enfoca en la capacidad de adaptación de ambas personas a las nuevas exigencias biopsicosociales de la nueva situación.

El hombre al igual que la mujer se enfrenta a cambios que le permitirán adaptarse a su rol de padre, pero dicha transición va a depender de la personalidad, reacciones emocionales ante el embarazo, identificación con el rol de padre y de redefinir la relación con su pareja y con el mismo (Chin, Hall, & Daiches, 2011).

Lederman y Weis (2009), definen la relación con la pareja como la reciprocidad, apoyo y patrones de comunicación en la relación marital.

Para entender la naturaleza sobre la relación de la pareja con la embarazada, se desglosan de la siguiente manera algunas áreas como son:

- preocupación del marido por las necesidades de su esposa (empatía, cooperativismo, disponibilidad, confianza, comunicación, tolerancia, apoyo, etc.);
- preocupación de la esposa por las necesidades de su marido como futuro padre;
- los efectos del embarazo sobre el vínculo marital (cercanía y conflictos); y
- el ajuste del marido a su nuevo rol, su identificación con la paternidad (Lederman & Weis, 2009).

En los casos donde el embarazo se considera de alto riesgo, el esposo suele centrar su vínculo en la aceptación a los cambios físicos, emocionales y brindar apoyo a la madre, sin embargo, en algunos momentos puede llegar a sentirse culpable por su incapacidad de no poder proteger a su pareja y al feto (Stepp & Smith, 2003). Por otra parte, las mujeres que señalan tener una buena relación marital tienden a adaptarse con mayor facilidad al embarazo (Lederman & Weis, 2009).

A su vez en cuanto a los resultados sobre el embarazo, se tiene que la relación con el esposo es un predictor significativo de la edad gestacional al momento de la primer consulta prenatal y de la duración de la gestación (Lederman & Weis, 2009). También se ha encontrado que entre mayor sea la felicidad que experimenta la madre y la percepción que ésta tenga sobre la felicidad que tiene su pareja en la espera del bebé, este último tendrá un mejor peso al nacer (Keeley et al., 2004). Además de que las parejas que reportan una alta calidad de relación en etapa prenatal (satisfacción de la relación, la comunicación y los procesos interpersonales) también tienen más probabilidades de seguir participando en la paternidad juntos a futuro (Florsheim & Smith, 2005).

Así mismo en el estudio de Molinero et al. (2007), se registró que el estado civil influye de manera positiva en el deseo del embarazo, es decir, las mujeres que han contraído matrimonio tienen una predisposición mayor para tener hijos que las mujeres solteras.

La importancia de que la pareja de la mujer embarazada pueda ejercer como figura de apoyo social durante el embarazo, parto y postparto, radica en que permite una vinculación prenatal que sea beneficiosa para la pareja, y esta a su vez, influye positivamente en la calidad de vida del bebé, la madre y el padre, es decir, de los tres protagonistas del proceso de transición a la maternidad y paternidad, ya que este proceso comienza de manera temprana y durante el embarazo (Rodríguez, Pérez-López & Brito de la Nuez, 2004).

Cuando el deseo de tener un hijo es de ambos, este no solo influye para el transcurso del embarazo y el parto, sino también en las relaciones que se establecen dentro de la familia (Gómez & Amilivia, 1985).

Por otra parte la mejor forma de acompañar y apoyar el proceso diagnóstico de un embarazo por parte de la pareja es colaborar en las tareas diarias del hogar, en la organización de la casa y ayudar en el cuidado de los hijos (Sebastiani & Raffo, 2004).

Los cursos de preparación al parto pueden ser útiles para ambos, tanto para conocer los aspectos fisiológicos del embarazo y del parto, así como para practicar juntos los ejercicios respiratorios y de relajación; la mujer en ese momento puede sentirse apoyada y estimulada cuando el marido colabora con ella, desempeñando una acción de apoyo (Horvath, 1999).

Sin embargo, desafortunadamente algunos esposos son percibidos como insolidarios debido a una variedad de razones ya que a veces éstos se sienten amenazados por el embarazo, tienen dificultad para aceptar la responsabilidad de ser padres y algunos de ellos se encuentran más preocupados por sus vidas profesionales (Lederman & Weis, 2009).

En conjunto, estas parejas tienen dificultad para ser empáticos, comprensivos y manifestar preocupación por el bienestar de la esposa, por lo cual resultaba difícil para ellas compartir y comunicarse con ellos; por el contrario cuando el marido es empático, es más probable que esté disponible y que participe en el embarazo de su mujer, al igual que en el parto (Lederman & Weis, 2009).

Los maridos que han experimentado su participación en el parto, la han definido como experiencia esencial para construir su propia identidad de padre (Horvath, 1999).

La relación marital es importante durante el embarazo, no solo porque permite la adaptación al embarazo sino porque también facilita la adaptación post parto y familiar (Lederman y Weis, 2009).

4.4.5 Preparación al parto.

La preparación al parto se refiere al conocimiento sobre el embarazo, el parto, técnicas de respiración y relajación para cuando empiecen las contracciones, conocer los tipos de analgesia o

medidas de apoyo no farmacológicas para el parto de la mujer, y el cuidado del recién nacido (Jay, 2010; Payne, 2001).

Por su parte Lederman y Weis (2009), definen la preparación al parto como el grado en que la embarazada siente que está informada y preparada para hacer frente a los acontecimientos del parto, y esta a su vez se puede lograr mediante la asistencia a clases de preparación al parto, leyendo libros sobre el tema y las cuestiones específicas como lo es organizar el transporte y la asistencia al hospital.

Algunos de los beneficios de la educación hacia el parto son: el decremento de miedo y la ansiedad, reducir el requerimiento de anestesia, la disminución del tiempo de parto y el incremento en la relajación (Payne, 2001).

Para los embarazos que se consideran de alto riesgo y con probabilidad de tener un parto pretérmino, es importante proporcionar información sobre la situación o enfermedad a la que se enfrenta la mujer, explicarle con detalle las circunstancias a las que se ve expuesta para favorecer las opciones posibles. La información proporcionada facilita un planteamiento realista de los hechos y prepara a la pareja y a la familia para los posibles resultados del parto (Stepp & Smith, 2003).

Por otro lado se ha considerado que el ingreso tardío a la atención prenatal, o el no buscar atención prenatal por parte de la mujer es debido a un embarazo no planeado o por que perciben negativamente el embarazo (Baxley, 2001). En adición a esto Lederman y Weis (2009) afirman que la preparación al parto y la maternidad es menor cuando de la misma forma lo es la aceptación al embarazo.

En una investigación realizada por Schachman, Lee y Lederman (2004), se puso a prueba una intervención con esposas de personal militar de la fuerza aérea, se asignaron al azar a dos grupos y al primero se les aplicó un curso tradicional (estrategias únicamente de preparación para el parto) y al segundo se le agregó orientación para facilitar la adaptación al rol materno, se evaluó con el cuestionario de autoevaluación prenatal de Lederman, al final en los resultados se observó que el grupo experimental obtuvo en el cuestionario una puntuación total mayor en comparación con el grupo control, lo cual indicaba que se sentían más preparadas y menos preocupadas en cuanto a la preparación del parto, presentaban menos temor a los posibles dolores, tenían mayor confianza en la maternidad y se sentían satisfechas con el apoyo de familiares y amigos.

El miedo al parto se deriva de una disposición defensiva contra un peligro supuesto. Si este miedo se logra controlar, la mujer es aún capaz de movilizar todas sus fuerzas corporales y mentales para vencer esta dificultad. Pero por otra parte, si no logra controlar el miedo, se bloquean la coordinación de músculos y nervios. En madres que se encuentran mal preparadas suele presentarse una cadena de reacciones cuyos malestares son: miedo-espasmo-dolor. (Merkl, 1976).

Por otra parte existe el miedo a la incertidumbre, y donde probablemente reaparecen crisis como el temor a la muerte durante el parto, al dolor, al parto traumático por fórceps o cesárea, al hijo deforme y a la muerte del hijo (Soifer, 1977).

4.4.6 Preocupación por el bienestar de la madre y el bebé.

La preocupación por el bienestar de la madre y del bebé, se refiere a los miedos y las preocupaciones de la embarazada acerca de las complicaciones que puedan surgir en el parto, y que puedan resultar en daños para sí misma y para el bebé (Lederman & Weis, 2009).

Es común que se suscite temor por parte de la madre cuando existen complicaciones en la etapa gestacional, ésta puede incluso llegar a recordar las complicaciones y pérdidas si las hubo en embarazos anteriores, lo que provoca una ambivalencia y complica la aceptación del embarazo actual, además de que puede aumentar el riesgo a depresión prenatal y postparto (Stepp & Smith, 2003).

En el estudio realizado por Rodríguez, Pérez-López y Brito de la Nuez (2004), con mujeres gestantes se detectaron que éstas presentaron cierto número de preocupaciones que incluyen: inquietud y preocupación por el acontecimiento del embarazo, fluctuaciones en el estado de ánimo, miedo anticipatorio al dolor, miedo a no cumplir con las expectativas sociales, preocupación por su estado de salud y por el feto, y mayor necesidad de apoyo social. Se considera que todo esto puede causar una mayor activación del sistema nervioso autónomo (aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca) ; sin embargo, los temores y las preocupaciones en cuanto a lo que implica el parto suelen hacerse presente en mujeres primigestas más que en las multíparas (Lederman & Weis, 2009; Van den Bussche, Crombex, Eccleston, & Sullivan, 2007).

Así mismo, se ha encontrado en investigaciones recientes una relación positiva entre cómo se catastrofiza el dolor en las mujeres primíparas antes del parto y la intensidad del dolor y la recuperación física después del parto, dejando ver que aquellas mujeres que mostraron mayor catastrofismo experimentan dolor más intenso y se recuperan más tardíamente después de dar a luz (Flink, Mroczek, Sullivan, & Linton, 2009).

Por su parte Molinero et al. (2007), encontraron que existe una relación directamente proporcional entre el deseo del embarazo y la preocupación de que el feto pueda sufrir algún daño o alteración, es decir entre más desean el embarazo están más alertas por el bienestar futuro del bebé y de que este sea normal y saludable.

Las preocupaciones de la madre suelen centrarse en todo momento en la posible fecha del parto y en las circunstancias de ese momento como el dolor, la duración, las posibles complicaciones, la anestesia, la atención en el hospital, con el médico, entre otras. Por eso es importante que la paciente cuente con un apoyo e información confiable en cuanto a su estado de salud general, ya que esto facilitara el que ella pueda tener una actitud menos temerosa, agresiva y ansiosa durante el embarazo y parto (Gómez & Amilivia, 1985).

De acuerdo a la revisión anteriormente expuesta sobre la literatura; las Enfermedades Hipertensivas del Embarazo (EHE) se consideran como una de las principales causas de muerte materno-fetal a nivel mundial, y en México es la segunda causa de defunción materna, si bien, afectan de manera grave a la mujer embarazada y al feto dejando para ambos secuelas tanto físicas, emocionales y sociales, también afecta a los familiares y amigos de la persona en cuestión que presenta una enfermedad de esta índole. En otros casos y los más comunes, se deteriora la calidad de vida afectando a la persona con dicho padecimiento en el área personal, social y laboral. En la actualidad han surgido investigaciones que permiten explicar los posibles elementos que están implicados en el comienzo de la enfermedad, pues se considera que surgen a partir de una interacción entre varios factores de riesgo de tipo hereditarios, conductuales en hábitos de salud, alimentación, condiciones ambientales, psicológicas y sociales (Grimm et al., 1997; Texas Heart Institute, 2011; Sobrino, 2009; Sánchez, 2006; Mercado- Corona, 2012; Fernández- Abascal et al., 2003; Torres et al., 2009; Seguranyes, 2000; Ness et al., 2003; SSA, 2002, SSA, 2002; Sánchez- Sosa, 2002). En otros casos la hipertensión arterial se manifiesta como consecuencia de otras enfermedades orgánicas (Divine, 2008; Robertson, 1982).

Dicho de otra manera la salud y el bienestar humano comprende características biopsicosociales en donde no solo existe relación órgano-enfermedad, sino que, es un conjunto de elementos que se encuentran interrelacionados para proteger o favorecer la aparición de la enfermedad; y dado la implicación de estos acontecimientos también se han originado estudios con la finalidad de mejorar el tratamiento para las enfermedades crónicas, algunos de los elementos que se integran en este tipo de intervenciones aparte de farmacológicos, incluyen los psicológicos a nivel cognitivo- conductual y recientemente se están implementando otros de corte psicosocial, por mencionar algunos, estos han demostrado que contar con poco o nulo apoyo social deteriora la calidad de salud, existe menor funcionamiento físico- mental, incrementa la mala alimentación y el consumo excesivo de sustancias dañinas para el organismo, provoca estrés y propicia la elevación de la presión arterial (Alderdice & Lynn, 2009; Fernández- Abascal et al., 2003; Leifheit- Limson et al., 2010; Mann et al., 2010; McCue et al., 1997; Morales et al., 2011; Riveros et al., 2005; Rozanski et al., 1999; Woods et al., 2010), así mismo en contra parte se ha identificado que el tener un buen apoyo social, constituye una valiosa estrategia en la psicología a nivel de prevención, ya que logra el mantenimiento de la salud y previene la enfermedad (Bravo & Serrano- García, 1997). Actualmente la psicología de la salud ha prestado interés en los factores psicosociales ya que se encuentran inmersos en los estados de salud y enfermedad, sin embargo, poco se ha estudiado en relación a enfermedades que tienen relación con el embarazo y, algunos de ellos mencionan que impartir intervenciones que incluyan estos elementos servirán para disminuir los efectos negativos del embarazo (Ickovics et al., 2011; Guarino, 2010; Rondón, 2011); para el inicio de su estudio otros autores proponen identificar los elementos de tipo emocional y familiar, por medio de aplicación de entrevistas y cuestionarios, con el fin de mejorar la calidad del apoyo social, los ajustes psicológicos y la adaptación del embarazo, ya que este último también está implicado en el bienestar de la mujer (Albarrán, 2010; Cantú et al., 2011; González, 1999; Stepp & Smith, 2003).

El objetivo principal de este estudio fue analizar si existen diferencias en la adaptación psicosocial al embarazo en mujeres mexicanas con enfermedades hipertensivas del embarazo (EHE) y mujeres sanas. Como objetivo secundario Se examinaron los principales factores psicosociales de riesgo y protección para el embarazo y su relación con la adaptación psicosocial al embarazo.

Capítulo 5

Método

5.1 Participantes

Se invitó a participar un total de 134 embarazadas, de las cuales se eliminaron 10 debido a que no terminaron de contestar alguno de los instrumentos, quedando así un total de 124 participantes. La recolección de datos se llevó a cabo en diferentes instituciones de salud de la Ciudad de México, tales como el Hospital General de México (45.9%), Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco-Obstetricia No 4 "Luis Castelazo Ayala", Unidad Médico Familiar No 19 ambas del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) (37.7%), Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (11.5%) y el resto de otras instituciones de salubridad (4.9 %).

La muestra se caracterizó por la formación de dos grupos uno para mujeres con Enfermedades Hipertensivas del Embarazo (EHE) conformado por 66 pacientes (53.2%) y otro grupo de mujeres que no presentaron ninguna complicación en la etapa de gestación denominado como Embarazo Sano (ES) que fue conformado por 58 pacientes (46.8 %).

Los criterios de inclusión para ambos grupos fueron: ser de nacionalidad mexicana, encontrarse en etapa gestacional, que hablaran y entendieran el idioma español.

Para la asignación a los grupos se tomaron en cuenta los siguientes puntos:

Grupo ES: Mujeres que no presentaran al momento de la evaluación alguna enfermedad que comprometiera su salud ni la del producto , así como ninguna complicación perinatal.

Grupo EHE: Mujeres que presentaran alguno de los siguientes diagnósticos por medio del expediente clínico: Hipertensión Crónica (HASC), Hipertensión Gestacional (HG), Preeclampsia (PE) leve y grave, y Preeclampsia agregada a HASC.

Criterios de exclusión fueron: Embarazadas que presentaran algún trastorno psiquiátrico, una enfermedad del embarazo distinta a las EHE y mujeres que no fueran de nacionalidad mexicana.

Para los criterios de eliminación se tomó en cuenta que la participante no completara alguno de los instrumentos.

La mayoría de las participantes provenían del Distrito Federal 103(83.1%) y el resto del Área Metropolitana 21(16.9%), con un nivel socioeconómico medio-bajo. El promedio de edad para el grupo de EHE $M=31.01$ (rango de edad 17-45 años); y para el grupo ES $M=25.31$ (rango de edad 13-44 años). En los dos grupos sobresalió el estado civil de casada; para el caso de la escolaridad el grupo de EHE cuenta en su mayoría con licenciatura y el grupo de ES con bachillerato; en cuanto a la ocupación en ambos grupos prevalece el dedicarse al hogar, aunque para el grupo EHE otra actividad que predomina es el trabajar. Las características sociodemográficas de cada grupo se presentan en la tabla 2.

Tabla 2		
<i>Características sociodemográficas por grupos de las participantes (N=124)</i>		
Características	EHE (n=66) <i>f</i> (%)	ES (n=58) <i>f</i> (%)
<i>Estado Civil</i>		
Soltera	11(16.7 %)	11(19%)
Unión libre	26(39.4%)	21(36.2%)
Casada	27(40.9%)	26(44.8%)
Divorciada	2(3%)	0(0%)
<i>Escolaridad</i>		
Analfabeta	1(1.5%)	1(1.7%)
Primaria	5(7.6%)	1(1.7%)
Secundaria	13(19.7%)	17(29.3%)
Bachillerato	10(15.2%)	21(36.2%)
Carrera Técnica	14(21.2%)	3(5.2%)
Licenciatura	21(31.8%)	15(25.9%)
Posgrado	2(3%)	0(0%)
<i>Ocupación</i>		
Estudiante	3(4.5%)	11(20%)
Hogar	27(40.9%)	30(54.5%)
Empleada	20(30.3%)	5(9.1%)

Profesionista	13(19.7%)	9(16.4%)
Oficio	3(4.5%)	0(0%)

Nota: EHE=Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; ES=Embarazo Sano

En cuanto a las características del embarazo, el promedio de semanas de gestación (SDG) para el grupo de EHE $_{SDG}M= 27.30$ (rango de gestación 7-39 semanas); y para el grupo ES $_{SDG}M=25.38$ (rango de gestación 8-38 semanas). La mayoría de embarazadas con EHE se encontraban en su tercer trimestre de gestación, mientras que las de ES se situaban en su segundo trimestre de gestación; en general no era el primer embarazo que presentaban las participantes en el momento de la evaluación. Sin embargo, el grupo de ES había presentado menor cantidad de complicaciones en embarazos anteriores que el grupo de EHE, prevaleciendo en ambos grupos la misma pareja en casi todos los embarazos, así como también contaban con la presencia de la pareja durante el embarazo actual. Las características de gestación se muestran en la tabla 3.

Tabla 3

Características de gestación de las embarazadas (N=124)

Características	EHE (n=66) f (%)	ES (n=58) f (%)
Periodo de embarazo		
Primer trimestre	6(9.8%)	8(14.0%)
Segundo trimestre	24(39.3%)	26(45.6%)
Tercer trimestre	31(50.8%)	23(40.4%)
Primer embarazo		
Si	26(39.4%)	25(43.1%)
No	40(60.6%)	33(56.9%)
Número de embarazo		
Primero	26(39.4%)	25(43.1%)
Segundo	18(27.3%)	21(36.2%)
Tercero	12(18.2%)	5(8.6%)
Cuarto o más	10(15.2%)	7(12.1%)
Complicaciones en embarazos anteriores		
Si	29(43.9%)	19(33.3%)
No	37(56.1%)	38(66.7%)
Misma pareja en los embarazos		
Si	46(73.0%)	42(79.2%)
No	17(27.0%)	11(20.8%)
Pareja actual en el embarazo		
Si	61(92.4%)	50(86.2%)
No	5(7.6%)	8(13.8%)

Nota: EHE= Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; ES= Embarazo Sano

En la tabla 4 se observa que casi todas las participantes del grupo EHE tenían un familiar cercano con alguna enfermedad crónica en comparación con las de ES; el familiar que predomina es la madre, seguida de la madre y el padre, así mismo la enfermedad más común entre los parientes cercanos a la embarazada son la hipertensión y la diabetes.

Tabla 4

Características de los familiares con enfermedad crónica (N=124)

Características	EHE (n=66) f (%)	ES (n=58) f (%)
Familiar		
Si	52(78.8%)	32(56.1%)
No	14(21.2%)	25(43.9%)
Familiar con EC^a		
Madre	21(32.3%)	12(21.4%)
Padre	5(7.7%)	3(5.4%)
Hermanos	2(3.1%)	0(0%)
Abuelos	3(4.6%)	8(14.3%)
Tíos	1(1.5%)	3(5.4%)
Madre y Padre	13(20.0%)	4(7.1%)
Madre y Hermanos	5(7.7%)	1(1.8%)
Padre y Hermanos	1(1.5%)	0(0%)
Nadie	14(21.5%)	25(44.6%)
Enfermedad Crónica (EC)		
Hipertensión	17(25.8%)	7(12.1%)
Diabetes	13(19.7%)	14(24.1%)
Hipertensión y diabetes	15(22.7%)	4(6.9%)
Enfermedad renal	1(1.5%)	0(0%)
Fibrosis pulmonar	1(1.5%)	0(0%)
Lupus	2(3.0%)	0(0%)
Migraña	2(3.0%)	0(0%)
Hipotiroidismo	0(0%)	1(1.7%)
Osteoartritis	0(0%)	1(1.7%)
Ninguna	14(21.2%)	25(43.1%)

Nota: EHE= Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; ES= Embarazo Sano

^a Esta casilla se refiere al familiar que presenta alguna enfermedad crónica de los dos grupos de embarazadas.

5.2 Materiales e Instrumentos

Los materiales e instrumentos que se utilizaron para recolectar los datos del estudio son los siguientes:

1. Consentimiento informado, el cual explicaba los objetivos y las características del estudio, así como, la posibilidad de rehusar su participación sin consecuencia alguna por la institución, las condiciones requeridas para participar y el tiempo aproximado para la evaluación (ver anexo 1);
2. Entrevista semiestructurada para recabar información de aspectos funcionales del embarazo tales como: datos sociodemográficos, factores de riesgo y protectores de la embarazada, edad gestacional, diagnóstico médico, preocupaciones actuales, descripción del embarazo, datos de la relación de pareja, percepción de estrés y sus características, y apoyo social percibido por la paciente (ver anexo 2); y
3. PSQ= Cuestionario de Evaluación Pre-Natal [Prenatal Self- Evaluation Questionnaire] (Lederman, 1996) adaptado al idioma español por Armengol, Chamarro y García- Dié (2007); el objetivo de este cuestionario es medir la adaptación psicosocial de la mujer al embarazo, consta de 42 reactivos los cuales miden, en población española las siguientes áreas:
 - AE = aceptación del embarazo ($\alpha=.561$); los reactivos: 1,2,31,33,34.
 - MI= identificación con el rol materno ($\alpha=.843$); los reactivos: 39,40,41,42.
 - RM= relación con la madre ($\alpha=.912$); los reactivos: 6,9,10,14,17,22,28,32,36.
 - RP= relación con la pareja ($\alpha=.763$); los reactivos: 3,4,11,15,19,20,27,38.
 - PA= preparación al parto ($\alpha=.794$); los reactivos: 5,12,13,23,24,26,29.
 - PB= preocupación por el bienestar propio y del bebé ($\alpha=.854$); los reactivos: 7,8,16,18,21,25,30,35,37.

De acuerdo a la versión española este cuestionario cuenta con un *alfa* de Cronbach .856

Antes de la aplicación a cada grupo de sujetos se realizaron modificaciones al cuestionario, primeramente de adaptación del idioma y posteriormente se cambió el formato a una escala Likert con 6 opciones de respuesta esto para poder evitar respuestas al azar de las participantes (Martínez, Moreno y Muñiz, 2005). La escala se dividió en Nunca 0%, Casi Nunca 20%, A veces 40%, Frecuentemente 60%, Casi siempre 80% y Siempre 100%. Designando un valor de respuesta para cada elemento Nunca =1, Casi nunca= 2, A veces = 3, Frecuentemente= 4, Casi siempre= 5 y

Siempre=6. Los cambios referidos a las instrucciones se realizaron de tal forma que pudieran ser comprendidas con mayor facilidad en este grupo de población mexicana, quedando de la forma siguiente: “Los siguientes enunciados están hechos para ayudar a mujeres embarazadas a identificar su bienestar y funcionamiento humano durante el embarazo. Lea cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones y escoja la respuesta que mejor refleje lo que siente o piensa” (ver anexo 3). Posteriormente se realizaron análisis estadísticos para verificar las propiedades psicométricas (validez de constructo y confiabilidad) del cuestionario PSQ en este caso con mujeres embarazadas mexicanas, mediante análisis factorial y consistencia interna de Alpha de Cronbach.

5.3 Validez del PSQ= Cuestionario de Evaluación Pre-Natal [Prenatal Self- Evaluation Questionnaire].

La validez se refiere al “grado en que una situación o instrumento de medida, mide lo que realmente pretende o quiere medir” (Cabrero y Martínez, 2011). Debido a que el Cuestionario de Evaluación Pre-Natal [Prenatal Self- Evaluation Questionnaire], originalmente fue creado como herramienta de evaluación que consta de diferentes áreas, cuyas definiciones parten de una teoría derivada de investigaciones exploratorias con entrevistas a diversas mujeres embarazadas americanas, afro-americanas, hispanas y posteriormente a mujeres españolas; se prosiguió a determinar una validez de constructo la cual consiste en verificar si la “técnica mide efectivamente aquello que dice medir, según tal cual modelo teórico y, por tanto, si la misma es una adecuada operacionalización de un constructo teórico dado” (Casullo, Figueroa y Aszkenazi, 1991). De acuerdo con Menéndez (2008) en este tipo de análisis estadístico se crean conjuntos de ítems que concuerdan entre ellos, pero que al mismo tiempo se diferencian de los demás reactivos incluidos en los otros conjuntos, así mismo se espera que los ítems agrupados por el análisis factorial correspondan a los mismos subconjuntos que previamente se describen teóricamente en el conjunto. Mientras más correspondencia haya entre ambas agrupaciones teórica y estadística, más evidencia hay de que el constructo se diseñó correctamente.

El cuestionario se sometió a un análisis factorial exploratorio con rotación varimax, esto para verificar su estructura factorial en una población diferente de aquella en que se validó originalmente. Se esperaba que los reactivos conformaran dimensiones específicas e independientes por factor. El constructo teórico original del cuestionario plantea seis factores independientes en cada una de sus dimensiones, aunque en última instancia son dependientes, ya

que cada factor se interrelaciona con otros, y la suma de cada elemento del factor llega a medir el constructo teórico para el que fueron creadas las áreas del cuestionario. En el primer análisis factorial exploratorio los resultados mostraron diez factores, de los cuales cinco fueron interpretables y el resto residuales.

Para considerar que un reactivo cargaba en un factor se estableció como límite: (a) una carga factorial superior a .40, (b) una congruencia conceptual entre todos los reactivos que se incluyen en un factor, (c) que para ser considerado como tal un factor debe comprender al menos tres reactivos, (d) eliminar los factores “aislados” y que no pertenezcan a la dimensión original, así como también, (e) los reactivos que saturan en más de un componente con cargas similares (Álvarez, 2000; Armengol, Chamarro y García- Dié, 2007; Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Con base en dichos lineamientos se eliminaron los reactivos 7 PB, 32 RM, 22 RM, 36 RM, 2 AE, 26 PA, 1 AE, 5 PA, 33 AE, y 23 PA, esto con la finalidad de ajustarse a una mejor validez del constructo teórico.

Posteriormente se realizó un segundo análisis factorial con rotación varimax, con los 32 reactivos resultantes del análisis exploratorio, el cual dio como resultado final cinco factores principales con autovalores superiores a 1.00 y que explican el 67.11% de la varianza total de la escala. En la tabla 5 se presentan los resultados obtenidos de la varianza del cuestionario, mientras que en la tabla 6 se muestran los factores finales obtenidos mediante el último análisis factorial.

Tabla 5

Varianza total explicada de cada uno de los factores de la escala adaptación psicosocial del embarazo

Factor	Valores propios	% de la varianza	% acumulado
1	6.450	20.15	20.15
2	4.693	14.66	34.82
3	3.966	12.39	47.21
4	3.832	11.97	59.19
5	2.537	7.92	67.11

Tabla 6

Análisis factorial, reactivos por factor y cargas factoriales de la escala de adaptación psicosocial del embarazo

Reactivos	Carga factorial
Factor 1: Relación con la pareja	
Mi pareja y yo platicamos del bebé que esperamos	.923
Puedo contar con mi pareja para compartir el cuidado del bebé	.888
A mi marido le gusta hablar sobre el embarazo	.887
Mi pareja y yo tenemos buena comunicación	.882
A la hora de tomar decisiones, mi pareja y yo nos ponemos de acuerdo	.867
Puedo contar con el apoyo de mi pareja durante el parto	.846
Mi pareja me tranquiliza cuando me ve preocupada	.842
Mi pareja me ayuda en casa cuando lo necesito	.817
Factor 2: Preocupación por el bienestar propio y del bebé	
Me angustian las posibles complicaciones del parto	.867
Me preocupa que algo pueda salir mal en el parto	.848
No puedo dejar de pensar en los problemas que pueden pasar en el parto	.835
Tengo miedo de perder al bebé durante el parto	.740
Tengo miedo de que me lastimen en el parto	.700
Me preocupa que el parto pueda perjudicar al bebé	.699
Me la paso pensando en los problemas que el bebé pueda tener	.664
Cuando me duele algo pienso que este embarazo va a salir mal	.537
Factor 3: Relación con la madre	
Mi madre me da buenos consejos sobre el embarazo	.837
Mi madre está contenta con el embarazo	.826
Mi madre está ilusionada con el bebé que espero	.816
Mi madre me da ánimos cuando no estoy segura de lo que puedo lograr	.757
Mi madre quiere que nazca su nieto	.682

Me es fácil hablar con mi madre sobre mis problemas	.670
Factor 4: Identificación con el rol materno	
Estoy feliz con este embarazo	.806
Ya siento cariño por el bebé	.791
Pienso que ojalá no estuviera embarazada	-.790
Tengo la sensación de que voy a disfrutar al bebé	.752
Me cuesta trabajo aceptar este embarazo	-.681
Creo que puedo ser una buena madre	.613
Factor 5: Preparación al parto	
Me siento bien informada sobre el parto	.812
Estoy bien informada de lo que me espera en el parto	.764
Se lo que debo hacer cuando me vengan las contracciones	.761
Se dé cosas que pueden ayudarme durante el parto	.656

Como se puede observar en la tabla 6, la mayoría de los factores resultantes del análisis conserva la estructura factorial original del PSQ en sus respectivas áreas, sin embargo se eliminó el componente de “aceptación al embarazo”, ya que su estructura factorial no cumplió con los requerimientos anteriormente señalados, pero se conservaron dos de los reactivos en el área de identificación con el rol materno que cuenta con cargas factoriales que van desde .613 a .806, el factor de relación de pareja cuenta con ítems con carga que van de .817 a .923, el área de preocupación por el bienestar propio y del bebé cuenta con cargas factoriales de .537 a .862, el factor relación con la madre tiene cargas que se localizan desde .670 a .837 y el último factor de preparación al parto tiene cargas de .656 a .812.

5.4 Confiabilidad del PSQ= Cuestionario de Evaluación Pre-Natal [Prenatal Self- Evaluation Questionnaire].

La confiabilidad se refiere a “el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), dado que la aplicación del cuestionario del PSQ se efectuó en un solo momento se empleó el método de Coeficiente de alfa de Cronbach para obtener la confiabilidad.

Con los 32 reactivos que se obtuvieron como resultado final del análisis factorial del PSQ, se realizó un análisis de consistencia interna mediante el método de Alpha de Cronbach, utilizando los datos de ambos grupos de embarazadas EHE y ES, para la escala total y para cada uno de los

factores que la conforman, obteniendo como resultado final una buena consistencia interna de $\alpha=.897$, al igual que cada uno de los factores que mide el cuestionario y se exponen en la tabla 7.

Nombre del factor	Número de Reactivos	Alpha
Relación con la pareja	8	.957
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	8	.888
Relación con la madre	6	.891
Identificación con el rol materno	6	.868
Preparación al parto	4	.786

5.5 Diseño del estudio

La muestra para el estudio fue no probabilístico y por autoselección. El diseño fue no experimental de tipo transversal descriptivo. Se agruparon en dos grupos a las mujeres embarazadas que cumplían con los requerimientos de inclusión para el estudio, el primero con algún tipo de EHE, y el segundo de mujeres con ES, a cada grupo se les brindó el consentimiento informado, y se les aplicó una breve entrevista, la misma para ambos grupos así como también el cuestionario anteriormente señalado, esto se realizó en un sólo momento durante todo su proceso de embarazo.

5.6 Procedimiento

Se invitaba a participar a aquellas mujeres embarazadas que cubrían con los criterios de inclusión, tanto embarazadas sanas (ES) como las diagnosticadas con EHE, para el caso de las primeras se les abordaba en la consulta externa de las distintas instituciones, mientras que los casos de EHE en su mayoría fueron evaluadas en el área de hospitalización. El estado de salud actual (el dato de presión arterial PAS y PAD de las pacientes EHE y ES, se obtenían el mismo día

de la evaluación por medio del registro de las enfermeras) y el diagnóstico de las pacientes se adquiría de los expedientes médicos. A todas las participantes se les brindaba inicialmente una descripción general de los propósitos de la investigación, y en concordancia con los lineamientos del código ético del psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010) se les indicaba a las pacientes que dichos datos personales serían confidenciales y únicamente con fines de investigación, respetando su integridad e información individual, así mismo, se les informaba que podían abandonar la evaluación en el momento en el cual lo decidieran sin ninguna consecuencia institucional negativa. A las pacientes que accedieron a participar se les entregaba el consentimiento informado.

Una vez obtenido el consentimiento informado se proseguía con las pacientes para que contestaran la entrevista la cual fue aplicada por la examinadora, una vez terminada ésta actividad se les otorgó el cuestionario el cual contestaban de forma individual, a pesar de que las instrucciones se encontraban señaladas en el mismo, se les explicaba la forma en cómo debían contestar el instrumento, además de que esto servía para resolver las dudas que surgían por parte de las pacientes antes de que comenzaran a llenar el cuestionario; una vez aclaradas las inquietudes de las participantes, éstas proseguían a contestar de forma individual y con lápiz, esto en caso de que decidieran cambiar de opción de respuesta. En cuanto a aquellas mujeres embarazadas que por sus condiciones de salud no podían levantarse de la camilla y dada su autorización se realizaba la evaluación en estas condiciones, proporcionándoles una tabla y un lápiz.

En el caso de las pacientes analfabetas, la evaluación se les realizaba de forma oral, de modo en que se les leía el cuestionario de manera individual, pregunta por pregunta para que pudieran emitir la respuesta correspondiente de acuerdo a su opinión por cada reactivo, asegurándose de que entendían el contenido de las preguntas. Esta técnica también se aplicó para el caso de algunas pacientes hospitalizadas, que por su estado de salud requerían completo reposo. Cabe señalar que tanto para pacientes de consulta externa como hospitalizadas, la entrevista se aplicaba siempre de forma oral.

Las del grupo de ES o con EHE que dieron su consentimiento informado para el estudio, pero que presentaron alguno de los criterios de exclusión, incluidos los problemas de tipo psiquiátrico fueron referidas al servicio de psicología y/ o psiquiatría de las distintas instituciones y de la UNAM.

5.7 Análisis estadísticos

Se identificó si los resultados de las puntuaciones del cuestionario PSQ se adecuaban a una distribución normal, esto mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, ya que esto permitiría conocer si la estadística empleada para los análisis estadísticos podría ser paramétrica; posteriormente se realizaron comparaciones entre las puntuaciones obtenidas para el total y por cada factor del cuestionario en las mujeres del grupo con EHE y las del grupo con ES.

En los datos descriptivos y cualitativos para los factores de riesgo de las condiciones higiénico- dietéticas y los factores protectores para el embarazo, se empleó el uso de frecuencias, porcentajes y χ^2 por homogeneidad, ya que la mayoría de las preguntas fueron codificadas de manera dicotómica. Cabe señalar que las preguntas abiertas se agruparon mediante categorías dependiendo de las respuestas dadas por las participantes, de la misma forma se describieron los datos para los principales factores psicológicos del embarazo.

Por último se exponen los resultados obtenidos para los factores de riesgo y protección para el embarazo en el puntaje total del PSQ y para cada una de las áreas que lo conforman, mediante comparaciones de grupo con t de Student, y de la misma forma se presentan para el caso de las condiciones propias del embarazo.

Los análisis de datos se efectuaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 20.0 en español.

Capítulo 6

Resultados

6.1 Comparación de grupos (EHE y ES) en la adaptación psicosocial del embarazo

Para poder realizar las comparaciones de grupo pertinentes, se obtuvo una calificación total de la escala y para cada uno de los factores por participante, sumando los puntajes correspondientes a los ítems que los componen. Producto del resultado del análisis factorial.

Con la finalidad de determinar si las calificaciones del PSQ se distribuían de manera normal y con homogeneidad se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov de bondad de ajuste, obteniendo como resultado una probabilidad mayor a .05, lo cual indica que los datos se ajustan a una distribución normal. Debido a que los resultados muestran parametría se dispuso a aplicar para los análisis de resultados pruebas paramétricas para la comparación de grupos.

Para comprobar si existían diferencias entre los grupos de EHE y ES en la adaptación psicosocial del embarazo, relación de pareja, preocupación por el bienestar propio y del bebé, relación con la madre, aceptación e identificación con el rol materno, y la preparación al parto, se realizó la prueba t de Student para muestras independientes, sobre los resultados del PSQ para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de mujeres embarazadas, en cada uno de los factores y la calificación total, tomando como referencia un nivel de significancia igual o menor a 0.05. Ver tabla 8.

Área	EHE (n=66)		ES (n=58)		T	p
	M	DE	M	DE		
Puntaje total de PSQ	146.29	23.00	145.83	23.89	.109	.460
Relación con la pareja	38.11	11.47	35.64	12.47	1.147	.253
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	26.68	9.34	29.17	10.31	-1.411	.161

Relación con la madre	30.36	8.42	29.32	7.84	.577	.565
Identificación con el rol materno	33.53	3.84	33.36	4.86	.215	.830
Preparación al parto	17.61	4.95	18.14	3.69	-.682	.496

Nota: PSQ= Cuestionario de Evaluación Pre-Natal [Prenatal Self- Evaluation Questionnaire]; EHE= Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; ES= Embarazo Sano.

Como se observa en la tabla 8, ninguna de las áreas evaluadas fueron significativas entre las medias de ambos grupos EHE y ES, lo cual indica que no se encontraron diferencias entre tener algún padecimiento de salud como la hipertensión y el no tenerlo durante el embarazo, esto con relación a la adaptación psicosocial del mismo, al igual que en la relación con la pareja, la preocupación por el bienestar propio y del bebé, la relación con la madre, aceptación e identificación con el rol materno y la preparación al parto.

6.2 Factores de riesgo y protectores en el embarazo (EHE y ES)

6.2.1 Descripción de las condiciones higiénico- dietéticas de riesgo.

Se hizo la distribución de frecuencias y porcentajes de los datos de las condiciones higiénico- dietéticas que se consideran factores de riesgo en el embarazo, para observar las diferencias o semejanzas entre ambos grupos EHE y ES. La información se obtuvo de manera dicotómica según el caso. Los resultados se muestran en la tabla 9.

Tabla 9

Frecuencias y porcentajes de las condiciones higiénico-dietéticas de riesgo de EHE y ES

Condiciones	EHE (n=66) f (%)	ES (n=58) f (%)
Fumar^a		
Si	17(25.8%)	28(48.3%)
No	49(74.2%)	30(51.7%)
Fumadora Pasiva^b		
Si	23(34.8%)	20(35.1%)
No	43(65.2%)	37(64.9%)
Alcohol ^a		
Si	35(53.0%)	21(36.2%)
No	31(47.0%)	37(63.8%)
Drogas^a		
Si	6(9.1%)	6(10.3%)
No	60(90.9%)	52(89.7%)
Café^b		
Si	49(74.2%)	43(74.1%)
No	17(25.8%)	15(25.9%)

Nota: EHE= Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; ES= Embarazo Sano; EM= Embarazo

^a Pacientes que señalaron haber consumido la sustancia antes del embarazo, pero durante el periodo de gestación abandonaron dicho consumo. ^b En estos testimonios se incluyeron el consumo de la sustancia antes y durante el embarazo, ya que así lo refirieron las participantes.

En la tabla 9 se observa que es mayor el porcentaje de mujeres con ES que consumen tabaco que las mujeres con EHE, así como también estas últimas suelen fumar menos. En cuanto a las mujeres que dijeron haber sido fumadoras pasivas fueron porcentajes similares entre los dos grupos; para el caso del alcohol se reportó un mayor porcentaje de consumo en mujeres con EHE que en mujeres con ES; en lo que se refiere al uso de drogas la mayoría de los casos para ambos grupos indicaron que no consumían algún tipo de droga; mientras que para el café la mayoría de las pacientes de ambos grupos EHE y ES señalaron un alto porcentaje de consumo. Para confirmar si existían diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos y las respectivas condiciones de riesgo, se empleó la χ^2 por homogeneidad que fue significativo únicamente el

apartado de fumar ($X^2=6.771$; $p < 0.05$, gl 1), y para el caso del alcohol se obtuvo una significancia cercana a .05, los resultados para este análisis se pueden observar en la tabla 10.

Tabla 10
Frecuencia(%) de los factores de riesgo presentes entre el grupo de EHE y ES

Factores riesgo	EHE (n=66)	ES (n=58)	X^2	p
Fumar	17(25.8%)	28(48.3%)	6.771	.009*
Fumadora Pasiva	23(34.8%)	20(35.1%)	.001	.978
Alcohol	35(53.0%)	21(36.2%)	3.528	.060
Drogas	6(9.1%)	6(10.3%)	.056	.814
Café	49(74.2%)	43(74.1%)	.000	.989

Nota: EHE= Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; ES= Embarazo Sano; EM= Embarazo
* $p < .05$.

En la figura 1, se visualiza el número de frecuencias para las mujeres del grupo EHE y ES que fuman y que resultó ser estadísticamente significativo.

Figura 1

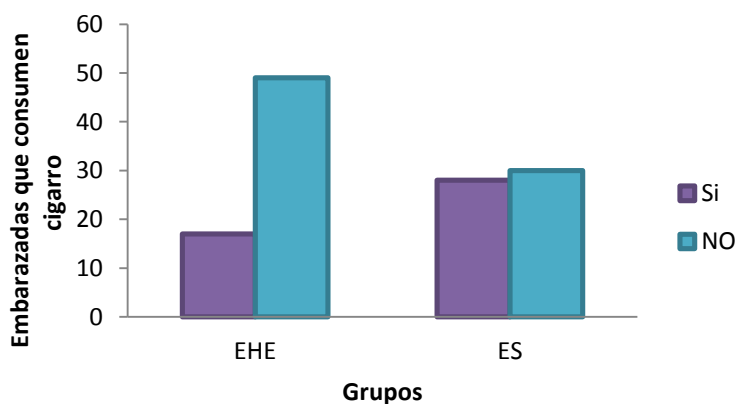


Figura 1. Frecuencias de mujeres del grupo EHE(n= 66) y ES (n=58) que indican fumar y no fumar.

En la figura 2 se muestran las frecuencias de las mujeres que consumen alcohol de acuerdo a cada grupo EHE y ES, aunque no resultó ser estadísticamente significativa se puede observar un grado de mayor consumo en las mujeres con algún diagnóstico hipertensivo.

Figura 2

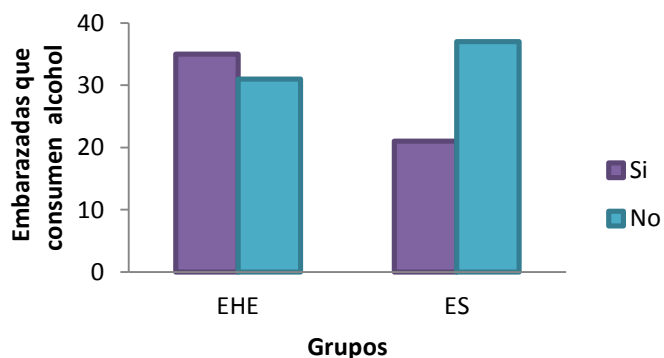


Figura 2. Frecuencias de mujeres del grupo EHE(n= 66) y ES (n=58) que indican consumir alcohol y no consumir alcohol.

6.2.2 Descripción de los factores de protección.

Se realizó la distribución de frecuencias para determinar el porcentaje que representa cada componente de protección en la salud materno- infantil en las mujeres del grupo de EHE y de ES. En la tabla 11 se muestran las frecuencias para ejercicio, apoyo social (familiares y amigos) y apoyo de la pareja.

Tabla 11
Frecuencias y porcentajes de los factores de protección de EHE y ES

Factores	EHE (n=66) <i>f (%)</i>	ES (n=58) <i>f (%)</i>
<i>Ejercicio</i>		
Si	40(60.6%)	28(48.3%)
No	26 (39.4%)	30(51.7%)
Apoyo social(familiares y amigos)		
Si	64(98.5%)	54(93.1%)
No	1(1.5%)	4(6.9%)
Apoyo de la pareja		
Si	60(90.9%)	48(82.8%)
No	6(9.1%)	10(17.2%)

Nota: EHE= Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; ES= Embarazo Sano.

En la tabla 11 se aprecia que existe un mayor porcentaje de mujeres con EHE que practican ejercicio físico en comparación con el grupo de ES, por su parte este grupo es quien reporta el menor porcentaje de ejercicio en comparación con el grupo de EHE. Ambos grupos afirmaron contar con apoyo social, sin embargo, existen más mujeres del grupo ES que reportaron no recibir apoyo social por parte de sus familiares y amigos; la misma tendencia se observa en cuanto al apoyo de la pareja. En este caso también se realizó la χ^2 por homogeneidad para corroborar si existían o no diferencias estadísticamente significativas entre los factores de protección durante el embarazo, sin embargo ningún elemento resultó ser significativo, los resultados se observan en la tabla 12.

Tabla 12

Frecuencia(%) de los factores de protección presentes entre el grupo de EHE y ES

Factores protección	EHE (n=66)	ES (n=58)	χ^2	<i>p</i>
Ejercicio	40(60.6%)	28(48.3%)	1.895	.169
Apoyo Social	64(98.5%)	54(93.1%)	2.256	.133
Apoyo de pareja	60(90.9%)	48(82.8%)	1.825	.177

Nota: EHE= Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; ES= Embarazo Sano; EM= Embarazo

En lo referente a las horas de ejercicio a la semana indicadas por las participantes el promedio para el grupo de EHE fue de 2.83 horas por semana (min. 00 y max. 16.00, 3.36 DE); y para el grupo de ES el promedio fue de 1.80 horas por semana (min. 00 y max. 10.00, 2.43 DE), $t_{117.292gl} = 1.95$ $p = 0.05$, este resultado indica que hay diferencias significativas entre las horas de ejercicio realizadas para las mujeres con EHE y ES. En la figura 3, se representan las frecuencias de los grupos EHE y ES que si y no practican algún tipo de ejercicio.

Figura 3

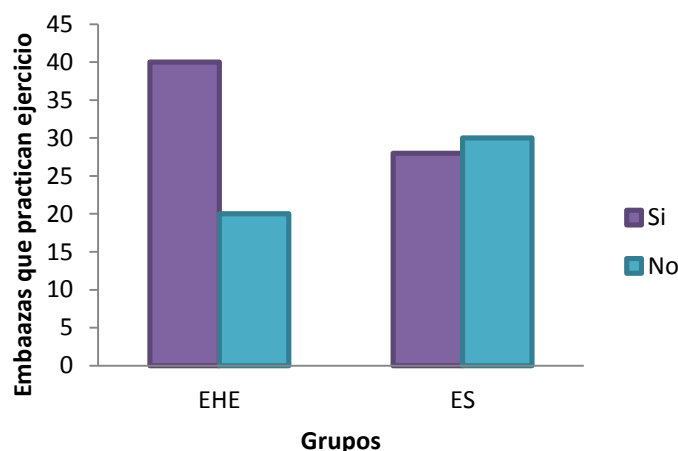


Figura 3. Frecuencias de mujeres del grupo EHE(n= 66) y ES (n=58) que indican practicar ejercicio y no practicar ejercicio.

En cuanto al tipo de apoyo social que reciben las mujeres embarazadas se reportaron para el grupo de EHE los siguientes casos de acuerdo a la clasificación de apoyo social en emocional 38 (57.6%), instrumental 7 (10.6%), emocional e instrumental 19 (28.8%), emocional e informativo 1 (1.5%) y ninguno 1(1.5%), no se presentaron casos para apoyo de tipo informativo, instrumental e informativo y la combinación de emocional, instrumental e informativo. Para el grupo de ES los datos encontrados fueron para apoyo emocional 23 (39.7%), instrumental 8 (13.8%), informativo 2 (3.4%), emocional e instrumental 19 (32.8%), instrumental e informativo 1 (1.7%), emocional, instrumental e informativo 1 (1.7%) y ninguno 4 (6.9%), el único caso que no se reportó ningún dato fue en la combinación de emocional e informativo. Para apreciar mejor los datos se muestran en la tabla 13.

Tabla 13

Frecuencias y porcentajes de la clasificación de apoyo social que reciben las participantes del grupo EHE y ES

	EHE (n=66)	ES(n=58)
Apoyo Social	<i>f(%)</i>	<i>f(%)</i>
Emocional	38(57.6%)	23(39.7%)
Emocional e instrumental	19(28.8%)	19(32.8%)
Instrumental	7(10.6%)	8(13.8%)
Ninguno	1(1.5%)	4(6.9%)

Emocional e informativo	1(1.5%)	0(0%)
Informativo	0(0%)	2(3.4%)
Instrumental e informativo	0(0%)	1(1.7%)
Emocional, instrumental e informativo	0(0%)	1(1.7%)

Nota: EHE= Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; ES= Embarazo Sano.

Por otro lado, las pacientes con EHE señalaron contar con un mayor apoyo por parte de su pareja 21.1%, seguido de familia y pareja 15.8%, madre 10.5%, padres 10.5% , pareja y madre 10.5%, el resto reportó a algún otro miembro de la familia como principal persona de quien reciben apoyo, por su parte las mujeres del grupo de ES mencionaron con el mismo porcentaje a pareja 19% y la combinación de pareja y madre con el 19% como las principales personas de quienes reciben más apoyo durante su embarazo, seguido de familia con el 15.5%, familia y pareja 8.6% y padres 6.9%, el resto señaló recibir apoyo de algún otro miembro de la familia.

En cuanto a los principales motivos que las participantes indicaron, para el caso de por qué consideran que reciben más apoyo de las personas anteriormente señaladas, las mujeres del grupo de EHE señalaron como principal motivo el de “son con los que convivo la mayor parte del tiempo”, mientras que las mujeres del grupo ES indicaron “me brindan atención, cariño y cuidado”.

Por su parte en lo que se refiere al apoyo de pareja, un mayor número de mujeres embarazadas con EHE señalan tener apoyo emocional e instrumental 22(33.8%) seguido de instrumental 20 (30.8%), emocional 11(16.9%), ninguno 7(10. 8%) y la combinación de emocional, instrumental e informativo con el 5(7.7%) del total de datos, sin embargo no reportaron tener apoyo informativo, ni la combinación de emocional e informativo, instrumental e informativo por parte de sus parejas; en cambio las mujeres del grupo de ES indicaron recibir mayor apoyo instrumental 19(32.8%), seguido de emocional e instrumental 12 (20.7%), emocional 10 (17.2%), ninguno 9 (15.5%), emocional, instrumental e informativo 7(12.1%), emocional e informativo 1 (1.7%), pero no se reportaron datos para el apoyo de tipo informativo y la combinación de instrumental e informativo. Las frecuencias y porcentajes se pueden observar en la tabla 14.

Tabla 14***Frecuencias y porcentajes del tipo de apoyo que reciben de la pareja en el grupo EHE y ES***

	EHE (n=66)	ES(n=58)
Apoyo Pareja	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
Emocional e instrumental	22(33.8%)	12(20.7%)
Instrumental	20(30.8%)	19(32.8%)
Emocional	11(16.9%)	10(17.2%)
Ninguno	7(10.8%)	9(15.5%)
Emocional, instrumental e informativo	5(7.7%)	7(12.1%)
Emocional e informativo	0(0%)	1(1.7%)
Informativo	0(0%)	0(0%)
Instrumental e informativo	0(0%)	0(0%)

Nota: EHE= Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; ES= Embarazo Sano.

6.3 Descripción de los principales factores psicológicos del embarazo (EHE y ES)

Se realizaron análisis descriptivos de frecuencias, para determinar el porcentaje de cada elemento de tipo psicológico registrado en las entrevistas, esto acuerdo a lo que cada mujer consideraba en su caso particular y emitía como respuesta a las diversas preguntas realizadas.

En los siguientes cuadros se presentan las frecuencias y porcentajes de las respuestas por grupo de EHE y ES, en lo referente al estrés percibido, el motivo por el cual se estresan frecuentemente, descripción del embarazo, principales motivos de preocupación durante el embarazo, descripción de la relación de pareja y la manifestación de deseo por el embarazo. Las respuestas a las preguntas abiertas se agruparon dependiendo de la connotación de cada contestación que emitían las participantes, se trató de que los rótulos de agrupación conservaran las palabras originales que cada embarazada indicó como respuesta.

Para el caso de estrés percibido de acuerdo a las mujeres embarazadas se muestra en la tabla 15 las frecuencias y porcentajes, de acuerdo a ellos se observa que no hay un rango amplio entre los porcentajes de aquellas mujeres que presentan EHE en comparación con las ES. Adicionalmente se realizó χ^2 por homogeneidad identificar si había diferencias

estadísticamente significativas entre los grupos de EHE y ES sobre la percepción de estrés, pero el resultado no fue significativo ($\chi^2 = .018$; $p = .894 > 0.05$, gl 1).

Estrés percibido	EHE (n=66) f (%)	ES (n=58) f (%)
Estrés		
Si	34(54.0%)	32(55.2%)
No	29(46.0%)	26(44.8%)

Nota: EHE= Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; ES= Embarazo Sano.

De acuerdo a la definición de estrés que cada una de las participantes dio como respuesta dependiendo de su concepción a la pregunta ¿Qué es para usted el estrés?, se agruparon en las siguientes categorías, siendo la más común demanda de actividades con 16 (24.6%) seguido de cambio del estado de ánimo con 11(16.9%) para el grupo de EHE, en el caso del grupo de ES se observa la misma tendencia que en el grupo de EHE. Las frecuencias se desglosan de la siguiente manera para el grupo EHE tensión y dolor 9(13.8%), preocupación 6(9.2%), demanda de actividades 6(9.2%), desesperación y angustia 5(7.7%), ansiedad o nervios 5(7.7%), cansancio y agotamiento 4(6.2%), intranquilidad 3(4.6%), alteración del SNC 3(4.6%), no sé 2(3.1%), rutina 1(1.5%), problemas 0(0%); y para el grupo de ES, se encuentra tensión y dolor 6(12.0%), preocupación 5(10.0%), desesperación y angustia 5(10.0%), ansiedad o nervios 5(10.0%), problemas 4(8.0%), cansancio y agotamiento 3(6.0%), alteración del SNC 2(4.0%), demanda de actividades 2(4.0%), intranquilidad 1(2.0%), no sé 1(2.0%) y rutina 0(0%). El número de frecuencias y los porcentajes se muestran en la tabla 16.

Tabla 16***Frecuencias y porcentajes de la concepción de estrés de acuerdo a las embarazos del grupo EHE y ES***

	EHE (n=66) <i>f(%)</i>	ES(n=58) <i>f(%)</i>
Concepción de estrés		
Demanda de actividades	16(24.6%)	10(20.0%)
Cambio del estado de ánimo	11(16.9%)	8(16.0%)
Tensión y Dolor	9(13.8%)	6(12.0%)
Preocupación	6(9.2%)	5(10.0%)
Desesperación y Angustia	5(7.7%)	5(10.0%)
Ansiedad o Nervios	5(7.7%)	5(10.0%)
Cansancio y Agotamiento	4(6.2%)	3(6.0%)
Alteración del SNC^a	3(4.6%)	2(4.0%)
Intranquilidad	3(4.6%)	1(2.0%)
No sé	2(3.1%)	1(2.0%)
Rutina	1(1.5%)	0(0%)
Problemas	0(0%)	4(8.0%)

Nota: EHE= Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; ES= Embarazo Sano.

^aAlteración del Sistema Nervioso Central, de acuerdo a las respuestas de las participantes se acotaron en esta casilla.

De acuerdo a los porcentajes registrados en la tabla 16, no se observa mucha diferencia por grupo, sin embargo en el grupo de EHE hay un mayor número de casos que reportan demanda de actividades en comparación con el grupo de ES, mientras que este último señaló presentar más problemas en comparación del grupo de EHE.

En cuanto a la pregunta “¿ En qué momentos de su vida se ha sentido estresada?”, las respuestas de cada participante se agruparon en categorías que permitirán contar frecuencias y porcentajes, siendo así que los principales acontecimientos por los que las mujeres embarazadas indican estresarse para el caso del grupo de EHE suele ser el embarazo 18(27.3%), exceso de trabajo o problemas en el trabajo 7(10.6%), estar internada 5(7.6%), problemas con la familia 5(7.6%), muerte o separación de algún familiar o amigo 5(7.6%), problemas con los hijos 3(4.5%), demanda de actividades 3(4.5%), la escuela 2(3.0%), problemas económicos 2(3.0%), cambios en la vida 2(3.0%), dejar a los hijos al cuidado de otros 1(1.5%), violencia intrafamiliar 1(1.5%), no me estreso 1(1.5%), y otros sucesos 11(16.7%), no se registraron datos para cambio de casa, estar sola y desempleo propio o de la pareja. Para el grupo de ES los principales motivos de estrés son el

embarazo 12(21.4%), problemas con la familia 7(12.5%), la escuela 5(8.9%), exceso de trabajo o problemas en el trabajo 5(8.9%), muerte o separación de algún familiar o amigo 2(3.6%), demanda de actividades 2(3.6%), desempleo propio o de la pareja 2(3.6%), cambios en la vida 2(3.6%), no me estreso 2(3.6%), cambio de casa o de trabajo 1(1.8%), estar sola (1.8%), violencia intrafamiliar 1(1.8%), problemas económicos 1(1.8%) y otros motivos con 13(23.2%), las participantes no indicaron como momento estresante el estar internada, problemas con los hijos, y dejar a los hijos al cuidado de otros. Las frecuencias y porcentajes para los principales momentos estresantes de las mujeres embarazadas se representan en la tabla 17.

Tabla 17

Frecuencias y porcentajes de los principales momentos estresantes para el grupo EHE y ES

Momentos estresantes	EHE (n=66) <i>f(%)</i>	ES(n=58) <i>f(%)</i>
El embarazo	18(23.3%)	12(21.4%)
Exceso de trabajo o problemas en el trabajo	7(10.6%)	5(8.9%)
Problemas con la familia	5(7.6%)	7(12.5%)
Muerte, o separación de algún familiar o amigo	5(7.6%)	2(3.6%)
Estar internada	5(7.6%)	0(0%)
Demanda de actividades	3(4.5%)	2(3.6%)
Problemas con los hijos	3(4.5%)	0(0%)
Cambios en la vida (divorcio, boda, etc)	2(3.0%)	2(3.6%)
La escuela	2(3.0%)	5(8.9%)
Problemas económicos	2(3.0%)	1(1.8%)
No me estreso	1(1.5%)	2(3.6%)
Violencia intrafamiliar	1(1.5%)	1(1.8%)
Dejar a los hijos al cuidado de otros	1(1.5%)	0(0%)
Desempleo propio o de la pareja	0(0%)	2(3.6%)
Cambio de casa o de trabajo	0(0%)	1(1.8%)
Estar sola	0(0%)	1(1.8%)

Otro^a	11(16.7%)	13(23.2%)
-------------------------	-----------	-----------

Nota: EHE= Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; ES= Embarazo Sano.

^a Se redujo a la clasificación de “otro” debido a que las participantes dieron respuestas (más de 10) diferentes que no se relacionaban entre sí para una mejor agrupación.

Por su parte se puede observar en la tabla 17, que existe un mayor porcentaje en cuanto a las categorías estar internada, problemas con los hijos, muerte o separación de algún familiar o amigo y el embarazo en el grupo de EHE en comparación del grupo ES, para este último existe mayor prevalencia en la escuela y problemas con la familia, el resto de los porcentajes se observan similares.

Para el caso de como describen su propio embarazo se observa en las mujeres del grupo EHE que señalan los adjetivos “bien” con 17(25.8%) y “complicado” con 15(22.7%) los indicadores menos frecuentes fueron normal 3(4.5%) e inesperado 2(3.0%); y para el grupo de ES el adjetivo más utilizado por las participantes para describir su embarazo es “bonito” 14(24.6%) y los menos frecuentes son normal 4(7.0%) y “muy bien” 2(3.5%), los demás componentes se representan en la tabla 18.

Tabla 18

Frecuencias y porcentajes de la descripción del embarazo en EHE y ES

Descripción embarazo	EHE (n=66) <i>f(%)</i>	ES(n=58) <i>f(%)</i>
Bien	17(25.8%)	8(14.0%)
Complicado	15(22.7%)	8(14.0%)
Bonito	11(16.7%)	14(24.6%)
Estresante	7(10.6%)	9(15.8%)
Tranquilo	7(10.6%)	6(10.5%)
Muy Bien	4(6.1%)	2(3.5%)
Normal	3(4.5%)	4(7.0%)
Inesperado	2(3.0%)	6(10.5%)

Nota: EHE= Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; ES= Embarazo Sano.

De acuerdo a las entrevistas las principales causas de preocupación durante el embarazo resultaron ser para el grupo de EHE el embarazo 13(19.7%), los hijos 10(15.2%), la familia, embarazo y parto 7(10.6%), la salud personal 5(7.6%), y el hecho de estar internadas en hospital

2(3.0%), además de que señalaron que nada les preocupa 12(18.2%) esto en comparación con las del grupo de ES, para estas últimas los principales motivos de preocupación son el embarazo 13(22.8%), la familia 6(10.5%), situación económica 4(7.0%), el parto 4(7.0%), problemas con la pareja 3(5.3%) y el trabajo 1(1.8%) en comparación con las mujeres del primer grupo de EHE. Los datos de las frecuencias de pueden observar en la tabla 19.

Tabla 19

Frecuencias y porcentajes de las principales causas de preocupación en el grupo EHE y ES

Preocupación	EHE (n=66) <i>f(%)</i>	ES(n=58) <i>f(%)</i>
El embarazo	13(19.7%)	13(22.8%)
Nada	12(18.2%)	8(14.0%)
Los hijos	10(15.2%)	4(7.0%)
El estado de salud del bebé	7(10.6%)	7(12.3%)
Familia, embarazo y parto	7(10.6%)	4(7.0%)
Salud personal	5(7.6%)	1(1.8%)
Situación económica	3(4.5%)	4(7.0%)
El parto	3(4.5%)	4(7.0%)
Familia	2(3.0%)	6(10.5%)
Lo que pase después del nacimiento del bebé	2(3.0%)	2(3.5%)
Estar internada	2(3.0%)	0(0%)
Problemas con la pareja	0(0%)	3(5.3%)
El trabajo	0(0%)	1(1.8%)

Nota: EHE= Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; ES= Embarazo Sano

En lo que se refiere a la descripción de relación de pareja las mujeres embarazadas del grupo EHE calificaron la relación mayoritariamente como “buena” 33(54.1%), seguida de “muy buena” 8(13.1%) en comparación con las del grupo de ES, aunque las participantes para este grupo también obtuvieron mayor número de frecuencias para describir su relación de pareja como “buena” 26(48.1%), se registraron en su mayoría más casos para “conflictiva” 7(13.0%), “normal” 7(13.0%) y “mala” 5(9.3%), en comparación con las participantes del primer grupo. Las frecuencias para cada grupo se muestran en la tabla 20.

Tabla 20
Frecuencias y porcentajes de la descripción de pareja en el grupo EHE y ES

Pareja	EHE (n=66) <i>f(%)</i>	ES(n=58) <i>f(%)</i>
Buena	33(54.1%)	26(48.1%)
Muy Buena	8(13.1%)	3(5.6%)
Conflictiva	5(8.2%)	7(13.0%)
Normal	4(6.6%)	7(13.0%)
Mala	4(6.6%)	5(9.3%)
Bonita	4(6.6%)	3(5.6%)
Estable	3(4.9%)	3(5.6%)

Nota: EHE= Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; ES= Embarazo Sano.

En cuanto al hecho de si las participantes deseaban el embarazo actual, se registró un mayor número de mujeres con EHE que “sí” deseaban el embarazo con 50(75.8%), en comparación con las mujeres del grupo de ES 37(63.8%), en cambio aquellas mujeres que señalaron “no” desear el embarazo fue mayor en el grupo ES 21(36.2%) en comparación con las participantes del grupo de EHE 16(24.2%). En este caso también se realizó una X^2 por homogeneidad con el fin de identificar si había diferencias entre los grupos de EHE y ES sobre el deseo del embarazo actual, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($X^2 = 2.111$ $p=.146 > 0.05$, gl 1). Los datos de frecuencias y porcentajes de deseo del embarazo se observan en la tabla 21.

Tabla 21
Frecuencia y porcentaje del deseo de embarazo en el grupo de EHE y ES

	EHE (n=66)	ES (n=58)
Deseo de embarazo actual	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
Deseo		
Si	50(75.8%)	37(63.8%)
No	16(24.2%)	21(36.2%)

Nota: EHE= Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; ES= Embarazo Sano.

Las participantes también señalaron los motivos principales por los cuales se encontraban embarazadas, siendo que para el grupo de EHE, se obtuvo un mayor número de frecuencias en “deseaba tener un/otro hijo” 24(36.4%), seguido de “fue planeado el embarazo” 9(13.6%), “por amor a la pareja” 5(7.6%), “para formar una familia” 4(6.1%), “por la enfermedad” 3(4.5%), “es parte de la realización de una mujer” 2(3.0%) y “para no quedarse sola” 1(1.5%), estos casos resultaron tener mayor frecuencia a comparación del grupo ES, en cambio para el grupo de ES resultaron ser más elevados los casos para “no fue planeado el embarazo” 18(32.7%), “por la edad” 5(9.1%), y “su hijo quería tener otro hermanito” 3(5.5%) que en el grupo de EHE, en ambos presentaron el mismo número de casos para “problemas con la familia”, para una mejor apreciación de los datos se puede observar la tabla 22.

Tabla 22
Frecuencias y porcentajes para los principales motivaciones de desear el embarazo en el grupo

	EHE y ES	
Motivaciones	EHE (n=66)	ES(n=58)
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
Deseaba tener un/otro hijo	24(36.4%)	14(25.5%)
No fue planeado el embarazo	14(21.2%)	18(32.7%)
Fue planeado el embarazo	9(13.6%)	8(14.5%)
Por amor a la pareja	5(7.6%)	2(3.6%)
Para formar una familia	4(6.1%)	3(5.5%)
Por la enfermedad^a	3(4.5%)	0(0%)
Su hijo quería tener otro hermanito	2(3.0%)	3(5.5%)

Es parte de la realización de una mujer	2(3.0%)	1(1.8%)
Por la edad^b	1(1.5%)	5(9.1%)
Problemas con la familia	1(1.5%)	1(1.8%)
Para no quedarse sola	1(1.5%)	0(0%)

Nota: EHE= Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; ES= Embarazo Sano.

^a En este rubro las participantes aludían al hecho de que por la enfermedad probablemente sería su único o último embarazo. ^b Las participantes indicaban que se encontraban a una edad adecuada para ser madres.

El número de frecuencias en cuanto a las respuestas dadas para el motivo del embarazo se ilustra en la figura 4.

Figura 4

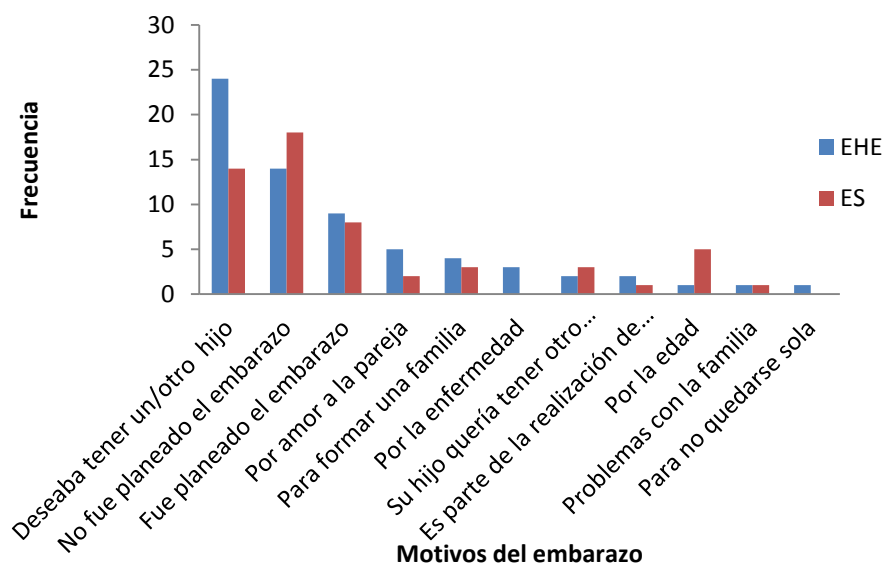


Figura 4. Frecuencias de mujeres del grupo EHE(n= 66) y ES (n=58) en cuanto a los motivos del embarazo.

6.4 Principales factores de riesgo y protectores en la adaptación psicosocial del embarazo

6.4.1 Factores de riesgo para el embarazo en la adaptación psicosocial del embarazo.

Se efectuaron comparaciones de grupos mediante la prueba t de Student, con la intención de comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre aquellas mujeres embarazadas que indicaron presentar algún elemento de riesgo para la salud, y de aquellas que refirieron no presentarlo; esto para el caso de estrés percibido, consumo de café, alcohol, fumar, fumadora pasiva y drogas.

En la tabla 23, se muestra la comparación para el estrés percibido por las pacientes tanto del grupo EHE como del grupo de ES, se observa que existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total del PSQ de las mujeres que indicaron no presentar estrés al momento de la evaluación en contraste con las participantes que señalaron si presentar estrés, sin embargo esta diferencia solo se registró en la calificación total $t_{118.905gl} = -2.33$ $p < 0.05$, ya que por áreas no se encontraron diferencias significativas.

Tabla 23
Diferencias entre las medias del grupo EHE y ES que indicaron presentar estrés y no presentar estrés en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma

Área	Estrés (n=66)		No Estrés (n=55)		t	p
	M	DE	M	DE		
Puntaje total de PSQ	141.38	24.94	150.95	20.17	-2.332	.021*
Relación con la pareja	35.05	11.68	38.89	12.26	-1.762	.081
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	26.71	9.05	29.15	10.41	-1.375	.172
Relación con la madre	29.14	8.36	30.82	8.00	-1.123	.264
Identificación con el rol materno	32.92	4.98	33.98	3.46	-1.328	.187
Preparación al parto	17.56	4.63	18.11	4.16	-.679	.499

Nota: PSQ= Cuestionario de Evaluación Pre-Natal [Prenatal Self- Evaluation Questionnaire].

* $p < .05$.

En cuanto al consumo de café, se observa en la tabla 24 que únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el área de preparación al parto $t_{72.102gl} = -2.32$ $p < 0.05$ y relación de pareja $t_{122gl} = 1.93$ $p = 0.05$, entre aquellas mujeres que revelaron consumir café y aquellas que no consumían café, pero en el resto de las áreas y en el puntaje total del cuestionario no se hallaron diferencias significativas. También se puede observar que hay una mayor puntuación para las mujeres que toman café en la relación de pareja, lo cual señala una mejor cercanía y comunicación sobre el futuro bebé y embarazo; por el contrario existe una

menor puntuación en preparación al parto lo cual indica una escasez de información sobre cuestiones prácticas que facilitan el momento del parto.

Tabla 24
Diferencias entre mujeres EHE y ES que indicaron consumir café y no consumir café en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma

Área	Café (n=92)		No Café (n=32)		t	p
	M	DE	M	DE		
Puntaje total de PSQ	146.30	23.47	145.41	23.26	.187	.852
Relación con la pareja	38.16	11.51	33.47	12.72	1.932	.050*
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	27.29	9.83	29.44	9.87	-1.061	.291
Relación con la madre	30.15	7.90	29.44	8.88	.427	.670
Identificación con el rol materno	33.30	4.27	33.88	4.54	-.640	.524
Preparación al parto	17.39	4.62	19.19	3.41	-2.326	.023*

Nota: PSQ= Cuestionario de Evaluación Pre-Natal [Prenatal Self- Evaluation Questionnaire].

* $p < .05$.

Para el caso de uso de alcohol, fumar y fumadora pasiva, no se encontraron diferencias entre las participantes que señalaron “sí” consumir y “no” consumir alguna de estas sustancias, ya que la comparación de medias y el nivel de significancia resultó ser mayor a .05 para los cuatro casos en el puntaje total del PSQ y en cada una de las áreas que conforman el cuestionario. Los resultados para alcohol se muestran en la tabla 25, fumar en la tabla 26, y fumadora pasiva en la tabla 27.

Tabla 25
Diferencias entre mujeres EHE y ES que indicaron consumir alcohol y no consumir alcohol en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma

Área	Alcohol (n=56)		No Alcohol (n=68)		t	p
	M	DE	M	DE		
Puntaje total de PSQ	149.98	21.58	142.85	24.36	1.706	.090
Relación con la pareja	39.11	11.59	35.18	12.06	1.838	.069

Preocupación por el bienestar propio y del bebé	27.82	9.12	27.89	10.47	-.026	.979
Relación con la madre	30.84	7.15	29.25	8.84	1.083	.289
Identificación con el rol materno	33.95	3.61	33.04	4.84	-1.070	.289
Preparación al parto	18.27	3.91	17.51	4.77	.948	.345

Nota: PSQ= Cuestionario de Evaluación Pre-Natal [Prenatal Self- Evaluation Questionnaire].

* $p < .05$.

Tabla 26

Diferencias entre mujeres EHE y ES que indicaron fumar y no fumar en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma

Área	Fumar (n=45)		No Fumar (n=69)		t	p
	M	DE	M	DE		
Puntaje total de PSQ	143.89	25.29	147.32	22.20	-.785	.434
Relación con la pareja	35.78	11.38	37.62	12.31	-.823	.412
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	26.84	9.93	28.42	9.81	-.854	.395
Relación con la madre	29.58	8.77	30.19	7.79	-.402	.689
Identificación con el rol materno	33.18	4.73	33.61	4.11	-.529	.598
Preparación al parto	18.51	3.93	17.48	4.63	1.256	.212

Nota: PSQ= Cuestionario de Evaluación Pre-Natal [Prenatal Self- Evaluation Questionnaire].

* $p < .05$.

Tabla 27

Diferencias entre mujeres EHE y ES que indicaron ser fumadora pasiva y no fumadora pasiva en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma

Área	Fumadora pasiva (n=43)		No Fumadora pasiva (n=80)		t	p
	M	DE	M	DE		
Puntaje total de PSQ	141.51	24.89	148.46	22.37	-1.579	.117
Relación con la pareja	34.84	11.83	38.00	12.01	-1.399	.164

Preocupación por el bienestar propio y del bebé	26.67	10.70	28.59	9.37	-1.027	.307
Relación con la madre	30.30	7.82	29.73	8.37	.373	.710
Identificación con el rol materno	33.77	5.74	33.79	3.35	-1.070	.289
Preparación al parto	16.93	4.20	18.36	4.47	-1.728	.087

Nota: PSQ= Cuestionario de Evaluación Pre-Natal [Prenatal Self- Evaluation Questionnaire].

* $p < .05$.

Debido que el grupo de las participantes que señaló haber consumido droga alguna vez en su vida fue solo de 12 sujetos, se aparearon en cuanto a variables sociodemográficas, como el estado civil, ocupación, nivel de educación, y el diagnóstico, es decir, si padecían alguna EHE o no presentaban ninguna enfermedad. Para este caso se aplicó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov- Smirnov, resultando no ser significativa para lo que se decidió realizar comparación de grupos por t de Student, los resultados para drogas se muestran en la tabla 28.

Tabla 28
Diferencias entre mujeres EHE y ES que indicaron consumir drogas y no consumir drogas en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma

Área	Drogas (n=12)		No Drogas (n=12)		T	p
	M	DE	M	DE		
Puntaje total de PSQ	150.58	22.94	150.50	23.46	.009	.993
Relación con la pareja	38.50	9.60	43.75	3.38	-1.785	.093
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	31.00	12.31	25.75	9.80	1.155	.260
Relación con la madre	29.67	9.88	28.33	8.96	.346	.777
Identificación con el rol materno	33.25	2.80	34.17	3.18	-.749	.462
Preparación al parto	18.17	5.93	18.50	5.31	-.145	.886

Nota: PSQ= Cuestionario de Evaluación Pre-Natal [Prenatal Self- Evaluation Questionnaire].

* $p < .05$

6.4.2 Factores de protección para el embarazo en la adaptación psicosocial del embarazo.

En cuanto a los factores de protección para el embarazo también se realizaron comparaciones de grupos mediante la prueba t de Student con la finalidad de comprobar posibles diferencias estadísticamente significativas entre aquellas mujeres embarazadas que indicaron realizar ejercicio, así como también para la cuestión de que la pareja fue la misma en todos los embarazos contando el actual, esto en comparación de aquellas participantes que señalaron no contar con ninguno de estos factores de protección. Para el caso de contar con el apoyo social (familia y amigos), el apoyo de la pareja, y el no tener pareja actual, debido a que eran grupos pequeños se aparearon los datos entre ellos teniendo en cuenta el diagnóstico, y variables sociodemográficas como nivel de educación y ocupación; se aplicó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov- Smirnov para cada caso resultando un nivel de significancia mayor a 0.05 para cada una, y al no haber resultado significativa se prosiguió aplicar t de Students para las comparaciones correspondientes. Para realizar este análisis se tomaron en conjunto los datos del grupo EHE y ES.

En primer instancia se muestra en la tabla 29 las diferencias encontradas entre las mujeres embarazadas que manifestaron realizar ejercicio en comparación con las participantes embarazadas que indicaron no realizar ninguna actividad física, se observan diferencias en cuanto al puntaje total del cuestionario PSQ $t_{122gl} = 2.68$ $p < 0.05$, en la relación de pareja $t_{98,703gl} = 3.05$ $p < 0.05$ y en la preparación al parto $t_{122gl} = 2.20$ $p < 0.05$, situándose con mayor puntuación en las embarazadas que indicaron realizar ejercicio, reflejando una mejor adaptación psicosocial al embarazo, en las áreas restantes no se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 29
Diferencias entre mujeres EHE y ES que indicaron realizar ejercicio y no realizar ejercicio en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma

Área	Ejercicio (n=68)		No Ejercicio (n=56)		t	p
	M	DE	M	DE		
Puntaje total de PSQ	151.04	22.64	140.04	22.91	2.680	.008*
Relación con la pareja	39.91	9.81	33.36	13.37	3.052	.003*
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	29.15	9.45	26.27	10.16	1.631	.106

Relación con la madre	29.59	8.43	30.43	7.81	-.571	.569
Identificación con el rol materno	33.76	4.46	33.07	4.17	.885	.378
Preparación al parto	18.63	4.49	16.91	4.13	2.201	.030*

Nota: PSQ= Cuestionario de Evaluación Pre-Natal [Prenatal Self- Evaluation Questionnaire].

* $p < .05$.

En la tabla 30, se muestran los resultados obtenidos de la comparación entre las mujeres embarazadas que indicaron que su pareja actual fue la misma que en los embarazos anteriores, y las mujeres embarazadas que señalaron que su pareja actual no fue la misma que en los embarazos anteriores; se observa que existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total del cuestionario PSQ $t_{36.564gl} = 2.49$ $p < 0.05$ y en el área de preocupación por el bienestar propio y del bebé $t_{114gl} = 3.04$ $p < 0.05$. Se puede observar a modo general, que existe mayor adaptación psicosocial en las mujeres que conservan la misma pareja en todos sus embarazos, así como, presentan menos preocupaciones, angustias y temores, en cuanto a las posibles complicaciones del periodo gestacional.

Tabla 30

Diferencias entre mujeres EHE y ES que indicaron tener la misma pareja y no tener la misma pareja en todos los embarazos en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma

Área	Misma pareja (n=88)		No Misma Pareja (n=28)		t	p
	M	DE	M	DE		
Puntaje total de PSQ	150.56	20.39	136.29	27.99	2.495	.017*
Relación con la pareja	38.45	11.23	35.11	13.22	1.208	.234
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	29.28	9.54	22.96	9.64	3.045	.003*
Relación con la madre	30.49	8.07	28.50	9.23	1.096	.276
Identificación con el rol materno	34.19	3.09	31.86	6.19	1.921	.064
Preparación al parto	18.14	4.11	17.86	4.75	.301	.764

Nota: PSQ= Cuestionario de Evaluación Pre-Natal [Prenatal Self- Evaluation Questionnaire].

* $p < .05$

En la tabla 31 se observa la comparación entre los grupos de mujeres que señalaron recibir apoyo social de sus familiares y amigos cercanos en comparación de aquellas embarazadas que indicaron no recibirlo, se encontró que a pesar de que no existen diferencias estadísticamente significativas entre cada área del cuestionario ni en la sumatoria total, las puntuaciones para las mujeres que reciben apoyo por parte de sus amigos y familiares es mayor que las embarazadas que no cuentan con ningún apoyo.

Tabla 31
Diferencias entre mujeres EHE y ES que indicaron tener apoyo social y no tener apoyo social en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma

Área	Apoyo Social (n=5)		No Apoyo Social (n=5)		t	p
	M	DE	M	DE		
Puntaje total de PSQ	148.40	27.00	118.40	34.58	1.529	.165
Relación con la pareja	39.20	10.80	30.00	12.80	1.228	.254
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	25.20	13.95	22.80	9.28	.320	.757
Relación con la madre	30.80	6.68	21.40	13.63	1.384	.217
Identificación con el rol materno	34.20	1.78	28.60	9.23	1.331	.249
Preparación al parto	19.00	2.34	15.60	5.36	1.298	.230

Nota: PSQ= Cuestionario de Evaluación Pre-Natal [Prenatal Self- Evaluation Questionnaire].

* $p < .05$.

En la tabla 32 se observa que existen diferencias estadísticamente significativas en el área de relación de pareja $t_{30gl} = 3.65$ $p < 0.05$, y aunque en las demás no hay diferencias estadísticas se observa una mayor puntuación para aquellas mujeres embarazadas que indicaron contar con el apoyo de pareja en comparación de aquellas que indicaron no contar con el apoyo de pareja, a excepción del área de relación con la madre que resultó ser menor en las mujeres que reciben apoyo por parte de su pareja, lo cual indica menor cercanía y comunicación en cuanto a la comprensión e interés del embarazo en la relación madre-hija.

Tabla 32
Diferencias entre mujeres EHE y ES que indicaron tener apoyo de la pareja y no tener apoyo de la pareja en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma

Área	Apoyo Pareja (n=16)		No Apoyo Pareja (n=16)		t	p
	M	DE	M	DE		
Puntaje total de PSQ	147.31	31.69	132.56	20.34	1.566	.128
Relación con la pareja	36.69	11.47	22.06	11.16	3.654	.001*
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	31.56	12.53	31.31	10.87	.060	.952
Relación con la madre	27.31	12.31	29.06	5.07	-.526	.605
Identificación con el rol materno	33.06	4.72	33.00	3.93	.041	.968
Preparación al parto	18.69	4.82	17.13	4.16	.981	.335

Nota: PSQ= Cuestionario de Evaluación Pre-Natal [Prenatal Self- Evaluation Questionnaire].

* $p < .05$.

En la tabla 33, se muestran los resultados de la comparación de medias en las participantes que tenían actualmente pareja y las que no contaban con su pareja al momento del embarazo, en ella se puede observar que existen diferencias estadísticamente significativas únicamente en la relación de pareja $t_{24gl} = 3.90$ $p < 0.05$. A pesar de que no resultaron ser significativas las áreas de preocupación por el bienestar propio y del bebé y la relación con la madre obtuvieron mayor puntuación las mujeres embarazadas que no tienen pareja, esto señala menores preocupaciones y temores sobre el embarazo y mejor comunicación, empatía y cercanía con la madre. Por el contrario resulto ser mayor la puntuación de preparación al parto en las mujeres con pareja.

Tabla 33
Diferencias entre mujeres EHE y ES que indicaron tener pareja y no tener pareja en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma

Área	Con Pareja (n=13)		Sin Pareja (n=13)		t	p
	M	DE	M	DE		
Puntaje total de PSQ	146.69	30.22	138.38	21.43	.808	.427
Relación con la pareja	39.38	7.30	22.38	13.87	3.909	.001*

Preocupación por el bienestar propio y del bebé	28.08	12.57	34.77	8.20	-1.606	.121
Relación con la madre	26.62	11.36	31.08	4.17	-1.328	.204
Identificación con el rol materno	33.62	4.01	32.54	5.60	.563	.578
Preparación al parto	19.00	5.44	17.62	3.96	.741	.466

Nota: PSQ= Cuestionario de Evaluación Pre-Natal [Prenatal Self- Evaluation Questionnaire].

* $p < .05$

6.5 Condiciones propias del embarazo (EHE y ES) en la adaptación psicosocial del embarazo

En lo que se refiere a cuestiones propias del embarazo se realizaron comparaciones de medias con prueba t de Student entre aquellas que fueron mujeres primíparas en comparación de las mujeres múltiparas, así como también en las participantes que indicaron haber presentado complicaciones en embarazos anteriores en comparación con las mujeres embarazadas que no manifestaron haber tenido complicaciones, y por último en aquellas participantes que señalaron que deseaban el embarazo actual de las que no lo deseaban.

En la tabla 34, se observa que existen diferencias estadísticamente significativas únicamente en las áreas de relación con la madre $t_{121.996gl} = 2.49$ $p < 0.05$ y preparación al parto $t_{122gl} = -2.08$ $p < 0.05$, en aquellas mujeres que revelaron su embarazo actual como primero de aquellas mujeres que indicaron que su embarazo no era el primero. En estos resultados se muestra que hay una mayor puntuación para las mujeres con su primer embarazo en el área de relación con la madre, lo cual refiere una mayor cercanía, apoyo, comunicación y empatía sobre el embarazo como madre-hija, mientras que para el área de preparación al parto las que indicaron que no era su primer embarazo se encuentran mejor informadas sobre lo que les espera al momento de dar a luz. Cabe señalar que aunque no fue estadísticamente significativo las mujeres que son primigestas mostraron mayor puntuación en la adaptabilidad psicosocial al embarazo que las multigestas.

Tabla 34
Diferencias entre mujeres EHE y ES que indicaron primer embarazo y no primer embarazo en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma

Área	Primer embarazo (n=51)		No Primer embarazo (n=73)		t	p
	M	DE	M	DE		
Puntaje total de PSQ	147.90	20.35	144.79	25.26	.728	.468
Relación con la pareja	36.20	13.28	37.48	11.02	-.586	.559
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	29.18	8.79	26.92	10.48	1.299	.196
Relación con la madre	31.98	6.29	28.56	8.98	2.492	.014*
Identificación con el rol materno	33.67	3.51	33.30	4.84	.460	.365
Preparación al parto	16.88	4.25	18.53	4.40	-2.084	.039*

Nota: PSQ= Cuestionario de Evaluación Pre-Natal [Prenatal Self- Evaluation Questionnaire].

* $p < .05$.

En la tabla 35, se muestran las diferencias entre las participantes que presentaron y no presentaron alguna complicación en sus embarazos anteriores, en donde se observa que resultaron con diferencias estadísticamente significativas el área de relación de pareja $t_{120,136} = 2.20$ $p < 0.05$ y aceptación e identificación con el rol materno $t_{120,837} = 2.24$ $p < 0.05$. Se observa que las mujeres que presentaron alguna complicación en sus embarazos anteriores obtuvieron puntuaciones mayores lo que señala, que estas tienen más comunicación y apoyo por parte de la pareja, así como, disfrutan y aceptan más del embarazo, se sienten feliz por el bebé que esperan y tienen mayor aceptación por el ser madre; además de que se muestra una mayor adaptación al embarazo, en comparación con las que no tuvieron complicaciones con anterioridad en sus embarazos.

Tabla 35
Diferencias entre mujeres EHE y ES que presentaron y no presentaron complicaciones en embarazos anteriores en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma

Área	Complicaciones anteriores (n=48)		No Complicaciones anteriores (n=75)		t	p
	M	DE	M	DE		
Puntaje total de PSQ	150.94	22.48	142.97	23.63	1.858	.066

Relación con la pareja	39.60	9.20	35.15	13.24	2.200	.030*
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	28.46	10.68	27.64	9.26	.450	.654
Relación con la madre	29.77	7.71	30.01	8.46	-.160	.873
Identificación con el rol materno	34.46	3.21	32.83	4.85	2.241	.027*
Preparación al parto	18.65	4.25	17.35	4.48	1.600	.112

Nota: PSQ= Cuestionario de Evaluación Pre-Natal [Prenatal Self- Evaluation Questionnaire].

* $p < .05$.

Para el caso de las participantes que manifestaron el deseo por el embarazo actual en comparación de aquellas que refirieron no desearlo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias en las puntuaciones para el puntaje total de PSQ $t_{122gl} = 3.22$ $p < 0.05$ y en el área de aceptación e identificación con el rol materno $t_{40.308gl} = 3.45$ $p < 0.05$. Los resultados de esta comparación se muestran en la tabla 36. A manera general se observa que en las mujeres que desean el embarazo, existe una mejor adaptación psicosocial.

Tabla 36
Diferencias entre mujeres EHE y ES que desearon y no desearon el embarazo actual en puntaje total del PSQ y en cada área que lo conforma

Área	Deseo del embarazo (n=87)		No Deseo del embarazo (n=37)		t	p
	M	DE	M	DE		
Puntaje total de PSQ	150.32	21.04	136.08	25.59	3.227	.002*
Relación con la pareja	38.16	11.63	34.11	12.42	1.740	.080
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	28.62	9.80	26.03	9.83	1.346	.181
Relación con la madre	30.85	7.61	27.89	9.02	1.872	.064
Identificación con el rol materno	34.56	2.37	30.84	6.38	3.450	.001*
Preparación al parto	18.13	4.28	17.22	4.66	1.054	.294

Nota: PSQ= Cuestionario de Evaluación Pre-Natal [Prenatal Self- Evaluation Questionnaire].

* $p < .05$.

Capítulo 7

Discusión y Conclusión

El objetivo principal de esta investigación fue analizar si existen diferencias en la adaptación psicosocial al embarazo en mujeres mexicanas embarazadas con enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE) y mujeres embarazadas sanas (ES). Los resultados indican que no hay diferencias significativas entre las embarazadas con EHE y ES; lo que podría significar que el hecho de que una mujer embarazada tenga o no EHE, no es una variable que esté relacionada con la adaptación psicosocial al embarazo. Con los datos obtenidos se encontró que en ambos grupos existe una tendencia a presentar buena adaptación psicosocial, así como, sus áreas que la conforman

De acuerdo a lo esperado con la literatura, donde se señala que una mujer tiene más predisposición a padecer una enfermedad crónica si presenta menores recursos de tipo psicosocial, no concuerda con los datos encontrados en esta investigación (Alvarado et al., 2002; Leeners et al., 2009; Leifheit- Limson et al., 2010; Low et al., 2010; McCue et al., 1997; Rozanski et al., 1999). Lo cual podría estar indicando que el elemento enfermedad, en este caso la hipertensión, pudiera no estar interfiriendo en la adaptación de las mujeres para su embarazo, y más bien son otros elementos los que se encuentran implicados en la adaptación psicosocial al embarazo.

Se observó que las mujeres del grupo de EHE obtuvieron una mayor puntuación para relación con la pareja y relación con la madre, lo cual habla de que persisten de forma más constante las relaciones afectivas, apoyo y comunicación, en especial durante el embarazo (Chin et al., 2011; German & Sánchez, 2004; Gómez & Amilivia, 1985; González, 1999; Lederman & Weis, 2009; Rodríguez et al. 2004; Sebastiani & Raffo, 2004); por lo contrario las mujeres del grupo ES obtuvieron una puntuación superior en las áreas de preparación al parto, y preocupación por el bienestar propio y del bebé, lo cual señala que están más informadas sobre cosas prácticas que pudieran ayudar a manejar sus miedos y preocupaciones sobre el embarazo (Gómez & Amilivia, 1985; Jay, 2010; Lederman & Weis, 2009; Payne, 2001; Rodríguez et al. 2004; Schachman et al., 2004; Stepp & Smith, 2003; Van den Bussche et al., 2007). En cuanto a la aceptación e identificación con el rol materno fueron muy similares las puntuaciones, lo que quizá indique que el hecho de estar ilusionada y contenta con el bebé que esperan tiene que ver más con una

situación cultural y tal vez con la condición natural humana de la mujer, ya que casi todas las mujeres puntuaron en cifras similares (Aiscar, 2005; Ambriz, 2005; Armengol et al., 2007; Blaffer, 1999; Lederman & Weis, 2009; Sáez, 1999).

Para poder realizar las mediciones y comparaciones pertinentes entre grupos, se efectuaron evaluaciones mediante el cuestionario Evaluación Pre- Natal (PSQ), que si bien, no fue construido en México, los resultados en cuanto a sus propiedades psicométricas mostraron tener un apego similar al constructo original de la teoría del que fue creado, demostrando así su validez de constructo al igual que una buena consistencia interna. A pesar de que se desintegró un factor “adaptación al embarazo” del cuestionario original, ya que de acuerdo con los análisis estadísticos y con los lineamientos acordados para conformarse como un factor, no cumplió con los requisitos necesarios para consolidarse como tal un área dentro del PSQ en esta investigación, sin embargo dos de los reactivos de este elemento pasaron a formar parte del factor “identificación con el rol materno”, lo cual como mencionan las autoras Lederman y Weis (2009) acerca de que estas dos áreas suelen relacionarse entre sí, dado que el aceptar el embarazo y todos los cambios a nivel físico, psicológico y social, da lugar a que se dé pauta para iniciar el proceso de maternidad el cual permite a la mujer ir adquiriendo cualidades de lo que es “ser madre” en todos los sentidos emocional, social y económico, y esto a su vez le permite interactuar de manera temprana con el hijo (Armengol et al., 2007). En cuanto a lo que resta de los demás factores como son la relación con la pareja, preocupación por el bienestar propio y del bebé, relación con la madre y preparación al parto, se pudo observar que estas áreas conservan su base teórica; estos datos permiten señalar que a pesar de provenir de otra cultura y de haber sido aplicado con otro tipo de población, el cuestionario demostró adaptarse a grupos de población mexicana, mismo que puede estar indicando la importancia de las relaciones sociales cercanas, el conocimiento sobre lo que beneficia o afecta al embarazo, el proceso cultural de identificarse como madre dentro de un sistema social, así como los miedos, las preocupaciones y los temores sobre el embarazo, son comunes casi en cualquier mujer gestante, por lo menos en mujeres americanas, afro-americanas, hispanas, españolas y ahora mexicanas (Aiscar, 2005; Armengol et al., 2007; Díaz et al., 1999; Germain & Sánchez, 2004; Lederman & Weis, 2009; Lindemann & Ortemberg, 2005). Estos hallazgos permiten corroborar que el cuestionario de Evaluación Pre- Natal (PSQ) permitió medir con buena validez de constructo y confiabilidad interna lo que fue la adaptación psicosocial al embarazo en grupos de población mexicana.

Debido a que en estos grupos de mujeres mexicanas que padecían alguna enfermedad hipertensiva durante el embarazo y mujeres que no presentaban ninguna enfermedad no se encontraron diferencias significativas sobre el factor adaptación psicosocial al embarazo, se discuten a continuación los posibles elementos que interactúan de manera positiva o negativa en la adaptación al embarazo, para las mujeres participantes de este estudio.

Ambos grupos de mujeres pertenecían a un nivel socioeconómico medio-bajo procedentes en su mayoría de la vida urbana. Si bien para el grupo de mujeres con enfermedades hipertensivas del embarazo se encontró que, son personas que tienen un mayor grado educativo a nivel licenciatura, se hallaban en su tercer trimestre de gestación, de mayor edad, y al menos un antecedente familiar con alguna enfermedad crónica en su mayoría hipertensión y diabetes, siendo el pariente de primer grado más frecuente la madre, así mismo presentaron más complicaciones de salud en embarazos anteriores; en cuanto aquellas mujeres que llevaban un embarazo sano, por su parte se encontraban en su segundo trimestre de gestación y con un nivel educativo inferior que el de una mujer con EHE. Siendo así que de acuerdo con autores como Torres et al. (2009); Ness et al. (2003); Pacheco-Rojas y Angulo- Ibarra (2009), las mujeres del grupo de EHE presentaron más antecedentes familiares con alguna enfermedad crónica degenerativa, en especial la hipertensión y la diabetes, lo que deja en claro que el factor genético es importante para el desarrollo de la enfermedad.

En los dos grupos de mujeres se encontró que se dedicaban al hogar y estaban actualmente casadas, no era su primer embarazo, y en su mayoría con la misma pareja en todos los embarazos, sin embargo había un mayor porcentaje de mujeres del grupo de EHE que aparte de dedicarse a los cuidados de la casa también trabajaban, esto en comparación con las de ES. Además como otros autores lo manejan, estos factores son importantes para el proceso de desarrollo psicológico de la mujer embarazada, ya que pudieran favorecer los miedos que se tienen alrededor del embarazo (Germain & Sánchez, 2004).

Otros rasgos importantes que coinciden con estudios epidemiológicos reportados en Latinoamérica para las mujeres con hipertensión fueron el hecho de estar casadas, tener estudios de nivel superior, provenientes del área urbana y encontrarse en el tercer trimestre de gestación, dejando en claro que se comparten rasgos de la enfermedad a pesar de ser de otro país (Calderón et al., 1997; García et al., 2006; Terán et al., 2007). Sin embargo en estos grupos del presente estudio se difirió de lo declarado por Ruiz et al. (2008) en cuanto a los factores de riesgo para la

hipertensión en el embarazo, ya que en su mayoría las mujeres tanto EHE y ES no habían presentado cambio en la parentalidad ni era su primer embarazo.

Si bien, por otra parte también se exploraron los factores de riesgo y protección entre cada grupo de mujeres embarazadas, así mismo se analizaron si estos marcaban alguna diferencia en la adaptación psicosocial al embarazo. Siendo así, se encontró que para las condiciones higiénico- dietéticas de riesgo en las participantes existió mayor prevalencia en haber fumado antes del embarazo para las mujeres que no padecían ninguna enfermedad, indicando que las mujeres que presentan alguna enfermedad hipertensiva presentaban en menor grado este elemento lo cual se contrasta con lo manejado por la literatura en donde se señala que el hecho de tener el hábito de fumar influye para el riesgo de presentar alguna de las enfermedades hipertensivas del embarazo (De la Figueroa von Wichmann, 2009; Gropelli et al., 1992; Ness et al., 2003; Robinson & Cinciripini, 2006; Torres et al., 2009). Sin embargo, en otros estudios se resalta el hecho de que las mujeres que no fuman tienden a presentar mayores niveles de presión arterial diastólica en contraste con mujeres fumadoras, lo cual podría estar indicando que quizá pudiera existir una relación entre los niveles de presión arterial diastólica y el riesgo para presentar una enfermedad hipertensiva en el embarazo (Matkin et al., 1999), para lo cual sería importante considerarlo para futuras investigaciones.

En cuanto a lo que se refiere al consumo de alcohol, como algunos autores lo manejan aunque no resultó significativo en este estudio, existió una mayor prevalencia de su uso en las mujeres que padecen hipertensión que en aquellas que no presentan algún padecimiento durante su embarazo, lo cual reflejó ser altamente considerable como un factor de riesgo no solo para presentar la enfermedad ya que al existir un consumo prolongado y excesivo de esta sustancia contribuye al incremento de la presión arterial sistólica y diastólica; si no además de que también genera posibles consecuencias en el proceso de desarrollo natural del embarazo, ya que en el feto suele repercutir en alteraciones cardíacas, neuronales, problemas en el crecimiento y retraso mental (Divine, 2008; Estruch, 2009; Kaplan, 1985; Goldsland et al., 1998; Mukamal, 2006; Naish & Roberts, 2002). Para los demás factores de riesgo como ser fumadora pasiva, consumir drogas y café no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, ni hubo prevalencia de consumo de alguna de estas sustancias, pues la mayoría de las mujeres embarazadas tanto del grupo de EHE como del de ES, señalaron el haber estado expuesta en su vida en algunos de estos factores de forma similar.

En cuanto a los factores protectores, se encontró que existe una mayor prevalencia para el grupo de participantes con enfermedades hipertensivas del embarazo que practican algún tipo de ejercicio durante su periodo de gestación, así mismo son las que le dedican más tiempo en horas a la semana a esta actividad. En la literatura se relata que hacer ejercicio antes y durante el embarazo ayuda de gran forma a disminuir la presión arterial, la presión sanguínea, el colesterol, mejora el ajuste psicológico, y durante el embarazo reduce las molestias físicas propias de esta etapa, además de que mejora la respiración, la oxigenación, y la sensación de bienestar anímica (Garcés de los Fayos et al., 2002; Pire, 1989; Rey & Martínez, 2011; Sebastiani, 1994); esto podría estar indicando que estas mujeres probablemente al momento de la gestación se encuentran más sensibilizadas acerca de que, el ejercicio durante el embarazo es importante para su salud, y probablemente se cuiden más dado que el presentar un padecimiento de esta índole las coloca sobre aviso ante posibles complicaciones personales y para el futuro bebé.

Por su parte en cuanto al apoyo social recibido por parte de familiares, amigos y pareja en ambos grupos prevalece una buena red social, sin embargo las mujeres con hipertensión en el embarazo, denotan un mayor porcentaje de apoyo en comparación con las mujeres que tienen un embarazo sano. Esto podría explicarse a medida de que en algunas investigaciones se ha relatado que, el hecho de conocer a un pariente cercano dentro de la familia con alguna enfermedad crónica degenerativa, puede generar una mayor aproximación por parte de los parientes hacia el enfermo, de tal forma suelen presentar más apoyo de tipo afectivo, así como también puede aumentar la comunicación y la convivencia emocional. El brindar este tipo de apoyo a una persona que padece este tipo de enfermedades existe un menor riesgo de mortalidad, de padecer depresión, ansiedad, estrés y existe un mejor ajuste a la enfermedad, a la adaptación y demandas del embarazo (Bisschop et al., 2004; Cantú et al., 2011; Low et al., 2010; Pakenham et al., 1999; Persson et al., 2010; Reyes et al., 2010); se debe agregar también que contar con una red social amplia se encuentra asociado positivamente a la salud y el bienestar, y se puede llegar a lograr un mayor compromiso con la adherencia al tratamiento y el régimen médico (Bravo y Serrano- García, 1997). Se resalta que las mujeres con EHE y ES mencionan recibir más apoyo de tipo emocional e instrumental, lo cual indica que cuentan con al menos una persona cercana con quien hablar sobre sus preocupaciones y emociones relacionadas con el embarazo, así como con los recursos materiales como apoyo económico, y ayuda en los quehaceres diarios del hogar; sin embargo pocos casos en ES o ninguno para el caso del grupo EHE reportaron recibir ayuda de tipo informativa esto es, algún consejo u orientación sobre el embarazo; además de que las mujeres

con EHE mencionaron que las personas de las que recibían el principal apoyo era la pareja, seguida de la familia y madre, mientras que para el grupo de ES era la pareja y la madre quienes estaban más al pendiente del embarazo; lo cual pudiera indicar que al existir alguna enfermedad o complicación durante el embarazo la familia se preocupa por el bienestar y los cuidados de la futura madre en cuestión, previendo los recursos necesarios para evitar que deriven en complicaciones, esto se encuentra de forma similar en algunos estudios de embarazadas con enfermedades crónico degenerativa (Persson et al. ,2010; Pereira y Canavarró, 2009), en donde la ayuda por parte de la pareja y familiares en las tareas diarias disminuía la carga de trabajo y aumentaba la protección emocional que estas recibían, funcionaba como un factor protector en el ajuste al embarazo, además de que permitió a las mujeres sentirse más relajadas y con un mejor control de la situación. Esto resalta la importancia de contar con el apoyo de los familiares durante el embarazo, sobre todo si se presenta alguna enfermedad que pueda perjudicar la salud materno-infantil.

Por su parte las mujeres de este estudio que presentaron alguna enfermedad hipertensiva del embarazo señalaron que recibían más apoyo de estos familiares ya que eran con los que convivían diario y la mayor parte del tiempo, mientras que las mujeres que no presentaron ninguna complicación mencionaron que eran las personas que más les brindaban atención cariño y cuidado durante su embarazo. Una posible explicación a estos resultados es que a pesar de contar con mayor apoyo por parte de su red social, las mujeres con EHE posiblemente se encuentren insatisfechas con dicho apoyo que reciben, tal como Alvarado et al. (2002) mencionaron en su estudio, de que la mayoría de las pacientes que tienen una enfermedad en el embarazo no se encuentran del todo satisfechas con lo que reciben por parte de la familia, este puede ser un elemento a considerar para posibles investigaciones sobre el tema. Otra posible explicación se deriva del hecho de que la personalidad tipo A al tener características de tipo demandante e impaciencia (Sánchez, 2006), podría estar generando en las mujeres con EHE una exigencia del apoyo recibido en los familiares, esto también se podría corroborar en futuras investigaciones.

De acuerdo con los principales factores de riesgo y protectores del embarazo en ambos grupos de mujeres, y en lo encontrado en este estudio, se puede hacer referencia a que únicamente el factor de riesgo que resultó significativo para la adaptación psicosocial del embarazo, fue el tomar café pero solo en las áreas de preparación al parto y relación con la pareja,

ya que aquellas mujeres que señalaron no tomar café tuvieron mayor puntuación en la primera área , pero sucedió lo contrario en la relación de pareja ya que en este factor las mujeres que admitían tomar café tenían mayores puntuaciones. Esto se podría explicar mediante la cuestión de que aquellas mujeres que toman café, están poco informadas sobre los efectos que pueden tener en el parto, así como en las consecuencias que existen para el embarazo y en la elevación de la presión arterial que pudieran generarse con el consumo excesivo de esta sustancia, otra posible explicación, también podría deberse a los hábitos alimenticios que se tengan en la convivencia familiar y de pareja. Además como anteriormente se señaló para este estudio las mujeres cuentan con el apoyo emocional, pero no con el apoyo informativo por parte de los familiares lo cual pudiera verse reflejado en estas dos áreas, mismo que señala la importancia de educar no solo a la paciente sobre el problema en curso, sino también a los familiares cercanos con quien se convive diariamente y prestan mayor apoyo. Tal como señalan algunos autores acerca de adicionar en las intervenciones o en el tratamiento tradicional los factores psicosociales, en este caso el contexto familiar y social por el que se encuentre la mujer embarazada (Bravo & Serrano-García, 1997; Divine, 2008; Felip, 2009; Ickovics et al., 2011; Kaplan, 1985; Naish & Roberts, 2002; Stepp & Smith, 2003; Wazqar & Evans, 2012). De acuerdo a estos hallazgos, se resalta el hecho de sensibilizar a las mujeres ante las consecuencias a largo plazo por causa del exceso de consumo de alguna sustancia contraindicada en el embarazo, así como el aporte de la información adecuada por parte del personal de salud en su tratamiento, en especial para aquellas mujeres que padecen alguna enfermedad hipertensiva ya que esto pudiera complicar los efectos del padecimiento y del embarazo.

En cuanto a los factores protectores del embarazo se encontró que el ejercicio marca una pauta considerablemente significativa entre aquellas mujeres que no hacen ejercicio y aquellas que lo realizan durante el embarazo, ya que estas últimas manifiestan una mejor adaptación psicosocial al embarazo, que se ve reflejada en las áreas de relación con la pareja y la preparación al parto, esto podría indicar que probablemente exista una relación entre tener buena comunicación, atención, y ayuda por parte de la pareja en relación al hijo que esperan juntos, y que a su vez esto fomente el cuidado hacia la mujer y al proceso del embarazo, por su parte quizá las participantes que manifestaron realizar ejercicio, que en su mayoría pertenecen al grupo de EHE, estén mostrando mayor interés por el saberse informadas sobre los posibles riesgos y los beneficios del llevar un cuidado especial, sobre todo al momento de dar a luz (Lederman & Weis, 2009; Payne, 2001).

Por otra parte, en lo que representa al apoyo social recibido por parte de familiares y amigos se observó que, aunque no se mostraron diferencias significativas entre las embarazadas que manifestaron recibir apoyo de las que no, se registraron mayor puntajes para aquellas que contaban con alguna persona que les brindara apoyo, lo cual podría indicar que estas mujeres se sienten más satisfechas en cuanto a su relación de pareja, en la relación con la madre para lo que respecta al embarazo, mas informadas y preparadas para el parto, aceptan y se identifican mejor con el rol materno, así como se presentan menos temores, preocupación y angustia en referente a las posibles complicaciones del embarazo. Estos resultados se relacionan con los beneficios positivos encontrados en otros estudios acerca de recibir apoyo social como son una mejor calidad de la lactancia materna, un mejor ajuste materno y calidad de cuidados recibidos, reducción de eventos estresantes y un alto uso de estrategias para la preparación a la maternidad (Glazier et al., 2004; Li et al., 2008; Yali & Lobel, 2002).

En lo que se refiere a tener una pareja durante el embarazo y contar con su apoyo, se observó una mejor adaptación psicosocial al embarazo, buena relación de pareja y preparación al parto, sin embargo, estaban más presentes los temores y las preocupaciones en relación con el bienestar propio y del bebé, que aquellas embarazadas que no tenían pareja; estos resultados difieren de acuerdo con lo esperado en la literatura donde se menciona que el contar con la pareja disminuyen los posibles miedos y dudas acerca del embarazo (Germain y Sánchez, 2004; Lindemann y Ortemberg, 2005) posiblemente el hecho de que exista buena comunicación y empatía por parte de la pareja no tenga impacto directo con los propios temores, preocupaciones y angustias que la embarazada esté experimentando durante el periodo de embarazo, así mismo, el hecho de contar en menor grado con la disponibilidad de la madre, repercute en este mismo sentido la preocupación por el bienestar propio y del bebé. Por otra parte en otras investigaciones se reafirma la cuestión de que aquellas mujeres que presentan satisfacción en su relación de pareja presentan una mejor adaptación psicológica para la maternidad y en su estado afectivo en general, así como también propicia obtener buenos resultados al momento del nacimiento del bebé, de igual forma al provenir de una cultura mexicana se resalta el hecho de que tener pareja incrementa el apoyo brindado por la familia (Bernazzani et al., 1997; Fernández & Newby, 2010; Keeley et al., 2004).

Por su parte, las mujeres que indicaron no tener pareja mostraron una mayor puntuación en la relación con la madre y menor preocupación por las posibles complicaciones del parto;

probablemente esto se deba a que la mujer al saberse sola y sin apoyo de la pareja tiene la necesidad de buscar por si misma información, orientación y soluciones que le permita afrontar de manera adaptativa el desarrollo del embarazo. También esto puede sugerir que la embarazada al ser soltera, acuda con la propia madre para pedir apoyo y guía, lo cual fomenta que ésta comparta sus experiencias personales de los embarazos y reconozca a la hija como una futura madre, a su vez esto repercute en la seguridad emocional brindada por parte de la madre a la embarazada (Germán & Sánchez, 2004; Instituto Nacional de Perinatología, 2002; Lederman & Weis, 2009). Estos datos dan pauta para poder corroborarse en posteriores investigaciones.

Las mujeres que indicaron que su pareja actual era la misma para todos los embarazos presentaron una mejor adaptación al embarazo y menos intranquilidad por los posibles problemas que pudieran suscitarse en el transcurso del periodo de gestación, y en las demás áreas aunque no resultaron ser significativas se observó una mejor puntuación comparado con las mujeres que presentaban cambio en la parentalidad, quizá esto se deba a que como lo maneja la literatura de que el hombre y la mujer se enfrentan juntos ante nuevas exigencias biopsicosociales y que probablemente vaya en aumento de acuerdo al tiempo de conocerse y convivir juntos, además de que la duración del matrimonio incrementa la disposición para tener hijos (Moliner et al., 2007; Rodríguez et al., 2004). No obstante, en lo que se refiere a las mujeres con alguna EHE describieron su relación de pareja de forma más agradable y positiva que las mujeres que no tenían ninguna complicación, ya que estas últimas atribuyeron características negativas o desagradables a su relación de pareja.

El estrés por su parte, se ha vuelto una condición de vida para los habitantes del área urbana, que no solo deja de ser un factor de riesgo para presentar una enfermedad como la hipertensión arterial, sino también para generar posibles complicaciones en el embarazo; como algunos autores manejan (Naish & Roberts, 2002; Percells, 2010), en este estudio se vio reflejado en la adaptación psicosocial al embarazo, ya que aquellas mujeres tanto con EHE y ES que indicaron presentar estrés en el embarazo a diferencia de las que señalaron no presentar estrés manifestaron una menor adaptabilidad psicosocial mismo que se puede ver reflejado en sus relaciones sociales importantes, en las posibles preocupaciones, miedos e inquietudes en cuanto al proceso natural del embarazo, así como en sus sentimientos en torno a su relación madre-hijo.

A pesar de que la literatura señala que el presentar estrés durante el embarazo es un elemento importante para que se manifieste una elevación en la presión arterial, que pueda

desencadenar en cualquiera de las EHE (Sobrino, 2009; SSA, 2001; SSA, 2002; Weerth & Builetaar, 2005), en este estudio contrario a lo que estos autores manejan se encontró que no existen diferencias significativas entre la percepción del estrés en mujeres que tienen alguna EHE comparadas con aquellas que no presentan alguna enfermedad, lo cual podría estar indicando que el hecho de estar embarazada, representa una condición que por sí misma genera tensión y como consecuencia las mujeres se sienten estresadas, además de que probablemente, esto se deba a los diferentes cambios por los que tiene que lidiar una mujer que se encuentra en estado de gestación, tanto a nivel individual, familiar y del mismo contexto social al que se ve expuesta, generando una serie de demandas que obligan a la persona a adaptarse a los nuevos cambios, adquiriendo compromisos y responsabilidades cada vez más complejos para la propia mujer (Díaz et al., 1999; Gómez y Amilivia, 1986). La mayoría de las embarazadas de este estudio en ambos grupos, asociaron el estrés con demanda de actividades y cambios en el estado de ánimo, seguido de tensión y dolor, sin embargo, las mujeres con EHE difieren con las del grupo de ES en que el estrés está más asociado con el presentar una alta demanda de actividades, esto quizá tenga relación con el presentar más estudios y contar con un trabajo fuera de casa; mientras que las mujeres del grupo sano manifestaron que se debía a que tenían más problemas, lo que podría indicar que probablemente se vean forzadas a desarrollar más habilidades en solución de problemas, mismo que se podría corroborar en futuros estudios. Siendo así que, de acuerdo con la literatura el presentar cambios emocionales y sociales son propios del proceso de adaptación que toda mujer debe vivir ante la nueva situación de convertirse en madre (Lindemann y Ortemberg, 2005), pero que probablemente aún no logran identificar las mujeres del presente estudio, y que tal vez por este motivo no logran diferenciar entre los cambios que se viven dentro del desarrollo natural del embarazo, y los acontecimientos inoportunos que estén interfiriendo con su bienestar, como es el hecho de presentar una demanda de actividades durante el embarazo, mismo que pudiera llegar a desencadenar un estrés constante en la persona.

En cuanto a los momentos que generalmente han fungido como la principal fuente de estrés para cada grupo de mujeres, se observó que las embarazadas con alguna enfermedad hipertensiva señalaron el estar internada, el embarazo, problemas con los hijos, muerte o separación de algún familiar o amigo, y el exceso de trabajo, se muestran como los principales acontecimientos que les provocan en su mayoría estrés, estos datos obtenidos coinciden con lo señalado por McCue et al. (1997), ya que indica que cuando una persona se encuentra expuesta a este tipo de estresores llega a desencadenar elevación en la presión arterial. Mientras tanto, las

mujeres que no padecen de ninguna enfermedad también coinciden en cuanto al embarazo como motivo de estrés, pero también manifiestan que lo son la escuela y los problemas familiares. En los datos encontrados se observó una mayor prevalencia de eventos estresantes en las mujeres que presentan EHE, y algunos de ellos se relacionan con situaciones que poco pueden controlar las embarazadas como la muerte de un ser querido y el estar internada, esto comparado con las mujeres sanas que en su mayoría tienen más posibilidades de dar una solución activa a las circunstancias como son los problemas de familia y la escuela.

Para el caso del embarazo las mujeres del grupo ES atribuyen adjetivos más positivos como “bonito” mientras que las mujeres del grupo de EHE califican su embarazo como “complicado”, a su vez las mujeres embarazadas de ambos grupos indicaron que las principales causas de preocupación son el embarazo y el estado de salud del bebé; de forma independiente para el grupo ES se observó que los motivos de preocupación durante el periodo de gestación suelen ser la familia, los problemas con la pareja, la situación económica y el parto; mientras que las mujeres con EHE señalaron a los hijos, la familia, embarazo y parto, la salud personal y el estar internada, con esta información obtenida por el presente estudio se corrobora los datos que coinciden con otros autores para el caso de las mujeres con EHE, ya que los principales estresores suelen ser la preocupación por los días de estancia en el hospital, por los posibles resultados del embarazo y las secuelas que pueda tener el bebé, de dejar al cuidado de otros a los hijos, además de que se señala que el hecho de estar internadas y permanecer alejadas de su pareja incrementa el estrés (Leeners et al., 2008).

Con respecto al embarazo, se observó que la mayoría de las mujeres deseaban el embarazo, sin embargo aunque no resultó significativo es más sobresaliente en las gestantes del grupo de EHE, por el contrario aquellas que señalaron no desear el embarazo se situaban en su mayoría en el grupo ES. De modo que las mujeres con EHE indicaron desear el embarazo simplemente por tener un deseo interior de querer tener un hijo, pero también por condiciones que pueden estar remarcando una satisfacción de demanda externa como son el complacer a la pareja y el formar una familia; las mujeres del grupo ES señalaron que su embarazo no había sido planeado, pero que coincidían en que era una motivación propia por querer tener un hijo, además de que consideraban que se encontraban en la edad adecuada para ser madres. Si bien, estos hallazgos podrían tener relación con lo que otros autores manejan en estudios previos, donde relatan que las mujeres con alguna enfermedad hipertensiva en el embarazo consideran la llegada

del bebé como el sentido de su vida, así mismo, deseaban apegarse más a la maternidad y en el ser amas de casa después del parto, dejar el trabajo o en su defecto buscar un trabajo por horas, además de que son más tradicionales con el papel de madre y se tienden a apegan al rol de género femenino (Leeners et al., 2009). Otras posibles explicaciones se encuentran en que probablemente estas mujeres con hipertensión, aprendieron desde pequeñas de acuerdo a las condiciones socioculturales del medio, lo que una mujer tiene que llevar a cabo en su vida adulta referente a la maternidad (Aiscar, 2005; Ambriz, 2005; Everingham, 1997), centrándose en una ilusión por llegar a ser la madre ideal que cuenta con alguien a quien dar cariño, amor y ternura, pero que a su vez debe poseer las herramientas suficientes para conocer las necesidades de su hijo y como satisfacerlas (Everingham, 1997; Hays, 1998; Lederman & Weis, 2009; Sáez, 1999). Estos mismos resultados también se ven reflejados en el cuestionario PSQ, pues aquellas mujeres que desean el embarazo cuentan con una mejor adaptación psicosocial, aunque la única área que resultó significativa fue precisamente la aceptación e identificación con el rol materno, mismo que coincide con Molinero et al. (2007) en cuanto a aquellas mujeres que desean y planean su embarazo se encuentran más satisfechas y felices con su gestación, sin riesgo a que aparezcan sentimientos de arrepentimiento en algún momento del embarazo. Sin embargo, las mujeres del presente estudio que desearon el embarazo no presentaron mayores preocupaciones sobre la posibilidad de que el feto pudiera sufrir algún daño o alteración, tal como lo maneja este mismo autor. En cuanto a los cuidados prenatales en la cultura mexicana aquellas mujeres que desean el embarazo suelen ser más apoyadas por la familia, lo que aumenta el interés por adoptar una dieta más sana, así como también pensar en los cuidados personales y del futuro bebé, lo cual se ve reflejado en el grupo de EHE que presentan en su mayoría más cuidados preventivos en cuanto al desarrollo natural del embarazo (Baxley, 2001; Fernández & Newby, 2010).

En relación a las mujeres que mencionaron ser primigestas se encontró que, cuentan con mejor adaptación en relación con la madre pero no fue así para preparación al parto, ya que indican estar menos informadas que una mujer que ya tuvo embarazos previos, sin embargo se observó que mostraron menos preocupación y temores en cuanto a las complicaciones del embarazo; por su parte las mujeres que indicaron ser multíparas mostraron mayor preparación al parto esto es que cuentan con la información suficiente en cuanto a cuestiones prácticas al momento de dar a luz, así como una mejor comunicación y apoyo en lo referente al embarazo con su pareja. Estos datos apoyan lo señalado por algunos autores en estudios previos en cuanto a que las embarazadas que se encuentran en su primer embarazo reciben mayor orientación, aceptación

y afecto de sus madres, además de que tienden a recibir más apoyo de parte de sus familiares , probablemente esto se deba a que estas futuras mamás a su vez necesitan el apoyo de sus madres para identificarse y prepararse para el rol materno, pues suelen ser la principal fuente de información, experiencia y cumplen el papel de guía en el proceso de identificación materna de la mujer embarazada, además de que la madre resulta una fuente importante de cooperación en el cuidado del recién nacido (Fernández & Newby, 2010; González, 1999; Lederman & Weis, 2009; Oliveros- Pérez & López- España, 2010). Por el contrario los resultados de este estudio no concuerdan con los obtenidos por Van de Bussche et al. (2007), donde señala que las mujeres primigestas presentan mayores temores y preocupaciones en cuanto al embarazo, ya que en este caso ocurrió lo contrario, aunque estas indicaron encontrarse menos preparadas para el momento del parto.

Por lo que se refiere a las complicaciones sufridas en embarazos anteriores se encontró que, aunque únicamente resultaron ser significativas el área de relación de pareja y aceptación e identificación con el rol materno, se mostró una mejor adaptación en general al embarazo en mujeres que presentaron alguna complicación en embarazos anteriores; contrario a lo que González et al. (2009) encontraron en su estudio, donde mencionan que las mujeres que han tenido complicaciones como pérdida de gestación recurrente presentan una ambivalencia hacia la maternidad, ya que no se perciben merecedoras de ser madres. Estos resultados podrían señalar que existe una motivación mayor en la pareja por llegar a concebir un bebé sin que existan ya riesgos de por medio, al igual de que las mujeres que han presentado complicaciones graves en sus embarazos, tienen un ilusión mayor de poder llegar a ser madres y posiblemente estén mejor ajustadas a la maternidad tal como lo mencionan otros autores (Bernazzani et al., 1997). Sin embargo, en estas mujeres permanecen los temores en cuanto a las posibles complicaciones que pudieran existir en el embarazo actual.

Para finalizar este apartado a modo de conclusión se hace hincapié en que el cuestionario del PSQ cumplió con los requisitos psicométricos adecuados, es decir la validez y confiabilidad en una muestra de población mexicana, que a su vez permitieron evaluar la adaptación del embarazo en estos grupos de mujeres. Así mismo se destaca la cuestión de que una mujer que presenta alguna enfermedad crónica, en este caso algún tipo de hipertensión durante el embarazo no difiere de una mujer que no presenta ninguna enfermedad, esto en cuanto a la adaptación

psicosocial del embarazo, más bien las diferencias dependen de otros factores socio-culturales, familiares, personales y de hábitos de salud.

En las mujeres que presentan EHE se hicieron presentes factores de riesgo tal como, contar con algún familiar con antecedente hereditario en especial si es la madre, haber presentado complicaciones en embarazos anteriores, tomar café y alcohol, estar sometidas a alta demanda de actividades, ya que en su mayoría trabajan y se dedican también al hogar, además de que tienen estudios a nivel de educación superior. Sin embargo, también poseen más factores protectores, pues realizan ejercicio, muestran mayor apoyo social sobre todo de tipo afectivo con pareja, madre y familia, además de que también cuentan con apoyo en la realización de sus actividades diarias; así mismo la mayoría tiene una pareja estable y que fue la misma para todos los embarazos. Estos factores protectores se relacionan con una buena adaptación psicosocial al embarazo, aunque persiste en este grupo de mujeres las preocupaciones y temores por el bienestar propio y del bebé. Por otra parte estas embarazadas atribuyen cualidades positivas a su relación de pareja pero no es así para el caso del embarazo, el cual lo viven en su mayoría como conflictivo. Las mujeres con EHE tienden a relacionar el estrés con una alta demanda de actividades, que pudiera estar asociado con responder de manera inmediata a exigencias externas, además de que otro elemento importante es el hecho de permanecer internadas.

Acerca del estrés percibido por las mujeres embarazadas tanto aquellas con alguna enfermedad hipertensiva como aquellas que no presentaron ninguna enfermedad, se observó que el embarazo por sí mismo representa una condición causante de tensión en las embarazadas, y como consecuencia las mujeres se sienten estresadas, además de que frecuentemente relacionan este factor con cambios en el estado de ánimo.

Otro punto importante es que las mujeres que presentan alguna enfermedad hipertensiva del embarazo se encuentran más apegadas al rol materno tradicional o de “madre ideal”, y sus principales motivaciones por tener un hijo resultaron ser aparte de un deseo propio, por el deseo de la pareja y para formar una familia, lo cual habla de que posiblemente estas mujeres tengan la necesidad de satisfacer las demandas socio-culturales enseñadas en relación a la maternidad, así como también probablemente su identidad como mujer se vea reforzada en este caso por la cultura mexicana.

En cuanto a las mujeres con embarazo sano en este estudio mostraron más factores de riesgo para la adaptación psicosocial al embarazo, ya que fumaban, tomaban café y realizaban en menor medida ejercicio, deseaban menos el embarazo y prevalecieron más mujeres solteras que en el caso de las embarazadas con hipertensión. Sin embargo, estas mujeres le atribuían características más positivas al embarazo, pero más negativas a la relación de pareja; además de que se encuentran más informadas sobre cosas prácticas que pudieran ayudar a manejar sus miedos y preocupaciones sobre el embarazo.

7.1- Limitaciones y sugerencias.

De acuerdo con el desarrollo del estudio se detectó que algunas de las principales limitaciones, fue el no haber obtenido subgrupos de padecimientos para cada clasificación de EHE en igualdad de participantes, pues dadas las condiciones hospitalarias fue restringido el acceso a este tipo de pacientes sobre todo para aquellas que tuvieron un embarazo interrumpido, o las que eran sometidas a cesárea en el momento del internamiento. Siendo así, que no se pudieron realizar comparaciones de los resultados en la adaptación psicosocial del embarazo, factores de riesgo y protectores entre los diferentes diagnósticos para la hipertensión en el embarazo. De la misma forma no se tomaron en cuenta aquellas mujeres que les practicaron legrado debido a las complicaciones que el embarazo presentaba, tampoco se seleccionaron por edad ni por periodo de gestación, al igual de que no se contrastaron con otros padecimientos durante el embarazo para observar similitudes o diferencias entre las EHE y otras enfermedades, lo cual podría ser considerado en otros estudios posteriores.

Una de las limitaciones fue que no pudo evaluarse el área de “aceptación al embarazo”, para lo cual se sugiere que en investigaciones posteriores se incluyan nuevos reactivos para este factor. También otra área que se sugiere para futuras investigaciones es la relación y apoyo que recibe la mujer embarazada por parte del médico o personal de salud, y como esta influye en la adaptación psicosocial al embarazo y a la enfermedad. Del mismo modo se alude a seguir haciendo evaluaciones con el cuestionario PSQ para corroborar con otro tipo de muestra su efectividad en la medición en cuanto a su validez y confiabilidad.

Otras posibles restricciones para este estudio fueron que solo se tomaron en cuenta mediciones subjetivas acerca de la percepción que la embarazada tenía de su medio ambiente como por ejemplo el estrés, lo cual podría corroborarse con mediciones psicométricas, y objetivas

por medio de la instrumentalización fisiológica adecuada. Cabe mencionar además de que en este estudio no se tomó en cuenta la participación de los familiares cercanos, en cuanto al apoyo que ellos brindan a la paciente.

Por otra parte también, se pudo detectar que para posteriores investigaciones sobre el tema sería importante incluir la relación entre múltiples variables involucradas en la hipertensión arterial como es la ansiedad, enojo, depresión, afrontamiento, autoeficacia, y personalidad tipo A, que si bien estos elementos se encuentran interactuando con el surgimiento del padecimiento, también son relevantes para presentar una buena adaptación psicosocial al embarazo; esto en un estudio conjunto podría permitir desarrollar programas de prevención que ayuden a identificar a mujeres en posible riesgo para presentar complicaciones durante el embarazo, o por otro lado, que permita el implementar intervenciones lo más completas para mantener una buena calidad de vida, adherencia al tratamiento, adaptación a la enfermedad y al embarazo.

A pesar de dichas limitaciones este trabajo logró identificar los motivos de estrés, preocupación, redes y tipo apoyo, decisión del embarazo en mujeres con EHE, así como algunos factores de riesgo que apoyan a la literatura sobre la enfermedad, pero también otros elementos que dejan un panorama abierto para abordar en futuras investigaciones, como el hecho de que las mujeres con hipertensión fumen menos, siendo que durante mucho tiempo se ha considerado como un factor de riesgo importante. Así mismo se pudo evaluar los aspectos de la adaptación psicosocial al embarazo, y los factores de favorecen o complican este ajuste durante el periodo gestacional en la mujer.

REFERENCIAS

- Aiscar, S. (2005). *La maternidad en sectores populares*. Buenos Aires: Espacio.
- Albarrán, M. (2010). *Adaptación materna al embarazo*. Recuperado el 23 de agosto, 2012, de http://www.artemedica.es/index.php?option=com_content&view=article&id=50:noticia5&catid=2:noticias&Itemid=14#comments
- Alderdice, F. & Lynn, F. (2009). Stress in pregnancy: identifying and supporting women. *British Journal of Midwifery*, 17 (9), 552-559.
- Alvarado, R., Medina, E. & Aranda, W. (2002). El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. *Revista Médica de Chile*, 130, 561-568.
- Álvarez, G.L. (2000). *Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT*. Recuperada de TESIUNAM. (Acceso No. 132.248.9.195/pd2000/274408/Index.html)
- Álvarez, L. (2010). Modelos psicológicos del cambio: de los modelos centrados en el individuo a los modelos psicosociales en psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 20 (1), 97-102.
- Ambriz, M. (2005). *Construcción del rol de maternidad y su relación con la formación de la identidad genérica femenina en la cultura mexicana*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Amenábar, S. (2009). Características y seguimiento. En L. Voto (Ed.), *Hipertensión en el embarazo*. (pp.267-278). Buenos Aires: Corpus.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (1996). Hypertension in pregnancy. *ACOG Tech Bull*, 219, 1-8.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2001). Chronic Hypertension in Pregnancy. *ACOG Practice Bulletin*, 29, 1-9.

- Amezcuca, C. (1999). *Estrés: Prevención y control*. España: San Pablo.
- Anderson, B.A., Camacho, M.E. & Stark, J. (1979). *El embarazo y la salud en la familia*. México: Trillas.
- Aranda, P. (2011). *Actualización del tratamiento de la hipertensión arterial en adultos*. Recuperado el 12 de junio, 2012, de <http://www.easp.es/web/documentos/MBTA/00001179documento.pdf>
- Armengol, R., Chamarro, A. & García- Dié, M. (2007). Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal. *Anales de psicología*, 23, 25-32.
- Arriviallaga, M., Varela, M., Cáceres, D. & Holguín, L. (2007). Eficacia de un programa cognitivo conductual para la disminución de los niveles de presión arterial. *Pensamiento psicológico*, 3, 33-49.
- Avena, J., Joerin, V., Dozdor, L. & Brés, S. (2007). Preeclampsia- Eclampsia. *Revista de posgrado de la Vía Cátedra de medicina*, 165, 21-25.
- Barton, J.R, O'Brien, J.M., Bergauer, N.K., Jacques, D.L. & Sibai, B.M. (2001). Mild gestational hypertension remote from term: progression and outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184 (5), 979-983.
- Baxley, E.G. (2001). Pregnancy Interventions. Section B. Psychosocial Intervention. En S.D. Ratcliffe, E.G. Baxley, J.E. Byrd & E.L. Sakornbut (Eds.), *Family practice obstetrics*. (pp.95-101). Philadelphia: Hanley & Belfus.
- Bellart, A. (2009). Conducta ante una hipertensión inducida por el embarazo. En A. Coca, P. Aranda & J. Redón (Eds.), *Manejo del paciente hipertenso en la práctica clínica*. (pp. 263-271). Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Bernasconi, A. (2009). Fisiología renal en el embarazo normal y en la embarazada hipertensa. En L. Voto (Ed.), *Hipertensión en el embarazo*. (pp. 93-108). Buenos Aires: Corpus.

- Bernat, M. & Aguilera, C. (2005). Tratamiento de la hipertensión grave durante el embarazo. *Medicina Clínica*, 124 (16), 634-635.
- Bernazzani, O., Saucier, J., David, H. & Borgeat, F. (1997). Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (4), 391-402.
- Bisschop, M.J., Kriegsman, D.M., Beekman, A. T. & Deeg, D. J. (2004). Chronic diseases and depression: The modifying role of psychosocial resources. *Social Science and Medicine*, 59, 721-733.
- Blaffer, S. (1999). *Mother Nature*. Nueva York: Pantheon.
- Bravo, M. & Serrano-García, I. (1997). La psicología preventiva y el apoyo social. En G. Buela, L.Fernández-Ríos & T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas*. (pp. 117- 135). Madrid: Pirámide.
- Briones, C.G. & Meneses, J. (2009). Clasificación de los trastornos hipertensivos del embarazo. En J.C. Briones & A. Reyes (Eds.), *Preeclampsia*. (pp.25-28). México: Editorial Alfil.
- Brito, B. & Castro, C. (2009). Hipertensión Arterial Crónica Primaria o Esencial. En J. Hernández & A. Estrada (Eds.), *Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el embarazo*. (pp. 151- 161). México: Editorial Padro.
- Cabrero, J. & Martínez, M. (2011). *Introducción, conceptos, medición y error*. Recuperado el 10 de octubre, 2012, de http://www.aniorte-nic.net/apunt_metod_investigac4_8.htm
- Calderón, N., Carbajal, R., Herrera, C. & Ñique, C. (1997). Frecuencia de la hipertensión en el embarazo. *Ginecología y Obstetricia*, 43 (1), 29-2.
- Cantú, R., Uribe, B. & Cirlos, C. (2011). Suceso vital y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con insuficiencia renal. *Psicología y Salud*, 21(1), 91-102.
- Cararach-Ramoneda, V. (2009). Conducta ante una mujer hipertensa que queda embarazada. En A. Coca, P. Aranda & J. Redón (Eds.), *Manejo del paciente hipertenso en la práctica clínica*. (pp. 253-261). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and stress: Theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, 4, 471-482.
- Casullo, M.M., Figueroa, N.B.L. & Aszkenazi, M. (1991). *Teoría y Técnicas de Evaluación Psicológica*. Buenos Aires: Psicoteca.
- Chin, R., Hall, P. & Daiches, A. (2011). Fathers' experiences of their transition to fatherhood: a metasynthesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29 (1), 4-18.
- Coca, A., Aranda, P. & Redón, J. (2009). Diagnóstico, evaluación clínica, estratificación del riesgo cardiovascular global y bases generales del tratamiento del paciente hipertensivo. En A. Coca, P. Aranda & J. Redón (Eds.), *Manejo del paciente hipertenso en la práctica clínica*. (pp.3-79). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- De la Figuera von Wichmann, M. (2009). ¿Es importante que el hipertenso deje de fumar?. En A. Coca, P. Aranda & J. Redón (Eds.), *Manejo del paciente hipertenso en la práctica clínica*. (pp.179-183). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Dekker, G.A., Lee, S.Y., North, R.A., McCowan, L.M., Simpson, N.A.B. & Roberts, C.T. (2012). Risk factors for preterm birth in an international prospective cohort of nulliparous women. *PLoS ONE*, 7 (7), e39154. doi: 10.1371/journal.pone.0039154
- Díaz, R.M., Aguilar, V.D. & Santillán, R. (1999). Estrés y embarazo. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 44 (1), 27-31.
- Divine, J. (2008). *Plan de acción contra la hipertensión*. Madrid: Neo Person.
- Doménech, M. (2009). ¿Se debe restringir la ingesta de sal a todos los hipertensos?. En A. Coca, P. Aranda & J. Redón (Eds.), *Manejo del paciente hipertenso en la práctica clínica*. (pp.161-171). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Espino, S. & García, R. (2009). Etiología de la Preeclampsia. En J. Hernández y A. Estrada (Eds.), *Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el embarazo*. (pp. 71-103). México: Editorial Padro.

- Estruch, R. (2009). ¿Es necesario restringir el consumo de alcohol en los pacientes hipertensos?. En A. Coca, P. Aranda & J. Redón (Eds.), *Manejo del paciente hipertenso en la práctica clínica*. (pp.173-178). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- European Society of Hypertension & European Society of Cardiology. (2007). 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 28, 1462-1536.
- Everingham, C. (1997). *Maternidad: autonomía y dependencia*. Madrid: Narcea.
- Fayad, Y., López, R., San Pedro, M. & Márquez, E. (2009). Materna crítica durante el periodo 2004-2008. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*, 35, 12-19.
- Felip, A. (2009). ¿Pueden los hipertensos tomar café?. En A.Coca, P. Aranda & J. Redón (Eds.), *Manejo del paciente hipertenso en la práctica clínica*. (pp.185-191). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Fernández-Abascal, E., Martín, M. & Domínguez, F. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15 (4), 615-630.
- Fernández, L. & Newby, A. (2010). Family support and pregnancy behavior among women in two border mexican cities. *Frontera norte*, 22, 7-34.
- Flink, I.K., Mroczek, M.Z., Sullivan, M. J.L. & Linton, S.J. (2009). Pain in childbirth and postpartum recovery- The role of catastrophizing. *European Journal of Pain*, 13 (3), 312-316.
- Florsheim, P. & Smith, A. (2005). Expectant adolescent couples' relations and subsequent parenting behavior. *Infant Mental Health Journal*, 26, 533-548.
- Garcés de los Fayos, E., Velandrino, A., Conesa, P. & Ortega, J. (2002). Un programa de intervención psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 2 (1), 1578-8423.
- García, A., Ojalvo, C., Claire, J., Sánchez, C. & Viruez, I. (2006). *Morbilidad materna y perinatal por enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo*. Recuperado el 3 de julio, 2012, de http://www.univalle.edu/publicaciones/revista_salud/revista03/pagina05.htm

- Germain, A. & Sánchez, M. (2004). *Cuidados en el embarazo*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Glazier, R. H., Elgar, F.J., Goel, V. & Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25, 247-255.
- Godsland, I.F., Leyva, F., Walton, C., Worthington, M. & Stevenson, J.C. (1998). Associations of smoking, alcohol, and physical activity with risk factors for coronary heart disease and diabetes in the first follow-up cohort of the Heart Disease and Diabetes Risk Indicators in a Screened Cohort study (HDDRISC-1). *Journal of Internal Medicine*, 244, 33-41.
- Gómez, R. & Amilivia, S. (1986). *Mujer, deseo y embarazo*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Gómez, E., Briones, J., Morales, J. & Rodríguez, M. (2003). Mortalidad materna en el Estado de México. *Medicina Critica y Terapia Intensiva*, 17(6), 199-203.
- González, M.A. (1999). La maternidad: volviendo a (ser como) la madre. En M.A. González (Ed.), *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres* (pp. 33-86). Madrid: Siglo veintiuno de España editores.
- González, G.A., Carreño, J., Sánchez, C. & Morales, F.A. (2009). Estudio comparativo del autoconcepto en mujeres con esterilidad primaria y pérdida gestacional recurrente. *Psicología y Salud*, 19 (2), 295-302.
- Gordillo, V. (1999). Trastornos psicológicos y aspectos psicosociales. En V. Soriano & J. González-Lahoz (Eds.), *AIDS Manual* (3ª Ed, pp. 605-620). Madrid: IDEPSA.
- Grimm, R., Grandits, G., Cutler, J., Stewart, A., McDonald, R., Svendsen, K., Prineas, R. & Liebson, P. (1997). Relationships of Quality-of-Life Measures to Long-term Lifestyle and Drug Treatment in the Treatment of Mild Hypertension Study. *Archives of Internal Medicine*, 157(6), 638-648.
- Groppelli, A., Giorgi, D.M., Omboni, S., Parati, G. & Mancia, G. (1992). Persistent blood pressure increase induced by heavy smoking. *Journal of Hipertension*, 10 (5), 495-499.

- Guarino, L. (2010). Sensibilidad emocional, afrontamiento, salud y calidad de vida percibida durante el embarazo. *Psicología y Salud*, 20(2), 179-188.
- Hays, S. (1998). *Las contradicciones culturales de la maternidad*. Barcelona: Paidós.
- He, J., Vupputuri, S., Allen, K., Perost, M.R., Hughes, J. & Whelton, P.K. (1999). Passive smoking and risk of coronary heart disease: A meta-analysis of epidemiological studies. *New England Journal of Medicine*, 340, 920-926.
- Hernández, J., Estrada, A. & Salinas, C. (2009). Definición y clasificación de la hipertensión arterial en el embarazo. En J. Hernández & A. Estrada (Eds.), *Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el embarazo*. (pp. 183- 207). México: Editorial Prado.
- Hernández del Rey, R. (2009). ¿Es importante estimular el ejercicio físico en el control del hipertenso?. En A. Coca, P. Aranda & J. Redón (Eds.), *Manejo del paciente hipertenso en la práctica clínica*. (pp.193-199). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª Ed). Perú: Mc Graw Hill.
- Honorato, J. & Purroy, A. (2002). *Hipertensión arterial: Conoce la enfermedad para prevenirla y mejora tu calidad de vida con sencillos consejos prácticos*. Madrid: Everest.
- Horvath, C. (1999). La importancia del padre- antes, durante y después del nacimiento de su hijo/a-. (Observaciones desde el ámbito de la preparación al parto psicoprofiláctico). "Tú serás el padre de mi hijo". En M.A. González (Ed.), *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres* (pp. 87-110). Madrid: Siglo veintiuno de España editores.
- Ickovics, J.R., Reed, E., Magriples, U., Westdahl, C., Rising, S.S. & Kershaw, T.S. (2011). Effects of group prenatal care on psychosocial risk in pregnancy: Results from a randomized controlled trial. *Psychology and Health*, 26 (2), 235-250.
- Instituto Nacional de Perinatología. (2002). *Psicología de la reproducción humana. Un enfoque integral*. México: Trillas.

- Institute of Medicine of the Academies. (2007). *Preterm Birth: Causes, consequences, and prevention*. Recuperado el 21 de febrero, 2013, de http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=11622&page=R1
- Jay, R. (2010). *Su primer embarazo*. Barcelona: Medici.
- Jeyabalan, A. & Heazell, A. (2010). Management of isolated hypertension in pregnancy. . En A. Heazell, E.R. Norwitz, L.C. Kenny & P.N. Baker (Eds.), *Hypertension in pregnancy*. (pp. 79-95). Nueva York: Cambridge University Press.
- Kaplan, N. (1985). *Hipertensión clínica* (2ª Ed). México: Manual Moderno.
- Kaplan, N. & Victor, R. (2010). *Kaplan's Clinical Hypertension* (10ª Ed). USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Keeley, R.D., Birchard, A., Dickinson, P., Steiner, J., Dickinson, L.M., Rymer, S., Palmer, B., Derback, T. & Kempe, A. (2004). Parental Attitudes About a Pregnancy Predict Birth Weight in a Low- Income Population. *Annals of Family Medicine*, 2 (2), 145-149.
- Khan,K.,Wojdyla,D.,Say,L.,Gülmezoglu, A. & Van Look,P. (2006). WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Published Online*, 367. Recuperado el 14 de diciembre del 2011, de [http:// www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.25.pdf](http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.25.pdf)
- Knox, E., Kilby,M. & Kenny, L.C. (2010). Preexisting hypertension in pregnancy. En A. Heazell, E.R. Norwitz, L.C. Kenny & P.N. Baker (Eds.), *Hypertension in pregnancy*. (pp. 63-77). Nueva York: Cambridge University Press.
- Lederman, R. & Weis, K. (2009). *Psychosocial Adaptation to Pregnancy* (3ª Ed). Nueva York, USA: Springer Science + Business Media.
- Leeners, B., Neumaier-Wagner, P., Kuse, S., Merki, S., Stiller, R., Neises, M., Imthurn, B. & Rath, W. (2009). Motivation for motherhood in women with hypertensive diseases in pregnancy. *Journal of psychosomatic obstetrics & gynecology*,30, 133-140.

- Leeners, B., Stiller, R., Neumaier-Wagner, P., Kuse, S., Schmitt, A. & Rath, W. (2008). Psychosocial distress associated with treatment of hypertensive diseases in pregnancy. *Psychosomatics*, 49, 413-419.
- Leifheit- Limson, E.C., Reid, F.J., Kasl, S.V., Lin, H., Jones, P.G., Buchanan, D.M., Parcishar, S., Peterson, P.N., Spertus, J.A. & Lichtman, J.H. (2010). The Role of Social Support in Health Status and Depressive Symptoms After Acute Myocardial Infarction: Evidence for a Stronger Relationship Among Women. *Journal of the American Heart Association*, 3, 143-150.
- Li, J., Kendall, G.E., Henderson, S., Downie, J., Landsborough, L. & Oddy, W.H. (2008). Maternal psychosocial well-being in pregnancy and breastfeeding duration. *Acta Paediatrica*, 97, 221-225.
- Lindemann, O. & Ortemberg. (2005). *Embarazo y parto natural* (2ª Ed). España: Océano.
- Low, C., Thurston, R. & Matthews, K. (2010). Psychosocial Factors in the development of heart disease in women: Current Research and Future Directions. *Psychosomatic Medicine*, 72 (9), 842-854.
- Lugo, A., Álvarez, V. & Rodríguez, A. (1999). Factores epidemiológicos de la hipertensión en el embarazo. *Revista Cubana Obstetricia y Ginecología*, 25 (1), 61-65.
- Mann, J.R., Mannan, J., Quiñones, L.A., Palmer, A.A. & Torres, M. (2010). Religion, Spirituality, Social Support, and Perceived Stress in Pregnant and Postpartum Hispanic Women. *JOGNN*, 39, 645-657.
- Mark, A., Zamorski, M., Lee, A & Green, M. (15 de Julio del 2001). NHBPEP Report on high blood pressure in pregnancy: A summary for family physicians. *American family physicians*, 64, artículo 2. Recuperado el 26 de marzo del 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11476271>
- Martínez, R., Moreno, R. & Muñiz, J. (2005). Construcción de los ítems. En J. Muñiz, A.M. Fidalgo, E.G. Cueto, R. Martínez & R. Moreno (Eds.), *Análisis de los ítems*. (pp.9-52). Madrid: La Muralla.

- Massey, S.H., Neiderhiser, J.M., Shaw, D.S., Leve, L.D., Ganiban, J.M. & Reiss, D. (2012). Maternal self concept as a provider and cessation of substance use during pregnancy. *Addictive Behaviors, 37* (8), 956-961.
- Matkin, C., Britton, J., Samuels, S. & Eskenazi, B. (1999). Smoking and blood pressure patterns in normotensive pregnant women. *Paediatric and Perinatal Epidemiology, 13*, 22-34.
- McCarthy, F.P & Kenny, L.C. (2010). Classification and diagnosis of hypertension in pregnancy. En A. Heazell, E.R. Norwitz, L.C. Kenny & P.N. Baker (Eds.), *Hypertension in pregnancy*. (pp. 35-44). Nueva York: Cambridge University Press.
- McCue, S., Prados- Torres, A., Singer, B. & Livingston, M. (1997). The Influence of psychological and Social Factors on Accuracy of Self- Reported Blood Pressure. *Journal of Clinical Epidemiology, 50* (4), 411-418.
- Menéndez, A (2008). *14 Validez, confiabilidad y utilidad*. Recuperado el 10 de octubre, 2012, de <http://www.gobierno.pr/NR/rdonlyres/5CF112BB-5811-4A9A-8D1E-1BA213C5EEF7/0/14Validez.pdf>
- Meneses, J. & González, N.P. (2009). Factores de riesgo de la preeclampsia. En J.C. Briones & A. Reyes (Eds.), *Preeclampsia*. (pp. 21-24). México: Editorial Alfil.
- Mercado-Corona, D. (2012). *Ira y hostilidad, riesgo para enfermedades cardiovasculares*. Recuperado el 9 de abril, 2012, de http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2012_218.html
- Merkl, H. (1976). *Parto sin miedo*. Madrid: Editorial Everest.
- Moliner, J., Domínguez, M., González, C., Castiñeira, M., Crespo, J., Chayán, M., González, J., Pérez, M., Ríos, T. & Rodríguez, M. (2009). Hipertensión arterial. *Guías clínicas,9*, artículo 26. Recuperado el 26 de marzo del 2011, de <http://www.ilazarte.com.ar/mt-static/blog/archives/HtaFisterra.pdf>
- Molinero, P.J., Morales, J., Vega, L., Montoro, J., Linares, M. & Álvarez, C. (2007). Actitud y adaptación materna en el embarazo. *Cultura de los ciudadanos, 11* (21), 28-32.

- Morales, C.L., De Oliveira, A.S.D., Reichenheim, M.E. & Lobato, G. (2011). Severe physical violence between intimate partners during pregnancy: A risk factor for early cessation of exclusive breast-feeding. *Public Health Nutrition*, 14 (12), 2148-2155.
- Morrel,R., Park, D., Kidder, D. & Martin, M. (1997). Adherence to antihypertensive medications across the life span. *Gerontologist*, 37, 609-619. doi: 10.1093/geront/37.5.609
- Mukamal, K.J. (2006). The effects of smoking and drinking on cardiovascular disease and risk factors. *Alcohol Research & Health*, 29 (3), 199-202.
- Naish, F. & Roberts, J. (2002). *El cambio natural para un embarazo mejor*. Barcelona: Medici.
- National High Blood Pressure Education Program Working Group. (2000). High Blood Pressure in Pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 183(1), s1-s22.
- Nello, J. & Dixon, S. (2009). Preeclampsia-eclampsia y síndrome de HELLP. En J. F. Romero, G. Tena & G.A. Jiménez (Eds.), *Preeclampsia. Enfermedades hipertensivas del embarazo*. (pp.149-173). México: McGraw- Hill.
- Ness, R. B, Markovic, N., Bass, D., Harger, D. & Roberts, J.M. (2003). Family History of Hypertension, Heart Disease, and Stroke Among Women Who Develop Hypertension in Pregnancy. *The American Collegue of Obstetricians and Gynecologists*, 102(6), 1366-1371.
- Noriega, M., Arias, E. & García, S. (2005). Hipertensión arterial en el embarazo. *Médica sur sociedad de médicos*, 12, 196-202.
- Oladapo, O.T. (15 de diciembre del 2006). Reposo en cama con o sin hospitalización pata la hipertensión durante el embarazo. *La biblioteca de salud reproductiva de la OMS*. Recuperado el 26 de marzo de 2011, de http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/medical/hypertension/ofcom2/es/index.html
- OMS, UNICEF, UNFPA & El Banco Mundial. (2008). *Mortalidad materna en 2005*. Recuperado el 7 de julio , 2011, de http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596211_spa.pdf

- Ontiveros-Pérez, M. & López- España, J. (2010). Adaptación Psicosocial y Niveles de Ansiedad en Embarazadas Primigestas de Bajo Riesgo Obstétrico. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*, 27 (2), 92-98.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Mortalidad materna de 2005*. Recuperado el 10 de julio, 2011, de http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596211_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Día Mundial de la Salud 2005: cada madre y cada niño contarán*. Recuperado el 3 de julio, 2012, de http://www.who.int/whr/2005/overview_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Diez datos sobre la salud materna*. Recuperado el 10 de julio, 2011, de [http:// apps.who.int/features/factfiles/maternal_health/es/](http://apps.who.int/features/factfiles/maternal_health/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Diez cifras y datos*. Recuperado el 10 de julio, 2011, de http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/maternal_health_facts/es/index.html
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Salud mental: Un estado de bienestar*. Recuperado el 22 de julio, 2012, de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html
- Ortí, J. & Voto. L. (2009). Diagnóstico. En L. Voto (Ed.), *Hipertensión en el embarazo*. (pp.189-198). Buenos Aires: Corpus.
- Otero, A., Zunzunegui, M., Béland, F., Rodríguez, A. y García, M. (2006). *Relaciones sociales y envejecimiento saludable*. Madrid: Fundación BBVA.
- Pacheco-Rojas, S. & Angulo- Ibarra, J. (2009). Prevalencia de Estados Hipertensivos del Embarazo en el Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum". *Sociedad Médica del Hospital General de Culiacán " Dr. Bernardo J. Gastélum*, 3, 55-58.
- Pakenham, K.I., Dadds, M.R. & Terry, D.J. (1996). Adaptive demands along the HIV disease continuum. *Social Science and Medicine*, 42 (2), 245-256.

- Payne, P. (2001). Patient and Family Education. Section B. Childbirth education. En S.D. Ratcliffe, E.G. Baxley, J.E. Byrd & E.L. Sakornbut (Eds.), *Family practice obstetrics*. (pp.65-74). Philadelphia: Hanley & Belfus.
- Percells, D.A. (2010). Women's mental health nursing: depression, anxiety and stress during pregnancy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 813-820.
- Pereira, M. & Canavarro, M.C. (2009). Relational contexts in adjustment to pregnancy of HIV-positive women: relationships, social support and personal adjustment. *AIDS care*, 21 (3), 301-308.
- Persson, M., Winkvist, A. & Mogren, I. (2010). 'From stunned to gradual balance' - women's experiences of living with gestational diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 454-462.
- Pirie, L. (1989). *El deporte durante el embarazo*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Quintana, N., Rey, D., Sisi, T., Antonelli, C. & Ramos, M. (2003). Preeclampsia. *Revista de posgrado de la Vía Cátedra de medicina*, 133, 16-20.
- Rey, M. & Martínez, C. (2011). *S.O.S. ¡Estoy embarazada!*. México: Editorial Prado.
- Reyes, A., Garrido, A., Torres, L. & Ortega, P. (2010). Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Psicología y Salud*, 20 (1), 111-117.
- Reynoso, L., Calderón, M.A. & Seligson, I. (2005). *Manual para conocer la hipertensión arterial*. Manuscrito inédito, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, México.
- Riveros, A., Ceballos, G., Laguna, R. & Sánchez-Sosa, J.J. (2005). El manejo psicológico de la hipertensión esencial: Efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 (3), 493-507.
- Robertson, J.I.S. (1982). El impacto social de la hipertensión arterial. En A. González & L.A. Díaz (Eds.), *Hipertensión arterial*. (pp. 1-6). México: Ediciones Médicas Actualizadas.

- Robinson, J. & Cinciripini, P. (2006). The Effects of Stress and Smoking on Catecholaminergic and Cardiovascular Response. *Behavioral Medicine*, 32, 13-18.
- Rodríguez, D. & Lezama, S.M. (2008). Epidemiología de los trastornos hipertensivos del embarazo en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). Periodo julio 2005-julio 2007. *Revista Médica de los Post Grados de Medicina- UNAH*, 11 (1), 69-70.
- Rodríguez, A.R., Pérez- López, J. & Brito de la Nuez, A.G.(2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres y padres tempranos. *Anales de Psicología*, 20 (1), 95-102.
- Romin, Dr. (2006). *Todo sobre hipertensión arterial*. Buenos Aires: Dos tintas editores.
- Rondón, J. (2011). Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: Aspectos conceptuales, investigaciones y hallazgos. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), 126-162.
- Rosas, M.,Lomelí,C., Mendoza-González, C., Lorenzo, J., Méndez, A., Férez, S. & Attie, F. (2008). Hipertensión arterial sistémica en el embarazo. *Archivos de Cardiología de México*, 78, 104-108.
- Rozanski, A., Blumenthal, J.A. & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99 (16), 2192-2217.
- Ruiz, J., Salgueiro, M., Simosa,H., Rojas, J., García, M.,Stranien, M. & Silva, I. (2008). Perfil epidemiológico de la embarazada hipertensa. *Informe médico*, 10, 203-207.
- Sáez, C. (1999). El hecho maternal: la mística, el mito y la realidad. En M.A. González (Ed.), *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres* (pp. 1-22). Madrid: Siglo veintiuno de España editores.
- Salvatierra, V. (1989). *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Samuels-Kalow, M., Funai, E.F., Buhimschi, C., Norwitz, E., Perrin, M., Calderon-Margalit, R., Deutsch, L., Paltiel, O., Friedlander, Y., Manor, O. & Harlap, S. (2007). Prepregnancy body

mass index, hypertensive disorders of pregnancy, and long-term maternal mortality. *Am J Obstet Gynecol*, 197(5), 490.e1–490.e6.

Sánchez, R. (2006). *Parte II del artículo: "El papel de la personalidad en los trastornos isquémicos-cardiovasculares"*. Recuperado el 16 de abril, 2012, de <http://blognitiva.blogspot.mx/2007/07/personalidad-tipo.html>

Sánchez, E., Gómez, J. & Morales, V. (2005). Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de HELLP, comportamiento clínico. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 48 (4), 145-150.

Sánchez, E., Nava, S., Morán, C., Romero, J. & Cerbón, M. (2010). Estado actual de la preeclampsia en México: de lo epidemiológico a sus mecanismos moleculares. *Revista de investigación clínica*, 62,252-260.

Sánchez-Sosa, J.J. (2002). *Health psychology: Prevention of disease and illness, maintenance of health*. En *Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS), Psychology*. Oxford, UK, <http://www.eolss.net>

Saona-Ugarte, P. (2006). Clasificación de la enfermedad hipertensiva en la gestación. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 52 (4), 219-225.

Sarason, B., Sarason, I. y Pierce, G. (1990). Theoretical and practical implications of defining and assessing social support. En B. Sarason, I. Sarason. y G. Pierce (Eds). *Social support an interactional view*. USA: John Wiley & Son.

Schachman, K.A., Lee, R.K. & Lederman, R.P. (2004). Baby boot camp: facilitating maternal role adaptation among military wives. *Nursing Research*, 53 (2), 107-115.

Sebastiani, M. (1994). *Embarazo ¿Dulce espera?*. Buenos Aires: Paidós.

Sebastiani, M. & Raffo, M. (2004). *Claroscuros del embarazo, el parto y el puerperio*. Buenos Aires: Paidós.

- Secretaria de Salud. (2001). *Urgencias obstétricas en unidades de primer nivel*. Recuperado el 27 de marzo, 2011, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/UrObstetricas.pdf>
- Secretaria de Salud. (2002). *Prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/ eclampsia*. Recuperado el 27 de marzo, 2011, de http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/descargables/biblioteca/apv/LPreeclampsia_Eclampsia1.pdf
- Secretaria de Salud. (2008). *Defunciones maternas por causa según entidad federativa de residencia actual*. Recuperado el 27 de marzo, 2011, de [http:// sinais.salud.gob.mx/muertematernas/index.html](http://sinais.salud.gob.mx/muertematernas/index.html)
- Secretaria de Salud. (2008). *Guía de Práctica clínica para Detección y diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo*. Recuperado el 21 de mayo, 2012, de <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
- Secretaria de Salud. (2010). *Búsqueda intencionada de muertes maternas en México Informe 2008*. Recuperado el 3 de septiembre, 2012, de http://www.cemece.salud.gob.mx/descargas/pdf/BIMM_Informe2008.pdf
- Seguranyes, G., G.(2000). *Enfermería maternal*. Barcelona: Masson.
- Sibai, B., Dekker, G. & Kupferminc, M. (2005). Pre-eclampsia. *Lancet*, 365, 785-799.
- Sobrino, J. (2009). ¿Son útiles las técnicas de relajación contra el estrés?. En A. Coca, P. Aranda & J. Redón (Eds.), *Manejo del paciente hipertenso en la práctica clínica*. (pp. 209-219). Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo* (5ª Ed.). México: Trillas.
- Soifer, R. (1977). *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. Buenos Aires: Ediciones Kargieman.
- Stepp, E. & Smith, J. (2003). *Manual de embarazo y parto de alto riesgo*. Madrid: Elsevier.

- Steyn, K., de Wet, T., Saloojee, Y., Nel, H. & Yach, D. (2006). The influence of maternal cigarette smoking snuff use and passive smoking on pregnancy outcomes: the Birth To Ten Study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 20, 90-99.
- Tanaka, M., Jaamaa, G., Kaiser, M., Hills, E., Soim, A., Zhu, M., Shcherbatykh, Y., Samelson, R., Bell, E., Zdebi, M. & Mc Nutt, L.A. (2007). Racial Disparity in Hypertensive Disorders of Pregnancy in Nueva York State: A 10- year Longitudinal Population – Based Study. *AJPH*, 97, 163-170.
- Terán, R., Gutierrez, V. & Lazo, L. (2007). Mortalidad materna en el Hospital Materno Infantil Germán Urquidí 2000 a 2006. *Gac Med Bol*, 30 (2). Recuperado el 3 de julio de 2012, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1012-29662007000200006&script=sci_arttext
- Texas Heart Institute. (septiembre 2011). *Hipertensión arterial*. Recuperado el 9 de abril, 2012 de http://www.texasheartinstitute.org/HIC/Topics_Esp/Cond/hbp_span.cfm
- The Magpie Trial Collaborative Group (2002). Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. *The Lancet*, 359, 1877 – 1890.
- Torres, Y., Lardoeyt, R. & Lardoeyt, M. (2009). Caracterización de los factores de riesgo en gestantes con hipertensión gestacional y crónica en un área de salud. *Revista cubana de medicina general integral*, 25, 1-10.
- Unicef & Ministerio de Salud. (2010). *Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión en el Embarazo*. Recuperado el 21 de mayo, 2012, de http://www.sati.org.ar/files/obstetricia/Guia_Hipertension_con%20tapas1.pdf
- Uranga, M. (2009). Epidemiología de la hipertensión gestacional. En L. Voto (Ed.), *Hipertensión en el embarazo*. (pp.37-43). Buenos Aires: Corpus.
- Van den Bussche, E., Crombex, G., Eccleston, C., & Sullivan, M.J.L. (2007). Why women prefer epidural analgesia during childbirth: The role of beliefs about epidural analgesia and pain catastrophizing [Resumen]. *European Journal of Pain*, 11 (3), 275-282.
- Vázquez, J.G. (2007). *Hipertensión arterial por Preeclampsia-Eclampsia*. México: Editorial Prado.

- Velasco-Murillo, V. & Navarrete-Hernández, E. (2006). Mortalidad materna en el IMSS: un análisis desde la perspectiva de la morbilidad y la letalidad. *Cirugía y Cirujanos*, 74(1), 21-26.
- Velasco-Murillo, V., Navarrete-Hernández, E., Hernández- Alemán, F., Anaya-Coeto, S., Pozas-Cavarizo, J & Chavarría-Olarte, M. (2004). Mortalidad materna en el IMSS. Resultados iniciales de una intervención para su reducción. *Cirugía y Cirujanos*, 72 (4), 293-300.
- Verrilli, G.E. & Mueser, A.M. (2005). *Durante el embarazo*. Barcelona: Médici.
- Vidal, V. & Vargas, S. (2009). Síndrome de HELLP y otras microangiopatías trombóticas. En J. Hernández & A. Estrada (Eds.), *Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el embarazo*.(pp. 381-405). México: Editorial Padro.
- Voto, L. (2009). Emergencia hipertensiva, eclampsia y síndrome HELLP. En L. Voto (Ed.), *Hipertensión en el embarazo*. (pp.289-311). Buenos Aires: Corpus.
- Wazqar, D.Y. & Evans, M.K. (2012). Socio-cultural aspects of self-management in gestational diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*, 16 (2), 62-67.
- Weerth,C. & Buitelaar,J. (2005). Physiological stress reactivity in human pregnancy-a review. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 29, 295-312.
- Woods, S.M., Melville, J.L., Guo, Y., Fan, M. & Gavin, A. (2010). Psychosocial stress during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202, 61.e1-7.
- Yali, M.A. & Lobel, M. (2002). Stress-resistance resources and coping in pregnancy. *Anxiety, Stress and Coping*, 15, 289-309.

ANEXOS



Anexo 1

Consentimiento Informado

La Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) sustenta la práctica de protección para participantes en investigación. Presentamos a usted la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en la presente evaluación, su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo. *El estudio es totalmente gratuito.*

El propósito del estudio es conocer aquellos aspectos de su condición que pueden interferir con su vida cotidiana y bienestar. Le pedimos que acceda a entrevistarse con los investigadores del proyecto; se le preguntará sobre diversos aspectos de su vida, su historia personal y la forma en que usted enfrenta los problemas; y posteriormente, se le pedirá que conteste algunos cuestionarios. En este procedimiento no existen respuestas buenas ni malas, por lo tanto, con toda confianza conteste con la verdad, su franqueza nos permitirá diseñar programas preventivos y de ayuda.

Recuerde que por no participar no tendrá ningún problema o consecuencia negativa como usuaria de los servicios del Hospital ni de ninguna otra índole. Su participación es completamente voluntaria, anónima y está en absoluta libertad de abandonar el estudio en cualquier momento. ***Si tiene alguna pregunta o duda, con toda confianza pregúntenos y con mucho gusto le orientaremos. Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación.***

A mi _____(nombre), se me ha informado sobre todos los aspectos del estudio. Todas mis preguntas al respecto se respondieron a mi entera satisfacción. Acepto participar en esta actividad, sabiendo que puedo retirarme en cualquier momento.

Entiendo que los datos obtenidos en este estudio pueden publicarse pero no los de mi participación individual, conservando mi anonimato y que mi participación no se podrá identificar de ninguna forma.

Fecha

Participante o representante autorizado (Firma)

Investigador (Firma)

Anexo 2

Entrevista

Fecha: _____ Grupo: ES HT
 Nombre: _____ Edad: _____
 Lugar de nacimiento: _____ Estado civil: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Teléfono: _____ Dirección: _____

¿Fuma?: No Sí _____ cigarros al día

Si no fuma: ¿Hay alguna persona que fume y conviva diariamente con Ud.? No Sí

Tiempo que fuma pasivamente (aprox. al día) _____

¿Bebe alcohol?: No Sí cantidad por vez _____ veces por semana / mes _____

¿Ha consumido drogas?: No Sí cuáles _____ cantidad por mes _____

¿Durante cuánto tiempo las consumió? _____

¿Normalmente toma café?: No Sí tazas al día _____ ¿En el embarazo, cuántas? _____

¿Se considera una persona “salada” para comer?: No Sí ¿En el embarazo? _____

¿Acostumbra a hacer ejercicio o practicar algún deporte? No Sí cuál _____

Horas por semana / mes _____ ¿Del 1 al 10 cuánto ejercicio considera que ha hecho a lo largo de su vida? _____

¿Sin tomar en cuenta el embarazo, considera que es una persona con sobrepeso? No Sí

Kg. por arriba de su peso ideal _____

¿Fuera del embarazo, presenta generalmente desequilibrios hormonales? No Sí

Especificar: _____

Edad gestacional (semanas): _____

Diagnóstico: _____ Fecha del diagnóstico: _____

Tratamiento médico actual: _____

Presión arterial: _____ Tasa cardiaca: _____

Proteinuria: No Sí

Observaciones: _____

¿Es su primer embarazo? No Sí

¿Qué número de embarazo es?: _____

¿Cuántos hijos tiene?: _____

¿Cuáles son las edades de sus hijos?: _____

¿Ha presentado alguna complicación en embarazos anteriores? (Hipertensión gestacional, preeclampsia, aborto, placenta previa) No Sí Especificar: _____

¿Padece usted de alguna enfermedad crónica (hipertensión, diabetes, otra)? No Sí
 ¿Cuál(es)? _____ ¿Desde cuándo? _____
 ¿Alguno de sus padres o hermanos padece alguna enfermedad crónica (hipertensión o diabetes)?
 No Sí ¿Quién(es)? _____
 ¿Desde cuándo? _____

¿Considera que Ud. es una persona nerviosa o preocupada? No Sí
 ¿Qué tanto del 1-10? _____ ¿por qué? _____
 ¿Considera que Ud. es una persona enojona? No Sí
 ¿Qué tanto del 1-10? _____ ¿por qué? _____
 ¿Sabe lo que es el estrés? _____
 ¿Considera que Ud. es una persona que se estresa frecuentemente? No Sí
 ¿Qué tanto del 1-10? _____ ¿por qué? _____
 ¿En qué momentos de su vida se ha sentido estresada? _____

 ¿Normalmente qué hace para manejar el estrés? _____

¿Cómo actúa ante los problemas? _____
 ¿Diría usted que prefiere afrontar los problemas o evadirlos? _____
 ¿Por qué? _____

¿Considera que su trabajo es estresante? No Sí ¿Qué tanto del 1-10? _____
 ¿Por qué? _____
 ¿Qué es lo que hace en su trabajo? _____
 ¿Qué hace normalmente para relajarse? _____

¿En general, cómo describiría este embarazo? _____
 ¿En este momento hay algo que le preocupe en cualquier ámbito (embarazo, familia, trabajo, o cualquier otro) _____
 * Pensando en las complicaciones que tuvo (embarazos anteriores), ¿a qué le atribuye esta situación?

¿Se considera una persona sociable y con muchos amigos? No Sí ¿Del 1 al 10? _____
 ¿Por qué? _____
 ¿Ha recibido apoyo de sus familiares y amigos antes y durante el embarazo? No Sí
 ¿En qué ha consistido? _____
 ¿Tiene Ud. pareja? No Sí Edad y ocupación de su pareja _____
 * ¿Ha sido la misma pareja en todos los embarazos? No Sí
 Especificar: _____

¿Hasta ahora, cómo describiría la relación con su pareja? _____

_____ Calificarla 1-10 _____

¿Ha recibido apoyo de él durante el embarazo? No Sí

¿En qué ha consistido? _____

¿Qué es lo que más le agrada de su pareja? _____

¿Qué es lo que más le desagrada? _____

¿Cuánto tiempo tienen de conocerse? _____

¿Cuánto tiempo tiene de contacto sexual con el padre del bebé? _____

¿Deseaba usted quedar embarazada? Sí No ¿por qué? _____

¿Considera que este es un buen momento para tener un hijo? Sí No ¿por qué? _____

¿Ha recibido tratamiento psiquiátrico o psicológico? (motivo, cuándo, duración, solucionó su problema): _____

*Clínica a la que acude para sus consultas sobre el embarazo: _____

Anexo 3

Cuestionario de Evaluación Pre- Natal [Prenatal Self- Evaluation Questionnaire]

(PSQ adaptado)

Instrucciones: Los siguientes enunciados están hechos para ayudar a mujeres embarazadas a identificar su bienestar y funcionamiento humano durante el embarazo. Lea cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones y escoja la respuesta que mejor refleje lo que siente o piense. En las casillas de la derecha marque con una cruz la opción que escoja.

Ejemplo:

	Nunca 0%	Casi nunca 20%	A veces 40%	Frecuentemente 60%	Casi siempre 80%	Siempre 100%
Me siento bien					X	

	Nunca 0%	Casi nunca 20%	A veces 40%	Frecuentemente 60%	Casi siempre 80%	Siempre 100%
1.- Creo que este embarazo ocurrió en un buen momento						

	Nunca 0%	Casi nunca 20%	A veces 40%	Frecuentemente 60%	Casi siempre 80%	Siempre 100%
2.- Puedo soportar las molestias del embarazo						
3.- Mi pareja y yo platicamos del bebé que esperamos						
4.- Mi pareja me tranquiliza cuando me ve preocupada						
5.- Creo que el parto será normal						
6. Mi madre esta ilusionada con el bebé que espero						
7.- Me preocupa que el bebé pueda nacer con daños o defectos						
8.- Cuando me duele algo pienso que este embarazo va a salir mal						
9.- Mi madre está contenta con el embarazo						
10.- Mi madre me da buenos consejos sobre el embarazo						
11.- A mi marido le gusta hablar conmigo sobre el embarazo						

	Nunca 0%	Casi nunca 20%	A veces 40%	Frecuentemente 60%	Casi siempre 80%	Siempre 100%
12.- Estoy bien informada de lo que me espera en el parto						
13.- Sé lo que debo hacer cuando me vengán las contracciones						
14.- Me es fácil hablar con mi madre sobre mis problemas						
15.- Mi pareja y yo tenemos buena comunicación						
16.- Me la paso pensando en los problemas que el bebé pueda tener						
17.- Mi madre quiere que nazca su nieto						
18.- Me preocupa que el parto pueda perjudicar al bebé						
19.- Mi pareja me ayuda en casa cuando lo necesito						

	Nunca 0%	Casi nunca 20%	A veces 40%	Frecuentemente 60%	Casi siempre 80%	Siempre 100%
20.- Puedo contar con el apoyo de mi pareja durante el parto						
21.- Tengo miedo de que me lastimen en el parto						
22.- Cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos porque no estamos de acuerdo						
23.- Me siento preparada para el parto						
24.- Sé de cosas que pueden ayudarme durante el parto						
25.- Me angustian las posibles complicaciones del parto						
26.- Pienso que voy a aguantar las incomodidades del parto						
27.- A la hora de tomar decisiones, mi pareja y yo nos ponemos de acuerdo						

	Nunca 0%	Casi nunca 20%	A veces 40%	Frecuentemente 60%	Casi siempre 80%	Siempre 100%
28.- Mi madre me da ánimos cuando no estoy segura de lo que puedo lograr						
29.- Me siento bien informada sobre el parto						
30.- Me preocupa que algo pueda salir mal en el parto						
31.- Me cuesta trabajo aceptar este embarazo						
32.- Mi madre me anima a hacer las cosas a mi manera						
33.- Hasta ahora este embarazo ha sido fácil						
34.- Pienso que ojalá no estuviera embarazada						
35.- Tengo miedo de perder al bebé durante el parto						

	Nunca 0%	Casi nunca 20%	A veces 40%	Frecuentemente 60%	Casi siempre 80%	Siempre 100%
36.- Mi madre crítica mis decisiones						
37.- No puedo dejar de pensar en los problemas que pueden pasar en el parto						
38.- Puedo contar con mi pareja para compartir el cuidado del bebe.						
39.- Ya siento cariño por el bebé						
40.- Creo que puedo ser una buena madre						
41.- Tengo la sensación de que voy a disfrutar al bebé						
42.- Estoy feliz con este embarazo						

¿De quién o quiénes considera que recibe más apoyo? _____

¿Por qué? _____

¿Comúnmente en que consiste este apoyo? _____