



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE  
MEXICO Y MUNICIPIOS

UNIDAD ACADEMICA  
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MEXICO

**“APOYO CONYUGAL DURANTE LA CRISIS NORMATIVA DEL  
EMBARAZO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA ADRIANA GARCIA CASTELLANOS**  
NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MEXICO

2014



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.

**“APOYO CONYUGAL DURANTE LA CRISIS NORMATIVA DEL  
EMBARAZO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA

DRA. ADRIANA GARCIA CASTELLANOS

AUTORIZACIONES

DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO

ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR DEL HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM NEZAHUALCOYOTL

  
DR. GUILLERMO VICTAL VAZQUEZ



DIRECTOR GENERAL DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
ISSEMYM

  
ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION E INNOVACION  
EDUCATIVA EN SALUD

NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MEXICO

2014

**APOYO CONYUGAL DURANTE LA CRISIS NORMATIVA DEL  
EMBARAZO**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

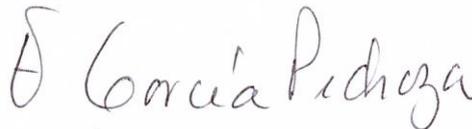
**PRESENTA**

**DRA. ADRIANA GARCIA CASTELLANOS**

**AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**“APOYO CONYUGAL DURANTE LA CRISIS NORMATIVA DEL  
EMBARAZO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA

DRA. ADRIANA GARCIA CASTELLANOS

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA

JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACION DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA  
FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA  
FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MEXICO

2014

## INDICE

1.1 Definición de Embarazo .....	1
1.2 Cambios fisiológicos del embarazo.....	1
1.2.1 Aparato cardiovascular.....	2
1.2.2 Aparato respiratorio.....	4
1.2.3 Sistema hematológico .....	6
1.2.4 Aparato renal.....	7
1.2.5 Aparato digestivo.....	11
1.2.6 Aparato endocrino.....	13
1.2.7 Función suprarrenal.....	15
1.2.8 Sistema nervioso central.....	16
1.2.9 Metabolismo: carbohidratos, lípidos, proteínas .....	16
1.2.10 Aparato locomotor .....	17
1.2.11 Piel .....	18
1.2.12 Aparato reproductor: cuello uterino, endometrio y miometrio .....	19
1.2.13 Cambios en mamas .....	22
1.2.14 Aparato Oftalmológico .....	23
1.2.15 Inmunología del embarazo .....	23
1.2.16 Ganancia de Peso .....	24
1.2.17 Homeostasia del agua corporal .....	24

1.2.18 Fisiología genital y capacidad de respuesta sexual .....	25
1.3 Cambios psicológicos y emocionales en el embarazo .....	26
1.4 El padre en la etapa perinatal.....	30
1.5 Ciclo vital familiar .....	36
1.6 Funciones de la Familia.....	37
1.7 Crisis Familiares .....	39
1.8 Redes de Apoyo .....	46
2. Planteamiento del Problema .....	54
3. Justificación .....	56
4. Objetivos .....	60
4.1 Objetivo General .....	60
4.2 Objetivo específico .....	60
5. Material y métodos .....	60
5.1 Tipo de estudio .....	61
5.2 Población .....	61
5.3 Muestra .....	61
5.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación .....	61
5.5 Variables .....	63
5.6 Tipo de muestra .....	64
6. Instrumento para la recolección de datos .....	64

7. Método de recolección de datos .....	65
8. Recursos .....	65
8.1 Recursos humanos .....	65
8.2 Recursos materiales .....	65
8.3 Recursos físicos .....	65
8.4 Recursos financieros .....	66
9. Consideraciones éticas .....	66
10. Resultados .....	68
11. Discusión .....	75
12. Conclusiones .....	80
13. Bibliografía .....	82
14. Anexos .....	86

## **1.- MARCO TEORICO**

### **1.1. DEFINICION DE EMBARAZO**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al Embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación) completando el proceso de nidación y que termina con el parto.<sup>1</sup>

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) establece que el Embarazo es la parte del proceso que comienza con la implantación del “conceptus” en el seno de la mujer, y que termina con el nacimiento de un bebé o un aborto.<sup>2</sup>

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana el Embarazo Normal es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.<sup>3</sup>

### **1.2 CAMBIOS FISIOLÓGICOS DEL EMBARAZO**

Las alteraciones fisiológicas maternas que tienen lugar durante el embarazo están directamente vinculadas a las necesidades metabólicas específicas del feto.<sup>4</sup>

Por lo tanto el embarazo induce cambios en todos los sistemas fisiológicos maternos para adaptarse al feto que se está desarrollando.<sup>5</sup> La evolución favorable del embarazo requiere de esa adaptación del organismo materno a las modificaciones fisiológicas.<sup>6</sup>

Los cambios fisiológicos maternos más importantes que se presentan en los aparatos y sistemas, así como su sintomatología se señalan a continuación.

## **Aparato Cardiovascular**

Se requieren profundos cambios cardiovasculares durante el embarazo para cubrir los requerimientos fetales de oxígeno y nutrientes, y el aumento de las demandas de los aparatos y sistemas maternos. Muchos de estos cambios pueden detectarse en el primer trimestre como la frecuencia cardíaca, el volumen minuto, el tono vascular y la presión arterial. <sup>5</sup>

Durante el embarazo, el corazón se desplaza hacia arriba y hacia la izquierda y adopta una posición horizontal a medida que su vértice se desplaza lateralmente, estos cambios de posición son el resultado de la elevación del diafragma causada por el desplazamiento de las vísceras abdominales como consecuencia del agrandamiento del útero. Además la masa de músculo ventricular aumenta, y tanto el ventrículo como la aurícula izquierdos aumentan de tamaño simultáneamente al aumento del volumen de sangre circulante. <sup>4</sup>

El gasto cardíaco aumenta de un 30% a un 50%, en la primera mitad del embarazo este aumento es consecuencia del aumento del volumen sistólico de entre el 20 y el 50% debido a las alteraciones del volumen de sangre circulante y la resistencia vascular periférica, y en la segunda mitad del embarazo, como consecuencia del aumento de la frecuencia cardíaca materna. <sup>4</sup>

El volumen de sangre circulante empieza a aumentar a las 6 a 8 semanas de gestación y alcanza un incremento máximo del 45% a las 32 semanas de gestación. <sup>4</sup>

La resistencia vascular periférica disminuye debido a la combinación de efecto relajante del músculo liso de la progesterona, el incremento de la producción de sustancias vasodilatadoras (prostaglandinas, óxido nítrico, péptido natriurético auricular) y la derivación arteriovenosa a la circulación uteroplacentaria. <sup>4</sup>

Durante el embarazo, el tono vascular se modifica y genera una reducción de la presión arterial sistémica<sup>5</sup>, cuando se toma la presión en sedestación o bipedestación, la tensión arterial diastólica disminuye a partir de la séptima semana de gestación y alcanza un descenso máximo de 10 mmHg entre las semanas 24 a 32, luego las cifras de tensión arterial regresan gradualmente a unos niveles no grávidos al término del embarazo.<sup>4</sup>

Los incrementos de los receptores miocárdicos alfa mediados por los estrógenos determinan un aumento de la frecuencia cardíaca de entre 10 y 20 lpm.<sup>8</sup>

Los síntomas que pueden presentarse en 1 de cada 10 mujeres comprenden mareo, aturdimiento y síncope, estos síntomas se denominan síndrome de la vena cava inferior y pueden estar relacionados con una derivación ineficaz de la circulación paravertebral cuando el útero grávido ocluye la vena cava inferior.<sup>4</sup> Durante el final del segundo y el tercer trimestre, la compresión de la vena cava cuando la madre se ubica en decúbito supino puede disminuir el retorno venoso, con reducción del 25 al 30% en el volumen minuto, por esta razón no es recomendable que la madre se coloque en decúbito supino.<sup>5</sup>

La presión venosa se eleva paulatinamente durante el embarazo, sobre todo en los miembros inferiores, el aumento de la progesterona eleva la distensibilidad venosa, estos factores además de las dificultades de retorno venoso de la vena cava inferior, explican el edema en las partes declives, las venas varicosas, las hemorroides, las varicosidades labiales y el mayor riesgo de tromboembolia venosa.<sup>8</sup>

Los datos normales que se obtienen en la exploración cardiovascular comprenden un aumento del desdoblamiento del segundo tono cardíaco con la inspiración, distensión de las venas del cuello y soplo sistólico leve, que es de suponer que están asociados a un aumento del flujo sanguíneo a través de las

válvulas aórtica y pulmonar. Muchas mujeres embarazadas sanas presentan un galope ventricular, o tercer tono cardiaco, a partir de la segunda mitad del embarazo. Los soplos diastólicos no deben considerarse normales en el embarazo. <sup>4</sup>

Otros datos de la exploración física asociados a los cambios cardiovasculares maternos son el edema periférico, la taquicardia ligera y el desplazamiento lateral de la punta del ventrículo izquierdo. Los soplos continuos sobre las glándulas mamarias del segundo al cuarto espacios intercostales, se auscultan en la fase final del embarazo y se conocen como soplo mamario. <sup>8</sup>

En el electrocardiograma puede ponerse de manifiesto una ligera desviación del eje izquierdo. (4) Ese desvío ocasionado por la elevación del diafragma se aproxima a 15°, aunque se describieron desvíos de hasta 28°. Los cambios electrocardiográficos incluyen taquicardia sinusal, complejos QRS de bajo voltaje, latidos ectópicos u ondas T planas o invertidas en las derivaciones torácicas anteriores y en DIII, y una depresión del segmento ST en las derivaciones torácicas y de los miembros. <sup>5</sup>

### **Aparato Respiratorio**

El aparato respiratorio también se adapta al aumento de las demandas de oxígeno y ventilatorias impuestas por el embarazo. <sup>5</sup> Estas alteraciones están mediadas principalmente por la progesterona. <sup>4</sup>

Se producen precozmente a partir de la octava semana modificaciones en las capacidades, volúmenes y ventilaciones pulmonares por efecto hormonal, mecánicas y anatómicas. <sup>6</sup>

Conforme avanza la gestación, el diafragma se eleva 4 cm a consecuencia de la expansión del útero y el perímetro de la parte inferior de la caja torácica se expande 5 cm. El aumento de las cifras de relaxina de la gestación hace que se

relajen las inserciones ligamentosas en la caja torácica con lo que el ángulo subcostal se eleva de 68 a 103°. Los músculos respiratorios no se alteran durante la gestación, ni tampoco las presiones inspiratorias y espiratorias máximas.<sup>8</sup>

El embarazo está asociado a un incremento del consumo total de oxígeno corporal de unos 50 ml O<sub>2</sub>/min, una cifra que es un 20% más alto que en la mujer no embarazada, el útero grávido y su contenido consumen aproximadamente el 50% de este incremento, el corazón y los riñones el 30%, los músculos respiratorios el 18% y las mamas el resto.<sup>4</sup>

La consecuencia de la elevación del diafragma es una reducción del 20% del volumen residual y la capacidad residual funcional, además de una reducción del 5% del volumen pulmonar total. Aunque la frecuencia respiratoria materna básicamente no varía, se produce un aumento del 30 al 40% del volumen corriente o circulante debido a un aumento del 5% de la capacidad inspiratoria, que se traduce en un incremento del 30 al 40% de la ventilación por minuto.<sup>4</sup>

La progesterona provoca un aumento de la sensibilidad de los quimiorreceptores centrales al CO<sub>2</sub>, que se traduce en un aumento de la ventilación y una reducción de la PCO<sub>2</sub> arterial. La alcalosis respiratoria que aparece como consecuencia de la reducción de la PCO<sub>2</sub> arterial en el embarazo queda compensada por un aumento de la excreción renal de bicarbonato, que da lugar a unas concentraciones de bicarbonato normales durante el embarazo, lo que significa que el pH arterial materno es normal.<sup>4</sup>

Los síntomas frecuentes son la disnea que es una respuesta fisiológica a la baja de PCO<sub>2</sub> arterial.<sup>4</sup> La mucosa nasal y respiratoria sufre edema e hiperemia por el aumento de los estrógenos y del volumen sanguíneo durante el embarazo, este cambio se percibe como congestión y rinitis, también son frecuentes los síntomas pseudoalérgicos o los resfriados leves.

Dado el mayor edema y friabilidad de las vías respiratorias altas, las embarazadas propenden más a las epistaxis y al sangrado con la manipulación.<sup>8</sup>

### **Sistema Hematológico**

El embarazo afecta todos los componentes del sistema hematológico y produce modificaciones en el volumen plasmático, el volumen de eritrocitos, el sistema inmunológico y los factores de coagulación.<sup>5</sup>

El volumen plasmático materno empieza a aumentar en la sexta semana de embarazo y alcanza el nivel máximo a las 30-40 semanas de gestación, tras lo cual se estabiliza. El aumento medio del volumen plasmático es de aproximadamente el 50% en las gestaciones únicas y mayor en las gestaciones múltiples.<sup>4</sup>

El volumen de eritrocitos también aumenta en el embarazo con un promedio de aproximadamente 450 ml. La volemia materna aumenta un 35% al término del embarazo.<sup>4</sup>

La mujer embarazada sana necesita un total de 1000mg de hierro adicional: 500 mg se utilizan para aumentar la masa de eritrocitos, 300 mg se transportan al feto y 200 mg se utilizan para compensar la pérdida de hierro normal. Para mantener las necesidades maternas de hierro se recomiendan 60 mg de hierro al día.<sup>4</sup>

El número de plaquetas puede ser menor en el embarazo por su agregación pero se mantiene, no obstante, dentro de la normalidad.<sup>8</sup>

La concentración de numerosos factores de coagulación aumenta durante el embarazo. El fibrinógeno (factor I) aumenta un 50%, como los productos de la degradación de la fibrina y los factores VII, VIII, IX y X. La protrombina (factor II) y los factores V y XII no varían. En contraposición a esto, la concentración

de inhibidores clave de la coagulación como la proteína C y la proteína S activadas disminuye.<sup>4</sup>

El aumento de los procoagulantes, el descenso de la fibrinólisis y el incremento de la estasis venosa, sobre todo de los miembros inferiores generan un estado de hipercoagulabilidad lo que explica por qué la incidencia de las complicaciones tromboembólicas venosas se quintuplica en el embarazo. A medida que se expande el útero, la compresión venosa dificulta el retorno venoso de la parte inferior del cuerpo.<sup>8</sup>

En el embarazo es normal cierto grado de edema y puede aparecer hinchazón de las manos, la cara, las piernas, los tobillos y los pies, esto suele empeorar al final del embarazo y en verano.<sup>4</sup>

En el embarazo se alteran varios valores hematológicos, el aumento desproporcionado del volumen plasmático en comparación con el volumen de eritrocitos, lleva a una disminución de la concentración de hemoglobina y el hematocrito durante el embarazo, que se denomina anemia fisiológica. Normalmente las cifras inferiores a 11 g/dl se deben a la ferropenia. La cifra de leucocitos puede oscilar entre 5000 y 12000/l. La alteración más llamativa del sistema de coagulación es un aumento de la concentración de fibrinógeno que oscila entre 300 y 600 mg/dl en el embarazo, en comparación con 200 y 400 mg/dl en el estado no grávido. Pese al estado protrombótico del embarazo los tiempos de coagulación no varían.<sup>4</sup>

### **Aparato Renal**

El aparato renal es el lugar en que aumenta la actividad funcional durante el embarazo para aumentar el equilibrio hidroelectrolítico, de los solutos y ácido-básico en respuesta a la gran actividad del aparato cardiorrespiratorio.<sup>4</sup>

La principal alteración anatómica del aparato renal es el engrosamiento y la dilatación de los riñones y el sistema colector urinario. <sup>4</sup> Se produce dilatación de la pelvis renal, cálices y los uréteres debido a factores mecánicos y hormonales provocando aumento del espacio muerto urinario, este incremento del espacio muerto urinario unido al crecimiento de la vascularización renal y el mayor volumen intersticial ocasionan aumento en la longitud del riñón de aproximadamente 1 a 1.5 cm. <sup>6</sup>

Se produce una compresión mecánica de los uréteres cuando el útero se agranda y se apoya en el borde de la pelvis. Normalmente, el uréter derecho está más dilatado que el izquierdo, debido a la rotación hacia la derecha del útero y a la compresión causada por el plexo venoso del ovario derecho engrosado. La progesterona provoca la relajación del músculo liso de los uréteres, lo que también se traduce en dilatación, además debido a que la progesterona también reduce el tono vesical, el volumen residual aumenta. A medida que el útero se agranda mientras evoluciona el embarazo, la capacidad vesical disminuye. <sup>4</sup>

El útero gestante podría contribuir a la obstrucción intermitente de los uréteres, esta obstrucción y la mayor estasis producen resultados imprecisos en las pruebas de función renal y aumentan el riesgo de desarrollar infecciones urinarias bajas. <sup>5</sup>

La compresión de los uréteres determina una congestión de la orina que predispone a la mujer embarazada a las infecciones urinarias, la nefrolitiasis y la pielonefritis. La vejiga pierde tono con la frecuencia, urgencia e incontinencia consiguiente, la incontinencia se complica en el tercer trimestre cuando la cabeza fetal se encaja en la pelvis. <sup>8</sup>

El flujo plasmático renal empieza a aumentar y al término del embarazo puede ser un 75% más alto que en el mujer no embarazada, así mismo, la filtración.

Glomerular (FG) aumenta hasta el 50%, este aumento de la FG se traduce en una mayor carga de distintos solutos que se presentan en el aparato renal.<sup>4</sup> Estos incrementos alcanzan su valor máximo hacia el final del primer trimestre y persisten durante todo el embarazo.<sup>5</sup>

El aclaramiento de creatinina se eleva un 25% en la primera parte del embarazo, con lo que la creatinina sérica disminuye desde aproximadamente 0.8 mg/dl hasta 0.5 mg/dl. La excreción de proteínas y de albúmina también aumenta en la orina, lo que complica el diagnóstico y la vigilancia de las enfermedades renales durante la gestación. Durante un embarazo normal se excretan en 24 hrs, un promedio de 200 mg de proteínas y un máximo de 300 mg. de manera análoga, durante la gestación se excreta 12 mg de albúmina y como máximo 20mg en 24 hrs, esta eliminación se debe al aumento de la TFG y a los cambios en la selectividad de la carga de la membrana glomerular. La glucosa también se elimina en mayor cantidad durante el embarazo, la glucosa continúa filtrándose sin problemas pero su reabsorción que tiene lugar por transporte activo en el túbulo proximal y en menor medida en el tubo colector, se ve limitada por el rápido flujo tubular. El sodio también se retiene en la gestación (900-950 mEq al final del embarazo), lo que ayuda a sostener la expansión plasmática en los vasos dilatados. A pesar de que se filtre más sodio, también aumenta su reabsorción en los túbulos renales.<sup>8</sup>

Los aminoácidos y las vitaminas hidrosolubles, como la vitamina B12 y el folato, también se eliminan en mayor medida, no obstante, no se produce ningún incremento importante de la pérdida de proteínas en la orina, lo que significa que cualquier proteinuria durante el embarazo debe hacernos pensar en una posible enfermedad.<sup>4</sup>

El cambio en el umbral osmótico se atribuye a alteraciones en el metabolismo de la vasopresina. La secreción de vasopresina no se inhibe cuando se alcanzan los valores umbrales osmóticos normales, lo que estimula la retención

de líquido. El aumento de la secreción se equilibra en parte debido a la acción de la vasopresina placentaria, que es una enzima que degrada vasopresina. En consecuencia, el embarazo se asocia con una activación relativa del sistema renina-angiotensina-aldosterona, esta activación contribuye a producir retención de sodio y aumenta el contenido corporal total del agua, el embarazo se asocia con un incremento de entre 6 y 8 litros en el contenido corporal total de agua y dos terceras partes se almacenan en el compartimiento extracelular.<sup>5</sup> La actividad de la renina plasmática es hasta 10 veces más alta y el sustrato de la renina (angiotensinógeno) y la angiotensina aproximadamente se quintuplican.<sup>4</sup>

Las alteraciones anatómicas que se producen en el aparato renal se traducen en varios síntomas comunes durante el embarazo. La compresión de la vejiga por el útero engrosado se traduce en una polaquiuria que no está asociada a infección urinaria ni vesical. Además el 20% de las mujeres experimenta incontinencia urinaria de esfuerzo, finalmente, la estasis de orina a lo largo de todo el sistema colector renal predispone a una mayor incidencia de pielonefritis en las pacientes con bacteriuria asintomática.<sup>4</sup>

Conforme evoluciona el embarazo, la presión que ejerce la parte presentada por el feto en la vejiga materna puede provocar edema y protrusión de la base de la vejiga en la porción anterior de la vagina.

Las concentraciones séricas de creatinina y urea disminuyen en el embarazo normal, se observa una dilatación normal del sistema colector renal que parece una hidronefrosis e hidrouréter, estos cambios se inician precozmente desde la sexta semana de gestación y el 90% los presenta alrededor de la semana 28.<sup>6</sup>

## **Aparato Digestivo**

Las alteraciones anatómicas y funcionales que tienen lugar en el aparato digestivo durante el embarazo se deben al efecto combinado del engrosamiento del útero y las acciones hormonales del embarazo.<sup>4</sup>

La principal alteración anatómica relacionada con el embarazo es el desplazamiento del estómago y el intestino debido al engrosamiento del útero. Aunque el estómago y los intestinos cambian de posición, su tamaño no varía. El tamaño del hígado y las vías biliares tampoco varía, pero la vena porta se engrosa debido al aumento del flujo sanguíneo.<sup>4</sup>

La relajación generalizada del músculo liso mediada por la progesterona provoca una reducción del tono del esfínter esofágico, una disminución de la motilidad digestiva y un deterioro de la contractilidad de la vesícula biliar. Además, el desequilibrio entre las presiones intraesofágicas bajas y las presiones intragástricas altas, combinado con el menor tono del esfínter esofágico facilita el reflujo esofágico.<sup>4</sup>

La reducción de la contractibilidad de la vesícula biliar, combinada con la inhibición del transporte de ácidos biliares mediada por estrógenos, lleva a un aumento de la prevalencia de los cálculos biliares y la colestasis. Los estrógenos también estimulan la síntesis hepática de proteínas como el fibrinógeno, la ceruloplasmina y las proteínas transportadoras de corticosteroides, esteroides sexuales, hormona tiroidea y vitamina D.<sup>4</sup>

Las náuseas y el vómito del embarazo suelen aparecer entre la cuarta y la octava semana de gestación y disminuyen a mitad del segundo trimestre, normalmente entre las semanas 14 y 16. La causa de estas náuseas parece que está relacionada con la elevación de las concentraciones de progesterona, la gonadotropina coriónica humana y la relajación del músculo liso del estómago.<sup>4</sup>

Muchas pacientes refieren antojos durante el embarazo, éstos pueden ser el resultado de la percepción por parte de la paciente de que un alimento en concreto puede ayudarle con las náuseas. <sup>4</sup>

La pica es un ansia especialmente intensa por sustancias como el hielo, el almidón o la arcilla. <sup>4</sup>

Otras pacientes desarrollan aversiones alimentarias u olfatorias durante el embarazo.

El ptialismo es percibido por la paciente como una producción excesiva de saliva, pero probablemente representa la incapacidad de una mujer con náuseas para deglutir la cantidad normal de saliva que se produce. <sup>4</sup>

Los síntomas del reflujo gastroesofágico suelen ser más pronunciados conforme avanza el embarazo y aumenta la presión intraabdominal. El estreñimiento es frecuente en el embarazo y está asociado a la obstrucción mecánica del colon por el intestino engrosado, la reducción de la motilidad y el aumento de la absorción de agua durante el embarazo. <sup>4</sup>

El prurito puede ser consecuencia de la colestasis intra-hepática y el aumento de las concentraciones de ácidos biliares,<sup>4</sup> se presenta en 3 a 20% de las embarazadas, puede ser localizado o generalizado y se acentúa conforme avanza la gestación. <sup>6</sup>

Las encías se vuelven más edematosas y blandas y sangran fácilmente con el cepillado vigoroso. A veces, aparecen unas lesiones violáceas pedunculadas en la línea gingival, que se denominan épulis gravídico, estas lesiones, que en realidad son granulomas piógenos, a veces sangran con mucha facilidad, pero normalmente desaparecen a los 2 meses del parto. <sup>4</sup>

Las hemorroides son frecuentes en el embarazo y están causadas por el estreñimiento y la elevación de las presiones venosas que son el resultado del aumento del flujo sanguíneo pélvico y los efectos del engrosamiento del útero. <sup>4</sup>

La concentración sérica total de fosfatasa alcalina se duplica, principalmente debido al aumento de la producción placentaria. <sup>4</sup>

Las concentraciones séricas de colesterol y triglicéridos aumentan. Aunque la albúmina total aumenta en el suero, las concentraciones son bajas, principalmente debido a la hemodilatación. Las concentraciones de fosfatasa alcalina se elevan casi al doble, mientras que el aspartato aminotransferasa, alanina aminotransferasa, glutamiltransferasa y bilirrubina en buena parte se mantiene invariables o disminuyen ligeramente. Las de amilasa y lipasa tampoco varían. <sup>4</sup>

### **Aparato Endocrino**

El embarazo influye en la producción de varias hormonas endocrinas que controlan las adaptaciones fisiológicas en otros sistemas orgánicos. <sup>4</sup>

#### **Función Tiroidea**

El embarazo genera un estado eutiroideo global, pese a que se producen varias alteraciones en la regulación tiroidea. La glándula tiroidea aumenta moderadamente de tamaño, pero no provoca tiromegalia ni bocio. <sup>4</sup>

Durante el embarazo ocurren variaciones fisiológicas que modifican la función tiroidea, pero no son constantes a lo largo del embarazo y difieren en cada trimestre. <sup>9</sup>

Las hormonas tiroideas son transportadas en el suero por tres proteínas mediante uniones no covalentes: albúmina, transtirretina y globulina transportadora de hormona tiroidea. Esta última transporta la mayor cantidad

de hormona. El aumento de los estrógenos, propio del embarazo, duplica la globulina transportadora de hormona tiroidea debido a mayor producción hepática y menor degradación, por lo cual disminuye transitoriamente el nivel sanguíneo de T4 libre, a esto se le suman el aumento en el paso y la degradación en la placenta, este hecho contrasta con el incremento en los niveles de las hormonas totales, más la T4 que la T3, por la mayor afinidad de la globulina transportadora de la hormona tiroidea. Los niveles circulantes de albúmina y transtirretina se mantienen estables. Otro cambio importante que contribuye a esta disminución del T4 libre es el aumento de la filtración glomerular de yodo, por lo que se excreta en mayores cantidades.<sup>9</sup>

La hormona gonadotrófica coriónica humana tiene una acción estimulante sobre la glándula tiroidea, aumentando la producción de hormonas al doble en comparación con una mujer que no está embarazada, este aumento tiene su pico a las 12 semanas de gestación. Esta acción estimulante de la hormona gonadotrófica coriónica humana sobre la glándula puede ser vista como un mecanismo de protección que permite conservar el metabolismo tiroideo cuando las demandas hormonales aumentan y el feto es incapaz de producir T3 y T4.<sup>9</sup>

Inicialmente hay un pequeño ascenso de la TSH debido a la disminución transitoria del nivel de T4 libre por acción de la globulina transportadora de hormona tiroidea, seguido por un descenso marcado hacia el fin del primer trimestre, luego la TSH asciende progresivamente durante la segunda mitad del embarazo, por lo tanto, el nivel de TSH es menor en el primer trimestre y mayor en el segundo y tercero.<sup>9</sup>

La tiroglobulina también se ve afectada durante el embarazo, esta glucoproteína aumenta durante el embarazo, como resultado de la mayor actividad tiroidea, este aumento comienza desde el primer trimestre, pero es más notorio al final de la gestación.

Estas concentraciones séricas mayores de tiroglobulina también están vinculadas con el aumento del volumen tiroideo, por lo cual se ha propuesto que la tiroglobulina puede ser un buen marcador de actividad bociógena asociada a la deficiencia de yodo. <sup>9</sup>

#### Función Suprarrenal

Aunque el embarazo no altera el tamaño ni la morfología de la glándula suprarrenal, influye en la síntesis de hormonas. <sup>4</sup>

Los estrógenos inducen la síntesis hepática de proteína transportadora de cortisol, lo que tiene como resultado una elevación de las concentraciones de cortisol sérico. Las concentraciones de corticotropina (ACTH) aumentan conjuntamente con el cortisol sérico. Las concentraciones de aldosterona aumentan notablemente debido al aumento de la síntesis suprarrenal. Las concentraciones maternas de sulfato de deshidroepiandrosterona disminuyen debido a un aumento de la captación hepática y conversión a estrógenos. <sup>4</sup>

Se produce un hiperparatiroidismo fisiológico que se debe a la acción de la hormona paratiroidea (PTH) y el péptido relacionado con la hormona paratiroidea (PTHrp). Las concentraciones de PTH disminuyen a medida que avanza el embarazo, pero este descenso se compensa con la producción placentaria de PTHrp, que posee aminoácidos homólogos a los de la PTH y es capaz de estimular a los receptores de PTH. <sup>5</sup>

El embarazo requiere un aumento de absorción de calcio para cubrir las demandas del feto, este requerimiento se logra mediante un incremento de la síntesis de vitamina D y un hiperparatiroidismo fisiológico. La vitamina D se sintetiza en la piel y se activa por hidroxilación en los riñones y la placenta, la vitamina D activada aumenta la actividad de los canales de calcio de la membrana, lo que a su vez incrementa el transporte placentario hacia el feto, la

PTHrp influye más sobre el transporte de calcio a través de la placenta que sobre un aumento de la síntesis de vitamina D activada.<sup>5</sup>

### **Sistema Nervioso Central**

El riego sanguíneo cerebral bilateral en las arterias cerebrales media y posterior disminuye progresivamente hasta el tercer trimestre, esto podría explicar la disminución de la memoria durante el embarazo.<sup>6</sup>

### **Metabolismo**

#### Metabolismo de los hidratos de carbono

El embarazo posee un efecto diabetógeno sobre el metabolismo de los hidratos de carbono, que se caracteriza por una disminución de la respuesta a la insulina, hiperinsulinemia e hiperglucemia. La resistencia insulínica se debe principalmente a la acción del lactógeno placentario o coriomamotropina, que aumenta la resistencia de los tejidos periféricos a los efectos de la insulina. La progesterona y los estrógenos también pueden contribuir a la aparición de resistencia insulínica. La síntesis y el almacenamiento de glucógeno hepático aumentan y la gluconeogénesis está inhibida.<sup>4</sup>

El efecto global de estas alteraciones es la atenuación de la respuesta materna a una carga de glucosa, lo que genera hiperglucemia postprandial.<sup>4</sup>

Además, la unidad fetoplacentaria sirve de tubo de drenaje constante de la glucemia materna. La glucosa es el principal combustible para la placenta y el feto y por lo tanto, el transporte de glucosa de la madre al feto se da mediante difusión facilitada. A raíz de esto, durante los períodos de ayuno aparece hipoglucemia materna.<sup>4</sup>

## Metabolismo de los Lípidos

El embarazo provoca un aumento de las concentraciones circulantes de todos los lípidos, lipoproteínas y apolipoproteínas. Al comienzo del embarazo, predomina el almacenamiento de grasa en los tejidos centrales.

Posteriormente, predomina la lipólisis, posiblemente desencadenada por la hipoglucemia materna en ayunas. En ausencia de glucosa, las concentraciones plasmáticas elevadas de ácidos grasos libres, triglicéridos y colesterol proporcionan energía a la madre, esto se ha descrito como inanición acelerada.<sup>4</sup>

## Metabolismo de las Proteínas

El embarazo se caracteriza por la captación y la utilización de aproximadamente 1 kg de proteínas más que en el estado no grávido normal. Al término del embarazo, el feto y la placenta utilizan el 50% de las proteínas adicionales y el resto se lo reparten entre el útero, las mamas, la hemoglobina materna y las proteínas plasmáticas.<sup>4</sup>

## **Aparato Locomotor**

A medida que avanza el embarazo, se hace evidente una lordosis lumbar compensadora (convexidad anterior de la columna lumbar), esta alteración es útil en términos funcionales, porque ayuda a mantener el centro de gravedad de la mujer sobre las piernas, de lo contrario, el útero engrosado se desplazaría hacia delante. No obstante, como resultado de este cambio de postura, prácticamente todas las mujeres refieren lumbalgia durante el embarazo.<sup>4</sup>

La presión creciente provocada por el crecimiento intraabdominal del útero puede traducirse en un empeoramiento de los defectos herniarios, que la mayoría de las veces se observan en el ombligo y la pared abdominal

(diástasis de los rectos, que es una separación fisiológica de los músculos rectos del abdomen).<sup>4</sup>

Desde el comienzo del embarazo, los efectos de la relaxina y la progesterona se traducen en una relativa laxitud de los ligamentos. La sínfisis del pubis se separa aproximadamente a las 28-30 semanas. Con frecuencia, las pacientes refieren una marcha inestable y pueden sufrir caídas con mayor frecuencia, como consecuencia de estas dos alteraciones y de la modificación del centro de gravedad.<sup>4</sup>

### **Piel**

El embarazo genera varias alteraciones características en el aspecto de la piel materna.<sup>4</sup>

Las arañas vasculares (hemangiomas aracniformes) son muy frecuentes en la región superior del torso, la cara y los brazos. El eritema palmar se da en más del 50% de las pacientes, ambos están asociados a un aumento de las concentraciones de estrógenos circulantes y desaparecen tras el parto.<sup>4</sup>

Las estrías gravídicas se dan en más de la mitad de todas las mujeres embarazadas y aparecen en la región inferior del abdomen, las mamas y los muslos. Inicialmente, las estrías pueden ser de color púrpura o rosa, con el tiempo se vuelven blancas o plateadas, son el resultado del estiramiento de la piel normal. No existe ningún tratamiento eficaz para evitar las estrías gravídicas y una vez que han aparecido ya no pueden eliminarse.<sup>4</sup>

El embarazo puede provocar una hiperpigmentación característica que se cree es consecuencia de la elevación de las concentraciones de estrógenos y melanotropina y de una reacción cruzada con la GCH. Con frecuencia, la hiperpigmentación afecta al ombligo y al periné, aunque puede afectar a

cualquier superficie cutánea. La línea alba de la región inferior del abdomen se oscurece y se convierte en línea negra. <sup>4</sup>

El cloasma (melasma) es la alteración pigmentaria más común y que preocupa a la mujer gestante, esto se debe a que en determinadas áreas de la piel hay mayor cantidad de melanocitos, siendo la alteración histológica el depósito de melanina, influenciadas por la hormona estimulante de la melanina, factores genéticos, cosméticos y radiación ultravioleta. <sup>6</sup> El tamaño y la pigmentación de los nevos cutáneos pueden aumentar, pero los nevos desaparecen tras el embarazo. <sup>4</sup>

La sudoración exocrina y la producción de grasa aumentan durante el embarazo normal y muchas pacientes refieren acné. <sup>4</sup>

El crecimiento del cabello durante el embarazo se mantiene, de 2 a 4 meses después del embarazo se produce una alopecia significativa, el crecimiento del cabello suele normalizarse de 6 a 12 meses después del parto. <sup>4</sup>

### **Aparato Reproductor**

De todos los sistemas fisiológicos maternos, el aparato reproductor es el que experimenta los cambios más importantes durante el embarazo. El útero puede dividirse en 3 componentes funcionales y todos ellos deben adaptarse al feto en vías de desarrollo: cuello uterino, endometrio (decidua) y miometrio (útero). <sup>5</sup>

#### **Cuello Uterino**

El cuello uterino cumple 2 funciones opuestas durante el embarazo: mantiene al feto dentro del útero y se dilata cuando comienza el trabajo de parto. <sup>5</sup>

El cuello uterino está compuesto por un componente celular y una matriz extracelular, esta última está formada por muchas macromoléculas diferentes, entre ellas colágeno de tipo I y II, proteoglicanos y glucosaminoglucanos. <sup>5</sup>

Durante el embarazo, pero especialmente en la segunda mitad, la masa cervical aumenta debido a la influencia del estrógeno, la progesterona y la relaxina. Se detectaron elevaciones del contenido de colágeno, proteoglicanos, glucosaminoglucanos y agua. Las células musculares lisas experimentan tanto hiperplasia como hipertrofia.<sup>5</sup>

Los cambios cervicales durante el embarazo pueden dividirse en fases de remodelado y de borramiento.<sup>5</sup>

El remodelado es un proceso anabólico regulado por el ambiente hormonal del embarazo, durante esta fase se deposita colágeno, proteoglicanos y glucosaminoglucanos en la matriz extracelular, el aumento del depósito de hialuronato produce un influjo de agua que genera un reblandecimiento del cuello uterino. Se cree que las alteraciones en las proporciones de colágeno, proteoglicanos y glucosaminoglucanos contribuyen a la disminución progresiva de la resistencia a la tensión del cuello uterino y de la reducción gradual de la longitud de las fibrillas de colágeno.<sup>5</sup>

La fase de borramiento se considera un proceso catabólico caracterizado por una degradación de los componentes de la matriz extracelular. El aumento de las concentraciones de prostaglandinas que se observa tanto en el trabajo de parto de término como en el pretérmino puede estimular la liberación de proteasas extracelulares. Se cree que el borramiento es un proceso inflamatorio que se acelera debido al infiltrado de leucocitos y la liberación de citocinas proinflamatorias, los leucocitos como los neutrófilos, representan una fuente rica en proteasas que podrían contribuir al proceso de degradación. Las citocinas proinflamatorias como el factor de necrosis tumoral (TNF) alfa o la interleucina (IL)-8 que inducen la formación de un infiltrado inflamatorio, pueden estimular el borramiento cervical.<sup>5</sup>

## Endometrio (decidua)

La decidua ha sido muy poco estudiada durante el embarazo, pero se sabe que cumple un papel importante en el anclaje de la placenta, es metabólicamente activa y es fundamental para el establecimiento inicial y el mantenimiento del embarazo. El endometrio se infiltra con leucocitos maternos, lo que contribuye al mantenimiento del embarazo a través de la regulación de las respuestas inmunitarias. La decidua produce varias hormonas diferentes como la prolactina, la relaxina, la CRH y la prostaglandina deshidrogenasa (enzima que inactiva a la prostaglandina).<sup>5</sup>

## Miometrio (útero)

El miometrio aumenta su peso desde 60 g al principio del embarazo hasta 1100 g al término, este incremento se debe principalmente a la hipertrofia del músculo liso y la hipertrofia de las células miometriales, el aumento de tamaño parece depender de la presencia de estrógenos y progesterona.<sup>5</sup>

El útero permanece en la pelvis hasta alrededor de las 12 semanas de edad gestacional, en ese momento, el útero adopta una forma esférica en comparación con su forma de pera fuera del embarazo, el tamaño del útero sigue en aumento y alcanza el nivel del ombligo hacia las 20 semanas de gestación. La medición de la altura del fondo uterino en centímetros refleja aproximadamente la edad gestacional desde ese momento hasta el término. Al término, las alturas del fondo podrían disminuir cuando la cabeza fetal se encaja dentro de la pelvis materna.<sup>5</sup>

Para adaptarse al tamaño uterino creciente y al feto en desarrollo, el flujo sanguíneo aumenta durante el embarazo hasta aproximadamente a 500 ml/min al término, se cree que es secundario a un incremento de la producción de hormonas placentarias. El diámetro y la longitud de los vasos uterinos aumentan para adaptarse al incremento del flujo sanguíneo. Un ascenso en la

concentración de ciertos compuestos vasodilatadores, como las prostaglandinas y el óxido nítrico, dentro de la circulación uterina contribuye a reducir el tono vascular y aumentar el flujo sanguíneo uterino, además, se reduce la capacidad de respuesta de los vasos uterinos a ciertas sustancias vasoactivas, como la angiotensina.<sup>5</sup>

Aunque el miometrio se contrae fácilmente en respuesta a un estímulo durante el embarazo, las contracciones uterinas espontáneas son relativamente raras, y se producen entre 2 y 3 veces por hora durante el embarazo normal, estas contracciones suelen identificarse durante el tercer trimestre o antes y se denominan contracciones de "Braxton-Hicks". A medida que se aproxima el término, la actividad espontánea aumenta gradualmente, sobre todo al final del tercer trimestre, además, la capacidad del útero para responder a los agentes estimuladores aumenta en forma significativa, este incremento de la actividad uterina sería consecuencia del aumento del acoplamiento eléctrico entre las células miometriales, el cual se debe a la presencia de canales entre las células formados por proteínas conexas, estas proteínas proporcionan canales de baja resistencia para el pase de iones, como el calcio.<sup>5</sup>

Debido al aumento de la vascularidad, las varices vulvares son frecuentes y suelen desaparecer tras el parto.<sup>4</sup>

El aumento de la secreción vaginal, además de la estimulación del epitelio vaginal, da lugar a un flujo denso y abundante que se denomina leucorrea del embarazo. El epitelio del endocérvix crece hacia el ectocérvix, lo que está asociado a un tapón de moco.<sup>4</sup>

Durante el embarazo, el útero experimenta un enorme aumento de peso desde los 70 g en el estado no grávido a aproximadamente 1100 g al término del embarazo, principalmente por la hipertrofia de las células del miometrio. De

modo parecido, el tamaño de la cavidad uterina aumenta y alcanza un volumen de hasta 5 l, en comparación con menos de 10 ml en el estado no grávido. <sup>4</sup>

## **Mamas**

Las mamas aumentan de tamaño durante el embarazo, rápidamente en las primeras 8 semanas y a un ritmo constante a partir de entonces. En la mayoría de los casos, el aumento total es del 25% al 50%. Los pezones crecen y se vuelven más móviles, y la areola crece y adquiere una mayor pigmentación, con un engrosamiento de las glándulas areolares. <sup>4</sup>

El flujo sanguíneo de las mamas aumenta a medida que van cambiando para prepararse para la lactancia. Algunas pacientes pueden referir mastalgia y hormigueo en la mama o el pezón. La estimulación estrogénica también lleva a un aumento de los conductos, y la hipertrofia areolar es el resultado de la estimulación por la progesterona. Durante la segunda mitad del embarazo, puede observarse un líquido denso y amarillo de los pezones, se trata del calostro, que es más frecuente en las mujeres que ya han tenido un hijo. <sup>4</sup>

## **Aparato Oftalmológico**

El síntoma visual más frecuente durante el embarazo es la visión borrosa, esta alteración visual está causada principalmente por un aumento del grosor de la córnea que está asociado a retención hídrica y disminución de la presión intraocular. Estas alteraciones son evidentes en el primer trimestre y desaparecen al cabo de 6 a 8 semanas del parto. <sup>4</sup>

## **Inmunología del embarazo**

Aunque el sistema inmunitario materno no sufre alteraciones durante el embarazo, el feto, que en términos antigénicos es distinto, puede sobrevivir en el útero sin ser rechazado, parece que la clave de este aloinjerto satisfactorio es la placenta que actúa como una superficie de contacto eficaz entre los

compartimentos vasculares materno y fetal evitando que el feto esté en contacto directo con el sistema inmunitario materno. La placenta también produce estrógenos, progesterona, GCH y lactógeno placentario, que contribuye a inhibir las respuestas inmunitarias de la madre localmente. Además, la placenta es el lugar donde se originan los anticuerpos bloqueantes y los anticuerpos enmascaradores, que alteran la respuesta inmunitaria. <sup>4</sup>

### **Ganancia de peso**

En el embarazo normal, la mujer debe aumentar entre 11 y 16 kg de peso. <sup>7</sup> Sin embargo el promedio de peso ganado durante el embarazo es 12.5 kg, este nivel de ganancia está asociado con resultado reproductivo óptimo en mujeres saludables, el peso del feto representa el 27% del total del peso ganado por la madre, al líquido amniótico le corresponde 6% y a la placenta 5%, el resto corresponde al incremento del tejido materno en útero, mamas, tejido adiposo, volumen sanguíneo y líquido extracelular. <sup>6</sup>

### **Homeostasia del agua corporal**

La volemia materna se expande durante el embarazo para que los órganos vitales, entre ellos la unidad uteroplacentaria y el feto, puedan perfundirse adecuadamente para prepararse frente a las pérdidas de sangre asociadas al parto. El agua corporal total pasa de 6.5 L a 8.5 L al final de la gestación. Los cambios en la osmorregulación y en el sistema renina-angiotensina determinan una reabsorción activa de sodio en los túbulos renales y retención de agua.

El contenido de agua del feto, de la placenta y del líquido amniótico representa cerca de 3.5 L de agua corporal total, el resto del agua corporal total se compone de la expansión de la volemia materna, del volumen plasmático y de un aumento en el volumen eritrocítico. La paciente gestante puede sangrar hasta 2.000 ml antes de experimentar cambios en la frecuencia cardiaca o en

la presión arterial. El mayor aumento del volumen plasmático con relación al volumen eritrocítico explica la hemodilución y la anemia fisiológica.<sup>7</sup>

### **Fisiología genital y capacidad de respuesta sexual**

En el primero y segundo trimestre la vasocongestión de los genitales aumenta durante la excitación sexual y la pérdida de orina durante el orgasmo no es rara, en el tercer trimestre la vasocongestión suele aumentar y la excitación sexual influye poco. La lubricación y el orgasmo se intensifican durante el embarazo pero a veces el clímax se asocia con dolores tipo cólicos. En el tercer trimestre las contracciones vaginales son más débiles y muchas veces se desarrollan espasmos musculares tónicos. Las contracciones pos orgásmicas suelen desaparecer después de alrededor de 15 minutos.<sup>5</sup>

La dificultad para alcanzar el orgasmo es levemente superior en el segundo trimestre, cediendo ligeramente ésta en el tercero. Sin embargo, en otras investigaciones se observa que esta dificultad persiste hasta el final del embarazo.<sup>11</sup>

En general el interés sexual femenino no cambia o disminuye poco en el primer trimestre del embarazo, es variable en el segundo trimestre y se reduce de manera súbita al final del tercer trimestre de embarazo.<sup>5</sup>

La relación entre el comportamiento sexual y el embarazo ha sido objeto de investigaciones, por ejemplo Von Sydow descubrió que el interés y la actividad coital de las mujeres se redujeron por varios meses, más en el tercer trimestre, probablemente por un deterioro más marcado de la autoimagen y por los cambios fisiológicos que acontecen.<sup>10</sup>

### 1.3 CAMBIOS PSICOLOGICOS Y EMOCIONALES EN EL EMBARAZO

El embarazo es un proceso complejo, en el que se llevan a cabo cambios importantes en la mujer a nivel fisiológico, psicológico y social, entre los fisiológicos se encuentran los cambios hormonales que propician diversos síntomas, entre ellos, la náusea, vómito, cloasma facial, entre otros. Estos cambios hormonales no solo afectan la fisiología de la mujer, sino que propician cambios a nivel emocional, entre ellos al estado de ánimo, la mujer puede sentirse ambivalente hacia su embarazo, ya que por un lado, siente alegría de ser madre y por otro miedo por el desconocimiento del desenlace final del embarazo.<sup>14</sup>

Aunque el embarazo generalmente es un periodo de expectativas positivas y felicidad, hay retos emocionales importantes, la mujer tiene la tarea psicológica de convertirse en madre. Este proceso se ha denominado parentificación o parentalidad.<sup>7</sup>

El apego de la madre hacia el hijo se inicia con la noticia de estar embarazada, ésta puede ser recibida con una mezcla de sentimientos: desde la felicidad hasta sentimientos de inseguridad, miedo o hasta el rechazo inicial. En casi toda mujer, habrá algún grado de ambivalencia, aun cuando conscientemente desee al futuro bebé.

Pines divide el embarazo para su estudio psicoanalítico en tres etapas:

Primera etapa: De la concepción a los cuatro meses y medio (1 a 18 semanas). Puede existir en algunas mujeres aumento de la pasividad por sentimientos de placer y de realización, en otras mujeres hay aumento de actividad física como negación maniaca de la pasividad, hay sentimientos de envidia hacia la independencia de la pareja y no aceptación de las limitaciones, que aumentan día a día.<sup>13</sup>

Se propone una regresión a la fase oral, por la aparición de gratificantes en forma de “antojos”.<sup>13</sup> por cosas que antes no comía o comidas especiales y que su compañero debe satisfacer.

Otra observación psicodinámica frecuente, es que la embarazada manifieste un grado de “regresión” emocional. Habrá una tendencia a ser un tanto más dependiente de los demás, sus emociones son más intensas y necesita de mayor apoyo emocional de quienes la rodean, éstos pueden ser proporcionados, como es tradicional, por su propia madre, abuela, madrina, una tía, hermanas, suegra, amigas, así como del marido o compañero.<sup>7</sup>

Segunda etapa: Desde el final de la primera etapa hasta el preámbulo del nacimiento (19 a 37-39 semanas). En esta etapa son frecuentes las ansiedades relacionadas con el bebé y debido a esto pueden aparecer ansiedades fóbicas como evitar comer algunos alimentos pensando que lo pueden dañar o enfermar aun estando dentro del vientre materno.<sup>13</sup>

En el segundo trimestre, pasada la reacción inicial, la gestante puede permitirse fantasear y meditar sobre el bebé que tiene dentro de su cuerpo, entonces habla con su bebé, se toca el vientre al sentir los movimientos y piensa en cómo va a ser su hijo y cómo será ella como madre, esto la ayuda a prepararse para el arribo del “bebé real”. Se ha propuesto que la mujer embarazada realiza un trabajo psicológico de adaptación en tres etapas. La primera es: “estoy embarazada”, lo que sólo le pasa a ella y a su cuerpo; la segunda es: “estoy esperando un bebé”, lo que incluye a otro ser distinto de ella y que por ahora está dentro de su cuerpo; y la tercera es: “estoy esperando un bebé de...”, lo que incluye además del bebé, al padre de éste, lo que da lugar al surgimiento de la noción de paternidad.<sup>7</sup>

Tercera etapa: Terminación del embarazo (37-39 semanas al nacimiento). Hay ansiedad de morir en el parto/cesárea o de tener un producto con malformaciones, o a su vez que el producto sea el que muera. Puede haber

actitudes catárticas que permitan el goce del nacimiento o por el contrario haya aumento de sentimientos agresivos hacia la pareja, su hijo o hacia ella misma.<sup>13</sup>

Además de los cambios antes mencionado, se ha observado que uno de los retos más importantes, es que en su embarazo la futura madre revive los conflictos que ella misma pudo haber tenido con su madre, y las experiencias de “ser hija”. Ahora, cuando es su turno de convertirse en madre, puede que afloren viejos sentimientos, ambivalencias y tensiones que habían estado latentes, la mujer embarazada cuando tiene una relación deficiente con su madre, afectará como se percibe ella como madre, lo que al sentirse insegura incrementará su preocupación sobre el bienestar de ella y su bebé, por lo que la ansiedad se incrementa. <sup>14</sup>

Todo este proceso de cambio incrementa el nivel de ansiedad, en forma gradual en el transcurso de su embarazo, aunque cada trimestre de la gestación tiene sus propias características psicosociales. <sup>14</sup>

Torres afirma que en el embarazo un cierto nivel de ansiedad es necesario, debido a que estimula a la mujer a encontrar herramientas en su interior y exterior, para enfrentar este proceso, sin embargo en algunas situaciones la mujer se siente inútil en su forma de pensar y en su forma de actuar, esto puede interferir seriamente en las actividades diarias de la vida, ser incapaz de enfrentar el embarazo y el cuidado de su persona, lo que puede tener repercusiones tanto en la salud física y mental de ella como de su bebé. Respecto a ello, algunos autores, han encontrado que la ansiedad puede ocasionar abortos, partos prematuros, mayor riesgo de cesárea y alteraciones en el desarrollo fetal. <sup>14</sup>

La madre debe adaptarse a los sacrificios que demanda la maternidad y que incluyen la pérdida de su figura y cambios faciales, aumento de peso y aparición de estrías, algunas se sienten orgullosas de estos cambios, gozan del grado mayor de atención por parte de los demás y sienten como que ha aumentado su sentimiento de femineidad. Otras, se sienten avergonzadas de tales cambios y manifiestan dismorfofobia y pueden revelar ideas acerca de que otros la critican (ideas de referencia) y evitar los intercambios sociales.<sup>15</sup>

Algunas madres con profundo resentimiento debido a la gestación, perciben al feto como una intrusión, cuyos movimientos la molestan y perturban su sueño. Pueden intentar dañarlo golpeándose el abdomen, hasta el punto de causarse hemorragia: esta condición se conoce como maltrato fetal, esto se considera un factor predictivo de maltrato más tarde al niño.<sup>15</sup>

Así también, durante el proceso de convertirse en madre, ocurren importantes procesos en la mujer, en donde su identidad y rol sufren importantes transformaciones. Los modelos que traía sobre sí misma, van adaptándose y reorganizándose en la construcción de un nuevo mundo representacional, en el que se entrelazan modelos sobre su ser mujer, sobre su rol como futura madre, como pareja y de su familia de origen en general.<sup>12</sup>

Durante los nueve meses de gestación, la mujer deberá reemplazar su antigua forma de pensar para prepararse para la llegada de un bebé. Esta transición es un proceso que abarca desde el inicio del embarazo hasta el posparto, ya que durante este tiempo, la mujer cambia sus necesidades y prioridades, debido a que vislumbra un nuevo rol que implica tareas y responsabilidades diferentes a la que tenía.<sup>14</sup>

Para tratar el impacto de un embarazo de forma integral, el aspecto psicológico tanto de la madre, como del padre y la familia deben de estar en un plano

preponderante, pues gran número de patologías que acompañan a una mujer durante su evento obstétrico (por ejemplo: dispareunia, reflujo gastroesofágico, prurito del embarazo, etc.) pueden ser precipitadas y en algunos casos originadas por situaciones psicológicas.<sup>13</sup>

Las embarazadas que exhiben una mayor sensibilidad emocional negativa, es decir, que tienen mayor tendencia a la irritabilidad y reaccionan fuertemente con emociones de ira, temor, vulnerabilidad y aprehensión ante las demandas ambientales, reportan durante su primer trimestre de embarazo significativamente más síntomas físicos y mayor deterioro psicológico como depresión, ansiedad, angustia y disfunción social. También reportan las embarazadas menor calidad de vida percibida y menor satisfacción general, comprometiendo toda su experiencia de embarazo.<sup>33</sup>

Toda esta serie de cambios y la complejidad de los mismos, hacen a la mujer y a su pareja vulnerables y con una mayor necesidad de recibir apoyo emocional que en el pasado.<sup>7</sup>

Si la mujer embarazada tiene una relación deficiente con el esposo, puede que la desmotive y sienta que es incapaz de ser una buena madre, por lo que su autoestima puede disminuir y lo manifestará al aumentar su temor por perder el control.<sup>14</sup>

#### 1.4 EL PADRE EN LA ETAPA PERINATAL

Se ha propuesto que así como el embarazo es una etapa extremadamente importante en la vida de una mujer, lo es también en la vida de su pareja.<sup>13</sup>

En general, el hombre vivirá la experiencia de forma ansiosa por sus fantasías y expectativas como figura protectora y proveedora, a la vez que en el “abandono” de la atención principal por parte de su pareja.<sup>13</sup>

Tradicionalmente se ha creído que el papel del padre es menos importante durante la etapa del embarazo, parto y durante la infancia temprana, pues todo el énfasis recaía en el binomio materno-infantil. Cada vez hay más interés en el padre, los efectos de su presencia (y ausencia) y la naturaleza de su relación con el niño o niña. Es necesario también entender lo que ocurre en la vida emocional del padre mismo durante la etapa perinatal. <sup>18</sup>

La paternalización es el proceso psicoafectivo por el cual un hombre realiza una serie de actividades en lo concerniente a concebir, proteger, aprovisionar y criar a cada uno de sus hijos jugando un importante y único rol en el desarrollo del mismo, distinto al de la madre. <sup>17</sup>

Este proceso está atravesado por el hombre en función de su historia personal, su actualidad y las vivencias en relación a su hijo por nacer y/o recién nacido.

La forma en que se presenten dichos acontecimientos, se expresarán en las conductas que asuma en relación a su pareja e hijo, evidenciando en ellas la apropiación de su nuevo rol, es decir, el pasaje de hijo a padre y de esposo/pareja a padre. <sup>17</sup>

Tal como señala la Dra. Oiberman (2008) la paternalización se caracteriza por los siguientes factores:

- Compromiso del padre en el proceso del embarazo, parto y puerperio.
- Satisfacción en la relación de pareja.
- Influencia de las experiencias infantiles con su propio padre.
- Un rol masculino no estereotipado, que le permita participar de los cuidados del bebé, sin entrar en conflicto con su virilidad. <sup>17</sup>

Fuller agrega que en un modelo hegemónico de la familia nuclear y patriarcal el padre tiene la tarea de: formar a la familia y establecer relaciones de afecto y

autoridad con el fin de protegerla, formarla y proveerla en un espacio definido, y la madre tiene la función de: la crianza, el ordenamiento del hogar, el apoyo y colaboración con el esposo. <sup>17</sup>

Se ha evaluado las preocupaciones más comunes que existen en el hombre durante el embarazo de su compañera: qué es ser padre, cómo ha de comportarse y si podrá proveer lo necesario para su hijo y familia. El futuro nacimiento le hará evocar o elaborar recuerdos de su infancia y su relación con los propios progenitores. <sup>18</sup>

Muchos futuros padres sienten ambivalencia hacia el embarazo: ansiedad respecto a su propia madurez y manifiestan conflictos internos relacionados con el rol de padre. Aun cuando en el nivel consciente esté muy feliz con el prospecto de serlo, es común que también haya ansiedad y temor al futuro. En el hombre que ha tenido una relación difícil con su propio padre, el reto es cómo puede ahora transformarse en tal. Puede también haber sentimientos de competencia hacia el feto. Las expectativas de la sociedad e incertidumbres son factores de estrés adicional, muchos hombres se sienten confundidos con respecto a qué se espera de ellos durante el embarazo. <sup>18</sup>

El primer reto puede ser la noticia de la gestación, cuando el padre tiene una actitud favorable hacia el embarazo o incluso lo deseaba, hay un impacto saludable, pues la mujer tiende a buscar o recibir cuidados prenatales tempranamente. Los primerizos mostraron más ansiedad y depresión entre los cuatro y ocho meses del embarazo. Entre mayor es el nivel de estrés, hay menor satisfacción matrimonial y puede tener un impacto negativo en los sentimientos hacia el bebé. <sup>18</sup>

Hay varias razones por la que el hombre siente ansiedad. Las principales encontradas empíricamente son las preocupaciones económicas respecto a la manutención de los hijos, así como la necesidad de asumir el papel de protector hacia la compañera y el bebé. Otra causa son los cambios en la relación matrimonial.

Otras razones aducidas por los padres son: temor de no saber cómo criar a sus hijos o asumir el rol de progenitor. Un tema adicional es la preocupación sobre la sexualidad de la compañera y de ellos mismos. En el embarazo se requiere que el hombre ponga a un lado sus necesidades para pensar en las de su esposa e hijo o hija y ésta es una fuente más de ansiedad o incertidumbre.<sup>18</sup>

Pero además, muestra sentimientos negativos, tales como: tendencia a sentirse excluido durante este periodo, limitaciones para desarrollar actividades en su tiempo libre, entre otros, en consecuencia a esto, el padre puede percibir al hijo por nacer como a un rival que lo despoja de su mujer.<sup>17</sup>

En la etapa perinatal el esposo también tiene un mayor riesgo de sufrir depresión, existe una asociación con la depresión en la esposa, siendo mayor el riesgo para el marido cuando ella está deprimida, cuando ambos padres tienen depresión, se observa efectos negativos en el niño.

May Ka demostró diferentes estilos de reacciones y comportamientos del padre ante el embarazo:

El primero de ellos es el “observador”, aquí el futuro padre permanece en la periferia respecto al embarazo, aunque eso no significa que no le importe.

Está presente, pero no realiza acciones que indiquen su interés, sino espera a ver qué pasa, tiene alto grado de control de sí mismo, de sus emociones y sobre su involucramiento emocional, puede que esté contento con la gestación, pero prefiere ser observador y no actuar.

El segundo, es el hombre “reactivo” y participante, el cual quiere ser parte activa del embarazo y estar presente en todos los momentos importantes, por lo que tomará un interés obvio en el progreso de la gestación.

Y por último, la reacción “instrumental” es aquella en que el compañero se ve a sí mismo como la persona capaz de ayudar a que todo salga bien: hace arreglos para las consultas prenatales y más tarde, para el momento del parto. Ayuda en muchas formas, prefiere entrar en acción y demuestra sus emociones actuándolas.<sup>17</sup>

En esta etapa, el futuro padre puede llegar a presentar el fenómeno de Couvade que se caracteriza por una serie de síntomas físicos experimentados por el futuro padre y que desaparecen inmediatamente después del alumbramiento.<sup>17</sup>

Estos síntomas podrían deberse a sentimientos de empatía, pero no hay certidumbre sobre su causa y mecanismos,<sup>18</sup> según Bell una de las principales tareas del desarrollo del varón, en la paternidad, es la de renunciar a su deseo de ser igual a la madre y tener hijos como ella, es decir, inconscientemente compiten con sus esposas, exhibiendo síntomas similares a la couvade o bien rehúyen a estos deseos ausentándose durante el embarazo de su esposa.<sup>17</sup>

Los síntomas principales son: gastrointestinales (náuseas, vómito, acedías, dolor abdominal y sentir el abdomen distendido); dolores (de piernas, de espalda, dentales, irritación vesical); conductuales (cambios de apetito “antojos” y aumento de peso, cambios en los hábitos de dormir, ansiedad, inquietud y reducción de la libido).<sup>18</sup>

La frecuencia de síntomas aumenta en el tercer trimestre, Clinton encontró que hubo mayor aumento de peso, mayor frecuencia de insomnio y sentimientos de ansiedad.<sup>18</sup>

Se ha observado que en los hombres ocurren cambios en su imagen corporal semejantes a los de la esposa. Otros estudios han sugerido que la presencia

de síntomas físicos y psicológicos se correlaciona con la intensidad de la identificación entre los esposos.<sup>18</sup>

En relación al apoyo del padre durante el embarazo, se ha encontrado que el rol del padre es respaldar a su esposa embarazada, es decir, que el proceso del embarazo, el parto y el vínculo temprano se vea fuertemente influido por las actitudes del padre. El apoyo emocional del marido durante el embarazo contribuye a que su esposa se adapte satisfactoriamente a su condición y la presencia del marido durante el parto y el alumbramiento se asocia con una menor necesidad de la mujer en recibir medicamentos analgésicos y con una experiencia de parto más positiva.<sup>17</sup>

Según Barnard el compromiso del padre con el embarazo y el parto refuerza su propia identidad como agente activo y participante, reduciendo la posibilidad de su exclusión.<sup>17</sup>

También hay estudios que abordan el comportamiento sexual de los varones y sus significaciones, como por ejemplo Toole, Coghlan y Holmes encontraron que la creencia más común entre ellos es que el sexo en el embarazo pone en riesgo al feto y podría provocar un aborto espontáneo y que el riesgo aumenta con el embarazo. Onaha, Iloobachiea, Obib y Ezuwuc&Ezea concluyeron que las creencias de los varones afectan las relaciones sexuales con sus esposas embarazadas, haciendo que un tercio de ellos se involucren en sexo extra-marital durante el embarazo para satisfacer su necesidad sexual.<sup>10</sup>

Por lo tanto se requiere de educación a los varones y las mujeres que promueva la salud de los involucrados en el embarazo, integre a los varones como partícipes responsables de la reproducción y la sexualidad, y deseche formas de pensar y actuar que excluyan el sexo benéfico o fuercen unilateralmente el sexo perjudicial durante el embarazo.<sup>10</sup>

El padre también atraviesa un periodo de relativa vulnerabilidad y tiene mayores necesidades emocionales y de apoyo que en otros períodos de la

vida, una forma de apoyar al futuro padre es escuchar sus sentimientos y preguntarle cómo se siente. Habrá que normalizar sus sentimientos, por ejemplo de ambivalencia, incertidumbre, temor al futuro y al nuevo papel como padre, contener su ansiedad y permitirle expresar sus sentimientos libremente puede ayudarlo. El padre tiene muchas necesidades y se espera que sea fuerte y brinde apoyo para su compañera y el bebé, sin embargo, él también necesita soporte emocional por parte de quienes lo rodean y es útil que se permita expresar los sentimientos que lo muestran vulnerable o con incertidumbre.<sup>18</sup>

### 1.5 CICLO VITAL FAMILIAR

La familia es evolutiva pues en su desarrollo transita por diferentes etapas, cada una de las cuales tiene sus especificidades y sus tareas. Este tránsito es conocido como ciclo vital de las familias.<sup>19</sup>

El ciclo vital familiar es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros.<sup>25</sup>

El estudio de las etapas del desarrollo familiar permite el análisis genérico de la historia natural de una familia desde que se forma hasta su disolución.<sup>25</sup>

Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera que, si en alguna de ellas no se completan dichas tareas, pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en las etapas subsiguientes.<sup>25</sup>

Existen varias etapas del ciclo vital familiar, según los diferentes autores, pero para la realización de esta tesis mencionaré la clasificación hecha por Geyman, ya que en medicina familiar, se consideran estas etapas como las principales para el estudio del ciclo vital familiar por ser las más conocidas y difundidas.

Para Geyman existen cinco fases en el ciclo vital de todas las familias, las cuales son las siguientes:

#### 1.- Fase de Matrimonio.

Inicia con la consolidación del vínculo matrimonial y termina con el nacimiento del primer hijo. En esta etapa es fundamental la preparación para una nueva vida, el acoplamiento en pareja, la adaptación de nuevos roles y la preocupación de satisfacer las necesidades básicas.<sup>34</sup>

#### 2.- Fase de Expansión.

Como su nombre lo indica, la familia se expande, en este momento se incorporan nuevos miembros cuyo ingreso causa tensiones que deben resolverse para recibir un nuevo integrante. Inicia con el nacimiento del primer hijo y termina con el nacimiento del último.<sup>34</sup>

#### 3.- Fase de Dispersión.

Se identifica con el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela. Aquí la importancia se centra en un trabajo triple que consiste en ayudarlos a que se adapten socialmente, que desarrollen su autonomía y satisfagan sus necesidades.

#### 4.- Fase de Independencia.

Culmina cuando los hijos trabajan y son autosuficientes, en ocasiones han formado nuevas familias, se presenta aproximadamente veinte o treinta años después de su inicio.<sup>34</sup>

#### 5.- Fase de Retiro y Muerte.

En esta última etapa se presenta desconcierto, nostalgia condicionada por la incapacidad para lograr, presencia de patología crónica degenerativa, desempleo y agotamiento de recursos económicos, cuando no se tomaron providencias para poder afrontarla. Nuevamente la pareja se encuentra sola.<sup>34</sup>

### 1.6 FUNCIONES DE LA FAMILIA

La familia es la institución social básica en el seno de la cual se determinan el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad. Constituye la forma más simple

de organización en la que dos o más individuos se asocian para compartir metas comunes y funciones.<sup>25</sup>

Para autores como Geyman las funciones familiares incluyen:

- SOCIALIZACIÓN.

La tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado a un individuo dependiente en una persona totalmente independiente capaz de participar y desarrollarse en la sociedad. El niño tiene que aprender el lenguaje, normas, hábitos. Esto habitualmente se inicia en la familia y en nuestra sociedad la madre se encarga de esta función inicialmente, pero después, ésta responsabilidad es compartida con la escuela, amigos, grupos religiosos, grupos deportivos, etcétera.<sup>34</sup>

- CUIDADO

Esta función preserva a la especie humana y consiste en satisfacer sus necesidades físicas y sanitarias. Se identifican cuatro determinantes:

- a) Vestido
- b) Alimentación
- c) Seguridad física
- d) Apoyo emocional

- AFECTO

Corresponde a la necesidad de pertenencia y reconocimiento hacia nuestros semejantes. Se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la familia y está muy relacionado con el cuidado.<sup>34</sup>

- REPRODUCCION

Consiste en proveer nuevos miembros a la sociedad con compromiso y responsabilidad; incluye aspectos de salud reproductiva y de educación sexual.<sup>34</sup>

## - ESTATUS

Al ver que la familia es la institución entre los individuos y la sociedad, es de suma importancia el reconocimiento de este grupo primario en la misma, transfiriéndole derechos y obligaciones con el objetivo de perpetuar privilegios y logros familiares.<sup>34</sup>

La familia debe satisfacer las necesidades recíprocas y complementarias de sus miembros, fomentar la libre relación entre ellos, permitir y estimular la individuación a través del respeto y del reconocimiento de cada uno de sus integrantes y mantener la unión y la solidaridad en la familia con un sentido positivo de la libertad.<sup>25</sup>

Las funciones antes mencionadas están estrechamente relacionadas, son interdependientes y se deben cumplir en la familia como conjunto y unidad; confirman la idea de que el grupo familiar es un sistema en el que ninguna de sus partes puede ser afectada sin que ocurran repercusiones en el resto del mismo.<sup>25</sup>

### 1.7 CRISIS FAMILIARES

En el tránsito por el ciclo vital, la familia atraviesa acontecimientos denominados normativos o transitorios, que provocan que este desarrollo familiar oscile entre períodos de estabilidad y períodos de cambios, imprescindibles para propiciar el desarrollo. La familia también afronta otros acontecimientos denominados para normativos o no transitorios, que son los que no guardan relación directa con las etapas del ciclo vital, también llamados accidente y que generan las crisis no transitorias o paranormativas.<sup>19</sup>

Estos momentos de la vida de la familia conocidos como crisis familiares son caracterizados por contradicciones internas, cambios y reajustes que pueden constituir momentos de riesgo para la salud familiar, estos acontecimientos o eventos familiares son considerados por la Organización Mundial de la Salud

(OMS) como determinantes intermediarios de la salud, debido precisamente a su carácter estresor.<sup>19</sup>

Se considera crisis la situación que se produce cuando los acontecimientos sobrepasan la capacidad de ajuste del sistema familiar<sup>19</sup>

La investigadora Lauro aporta nuevos puntos de vista al estudio de los acontecimientos vitales, y denomina a las situaciones familiares que se provocan debido a la ocurrencia de los mismos como procesos críticos, refiere que estos pueden tener un carácter temporal o crónico perturbando las funciones familiares si no existe un buen afrontamiento familiar: Un acontecimiento de la vida es un hecho que traduce particular significado para cada familia y en ese sentido origina procesos críticos caracterizados por modificaciones en la estructura y el funcionamiento familiar, implica ajustes de roles y genera nuevos mecanismos de afrontamiento para incorporar la nueva situación.<sup>19</sup>

Las crisis constituyen el proceso de cambios necesarios en el sistema ante la ocurrencia del acontecimiento, que generalmente significa contradicciones, separación de viejos modelos de interacción, asimilación de nuevas formas organizacionales, modificaciones que no siempre son negativas pues pueden contribuir a la maduración, desarrollo y crecimiento de la familia como sistema, aunque también pueden afectar severamente su equilibrio y constituir entonces un riesgo o perjuicio para la salud familiar.<sup>19</sup>

Esta desorganización y desequilibrio temporal puede aumentar el carácter estresor de estos acontecimientos, pero la afectación a la salud familiar dependerá del impacto de los acontecimientos, según la cantidad de cambios que estos generen en la vida cotidiana de la familia y la valoración que hagan de los mismos; de los recursos familiares (debilidades y fortalezas), dentro de los que se pueden considerar el tipo de familia, el número de convivientes, su funcionamiento, cohesión, capacidad de adaptación, resiliencia, economía, nivel cultural, etc.; y de las oportunidades y/o amenazas del entorno social

(apoyo social con que cuente la familia) que estén incidiendo en el sistema familiar.<sup>19</sup>

El hecho de atravesar una crisis no es necesariamente causa de disfunción familiar, sí puede constituir un riesgo para la salud familiar, pero la afectación o no ante la misma va a depender del impacto de los acontecimientos, de su modo de afrontamiento y de los recursos protectores con que cuente la familia en su interior y en el entorno social.<sup>19</sup>

El impacto de los acontecimientos familiares, puede favorecer u obstaculizar la salud. La familia alcanzará la salud y el bienestar en la medida en que sea capaz de enfrentar de manera eficiente y adecuada los acontecimientos de la vida.<sup>19</sup>

Hay autores que plantean como un recurso familiar importante la capacidad que posee la familia para dar solución a las crisis y salir fortalecida, conocida también como resiliencia familiar.<sup>19</sup>

Las familias pueden enfrentar diversos problemas a lo largo de sus vidas, todos estos eventos tienen, sin duda, algún impacto en la familia, frecuentemente los trastornos originados por estas situaciones son sutiles, aunque en ocasiones pueden llegar a desestructurar la dinámica familiar, alterando su funcionamiento y favoreciendo la separación emocional y el caos.<sup>22</sup>

La familia busca mantener un equilibrio a lo largo de su historia, y su salud o enfermedad dependerá de cuan exitosa sea su adaptación al desafiante ocurrir de la vida familiar y al desarrollo de sus miembros. Se denomina homeostasis a los mecanismos adaptativos luego de cambios evolutivos importantes, la homeostasis logra restaurar el equilibrio modificando las estructuras y procesos interpersonales necesarios para mantener su estabilidad. En la práctica, ello implica que las decisiones en el seno de la familia favorezcan el desarrollo de todos sus miembros, y sean tomadas en un marco de autonomía y equidad compasiva. Cuando la homeostasis no ocurre,

la familia “se atasca” y las decisiones son persistentemente desfavorables a uno o más miembros generando pautas transaccionales y comportamientos desafortunados. Entonces la funcionalidad se pierde.<sup>22</sup>

Por lo tanto, la familia debe poseer los recursos necesarios para evitar el pánico en una situación de crisis o tensión familiar, por lo que autores como Angel mencionan la identificación de dos conceptos primarios que están relacionados con la interacción del grupo familiar: la Integración y la adaptabilidad. El primero se basa en los lazos permanentes, de los cuales el interés común, el afecto y el sentido de la interdependencia económica son, probablemente los principales ejemplos. El segundo se refiere a la capacidad de la familia para enfrentar obstáculos y desviaciones los cuales al ponerse de manifiesto permitirá que la familia equilibre esta serie de fenómenos y origine la homeostasis familiar, la cual permitirá equilibrar el momento de crisis y dejar que la familia siga funcionando.<sup>24</sup>

De la Revilla menciona como familia funcional a “aquella capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, según la etapa del ciclo de vida familiar en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo”.<sup>24</sup>

También Olson describe la dinámica como “un sistema de intercambio en las interacciones familiares, específicamente a través de los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí, y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia. Así como la habilidad del sistema familiar para combinar su estructura de poder, sus roles, sus reglas de relación en respuesta al estrés situacional y de desarrollo”.<sup>24</sup>

En tales circunstancias, las intervenciones familiares básicas pueden ayudar en la recuperación –en el caso de que esta se haya perdido como parte de una crisis- o a la construcción –si es que por situaciones diversas no se había consolidado convenientemente- de la capacidad familiar de restablecer la funcionalidad.<sup>22</sup>

Hablando de la etapa perinatal se ha observado que una de las principales características que tiene el proceso de convertirse en madre o en padre es que sus repercusiones se dejan sentir en planos muy diversos. En esta transición evolutiva los nuevos padres deben llevar a cabo adaptaciones y reajustes tanto en el plano individual como en el interpersonal, y cómo estos cambios van, a su vez, a propiciar modificaciones en el funcionamiento de la familia como sistema.<sup>20</sup>

A nivel individual, convertirse en madre o en padre constituye uno de los acontecimientos más relevantes en el desarrollo psicológico a lo largo de la adultez, dado que incorpora a la identidad adulta un nuevo y muy significativo rol que enriquece y diversifica el autoconcepto, facilitando la satisfacción de la generatividad, una de las necesidades psicosociales básicas de la adultez. De hecho, el nacimiento de un hijo es identificado por los adultos como uno de los acontecimientos más relevantes de su vida, y la experiencia de ser madre o padre se asocia a sentimientos de crecimiento personal como madurar, dar sentido a la vida o convertirse en un verdadero adulto.<sup>20</sup>

Durante la transición a la paternidad, tanto la madre como el padre se sienten inseguros y se plantean un buen número de dudas, incertidumbres y preocupaciones a propósito de temas muy variados, relacionados sobre todo con los acontecimientos y destrezas específicas que requiere ocuparse de un bebé y con las nuevas responsabilidades a asumir y cómo redistribuir los papeles anteriores.<sup>20</sup>

En el plano de las relaciones interpersonales, el cambio más sustancial que se produce ante la llegada de un nuevo hijo tiene que ver con el establecimiento con éste de un muy significativo vínculo de apego que enriquece la jerarquía afectiva del adulto, al tiempo que la hace más compleja.<sup>20</sup>

Pero sin duda los cambios más sustanciales a nivel interpersonal asociados a la paternidad son los que se producen en la relación de pareja.<sup>20</sup>

El proceso de convertirse en padre y madre supone, una importante transición vital en la que hombres y mujeres experimentan importantes cambios y tienen que adaptarse a nuevos roles y demandas. Aunque en la mayoría de los casos este proceso de adaptación se resuelve favorablemente y la pareja termina asumiendo de forma satisfactoria y competente su nuevo rol de padres, no son pocos los casos en los que esta transición no se completa adecuadamente. Así una complicada transición a la paternidad figura entre los desencadenantes de muchas rupturas conyugales e, incluso, entre los factores de riesgo que contribuyen a que algunos padres hagan un uso inadecuado de sus funciones parentales, comprometiendo o perjudicando el desarrollo del menor hasta poder llegar a darse una situación de desprotección infantil.<sup>20</sup>

Ser padres no es una tarea fácil y gran parte de la dificultad se debe a que mujeres y hombres afrontan este proceso con unas expectativas poco ajustadas de lo que supone convertirse en madre y padre.<sup>20</sup>

Tal y como ocurre en toda transición evolutiva, los procesos de adaptación a una nueva situación son más fáciles y se resuelven de forma más satisfactoria cuando la persona sabe a qué tienen que hacer frente. En el caso de la maternidad y paternidad, existen muchos datos que pone de relieve que cuando se da el fenómeno de las expectativas violadas, es decir, que lo que uno se encuentra es muy distinto a lo que esperaba, la adaptación a la maternidad y la paternidad resulta mucho más complicada.<sup>20</sup>

Para tener un desempeño adecuado del rol de la madre y padre, las mujeres y hombres que se convierten en padres necesitan, además de unas expectativas ajustadas de lo que supone este proceso, desarrollar unas buenas competencias parentales. Tal y como lo definen Rodrigo et al., entendemos por competencias parentales el conjunto de capacidades que permiten a los padres afrontar de modo flexible y adaptativo la tarea de atender las necesidades evolutivas y educativas de los hijos e hijas.<sup>20</sup>

Finalmente, para ser padre y madre se necesita contar con buenos niveles de autonomía y, al mismo tiempo, tener la capacidad de búsqueda de apoyo social. La autonomía personal y la responsabilidad son aspectos fundamentales en el desempeño de la maternidad y la paternidad.<sup>20</sup>

Cuando una nueva situación se percibe con falta de control, inseguridad y ausencia de eficacia, sin duda, el desempeño de la maternidad y la paternidad se ve negativamente afectado.<sup>20</sup>

Hay que tomar conciencia de que ser padres no es una tarea fácil y el proceso de transición a la maternidad y paternidad supone un momento de cambios y cierta vulnerabilidad para la mayoría de los individuos y las familias. Las necesidades de apoyo se agudizan en los momentos de transición, y son especialmente importantes durante el proceso de transición a la maternidad y paternidad.<sup>20</sup>

Los procesos psicológicos acontecidos tanto en el hombre como en la mujer durante el embarazo y los primeros meses de vida de su hijo han sido descritos dentro del proceso de transición a la parentalidad. Esta transición no solo concierne a la mujer, sino que incluye al padre, ya que, como plantea Federico, el embarazo no se da solo en la esfera física sino, también, en las esferas mental, emocional y espiritual.<sup>21</sup>

Herzog y Lebovici enfatizan la relación de apoyo mutuo que debe existir en la pareja, señalando que uno de los procesos más importantes de la transición a la paternidad tiene que ver con la redefinición de la identidad de hombre y esposo hacia padre. Los autores señalan que el padre puede ayudar a la madre en el proceso de transición a la parentalidad, pero él también tiene necesidad de sostén para paternalizarse.<sup>21</sup>

Por lo tanto es importante mencionar que el embarazo es un evento que se ha abordado de muchas maneras, siendo la física por mucho la principal, sin embargo, para dar una visión y aproximación global, la gran mayoría de los profesionales de la salud desconocen y frecuentemente menosprecian el

significado social y trascendencia psicológica del embarazo, que tendrá respuestas tanto individuales como en grupo a través de su unidad esencial, la familia.<sup>13</sup>

Es innegable el carácter crucial del embarazo como etapa en la vida de cada integrante de la familia, en especial de los futuros padres, pues como lo hace notar Pines “A partir de ese momento, no hay vuelta atrás”. El impacto que tendrá el embarazo, cambiará para siempre la vida de una familia, será entonces la madurez de la pareja la que determine su instalación dentro de una sociedad a través de un embarazo.<sup>13</sup>

## 1.8 REDES DE APOYO

El apoyo social es un proceso interactivo en el que las necesidades sociales básicas de afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación, así como las instrumentales o económicas del individuo, son satisfechas dentro de la red social en que se encuentra inmerso. En dichas redes sociales las personas mantienen su identidad social, reciben apoyo emocional, ayuda material, servicios, información y adquieren nuevos contactos sociales.<sup>25</sup>

Se proponen dos modelos para explicar la asociación entre apoyo social y salud. Por una parte, el modelo del *efecto directo*, que postula que el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del individuo; por otra parte, el modelo del *efecto amortiguador*, que postula que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes.<sup>30</sup>

Bajo el modelo del efecto directo, el apoyo social es positivo para un individuo independientemente de la presencia de estrés. Se postula que tal apoyo tiene el efecto de incrementar el bienestar emocional y físico de los individuos, o de disminuir la probabilidad de efectos negativos en tales dominios. Los

mecanismos propuestos son, o bien que el apoyo social tiene efectos en algunos procesos fisio-psicológicos, lo que mejora la salud o impide la enfermedad, o bien que el apoyo social favorece el cambio de conductas de los individuos, lo cual a su vez tiene consecuencias positivas para la salud.<sup>30</sup>

El segundo modelo de apoyo social es conocido como el modelo del efecto amortiguador, bajo éste modelo se postula que el apoyo social interviene como variable “mediadora” en la relación entre estrés y enfermedad. Esto puede ocurrir de dos maneras.

En la primera, el apoyo social permite a los individuos redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o bien inhibe los procesos psico-patológicos que podrían desencadenarse en la ausencia de apoyo social.

La segunda forma en la que el apoyo social amortigua los efectos del estrés es evitando que los individuos definan una situación como estresante. La certeza de un individuo de que dispone de muchos recursos materiales y emocionales puede evitar que dicho individuo defina como estresante la que, típicamente, otros individuos definirían en esos términos.<sup>30</sup>

En suma, a pesar de la controversia en relación a la definición del concepto de apoyo social, durante los últimos años se han acumulado evidencias que muestran que, como quiera que se le defina, el apoyo social juega un papel muy importante y directo o indirecto en la determinación de los niveles de salud y bienestar de los individuos.<sup>30</sup>

El apoyo social consiste en la presencia de otra persona o grupo de personas, y de los recursos brindados por ellos, antes, durante y después de un evento estresante, quienes actúan como una red que da sustento a la persona que así lo requiera.<sup>31</sup>

El apoyo social, se basa en la calidad de las relaciones interpersonales existente en la red, debido a ello la ayuda de una persona significativa es más útil ante una necesidad determinada que la proveniente de otras personas poco o nada significativas <sup>31</sup>

De esta manera, toda vez que el apoyo social es un constructo muy amplio, se han conformado para su estudio diferentes áreas o subtipos que hacen más manejable la información.

Una primera división tiene que ver con los factores estructurales y los funcionales del apoyo; dentro de los primeros se encuentran el tamaño de la red social, el rol de la relación, la densidad de la red y la frecuencia o regularidad del contacto. El tamaño de la red social comprende el número de personas de las cuales el individuo percibe que puede recibir ayuda o que de hecho la recibe. Esta red social suele estar conformada por la pareja y la familia nuclear en primera instancia, y en segundo término por los amigos íntimos, la familia extendida, la comunidad, las instituciones y otros grupos a los que el sujeto se encuentra cercano, como los vecinos o compañeros de trabajo. <sup>23</sup> El tipo de vínculo que el individuo tiene con los miembros de la red social se conoce como “rol de la relación”, la densidad de la red social está referida a las interconexiones entre los miembros de la red social, y se habla de una red densa entre más vínculos haya entre quienes componen la red. <sup>23</sup>

En el aspecto funcional del apoyo social se habla de al menos tres subtipos: el apoyo emocional, el instrumental o material y el informacional. <sup>23</sup>

1.- El emocional, que provee cariño, amor, empatía y confianza, los individuos experimentan sentirse amados, valorados y respetados, perciben que pueden contar con los otros y que forman parte de un grupo.

2.- El instrumental conocido también como apoyo material o tangible, se refiere a la disponibilidad de bienes como el dinero, alimentación, vivienda y transporte.

3.- El informacional o evaluativo, que provee a la persona información útil para autoevaluarse, retroalimentarse, afirmarse y compararse socialmente, es decir consiste en brindar el apoyo a través de consejos e información que ayuden al individuo a afrontar sus problemas<sup>23</sup>

Es importante mencionar que el apoyo social no es intrínsecamente positivo ya que si éste no es dado en la dirección, la cantidad, la calidad y el momento en el que el individuo bajo estrés lo requiere, puede ser percibido como escaso, controlador o coercitivo dependiendo de la situación<sup>23</sup>

Respecto a la ayuda proporcionada por la pareja, se dice que para quienes la tienen, la principal fuente de apoyo es el otro miembro de la díada<sup>23</sup>

Los recursos familiares son las fuentes de apoyo intrafamiliares o extra familiares que la familia utiliza en la solución de los problemas que se presentan en la familia. Pueden ser de tipo social, cultural, religioso, económico, educativo y médico. <sup>25</sup>

La capacidad de la familia para adaptarse o hacer frente a los eventos críticos depende grandemente de dichos recursos. Se sabe que las familias con escasos recursos suelen ser disfuncionales y difícilmente logran salir de sus crisis. <sup>25</sup>

Apoyo de la Familia. Hace alusión a la unión, comunicación, confianza, convivencia y soporte que existe entre los miembros de la familia, incluyendo a los padres, los hermanos, la pareja y los hijos. <sup>27</sup>

Falta de Apoyo. Se refiere a la percepción negativa o deficiente de la interacción que se tiene con la familia y los amigos, debida al desconocimiento del otro, la falta de confianza, la crítica, las peleas y la violencia que existe. <sup>27</sup>

La red de apoyo familiar y el sentimiento de falta de apoyo de las redes sociales se correlacionan de manera más directa con el nivel de funcionamiento familiar, mientras que las redes de apoyo social de amigos, vecinos y religiosas podrían estar relacionadas de manera indirecta con el funcionamiento familiar.<sup>27</sup>

Si bien el funcionamiento familiar está determinado principalmente por su estructura, es también importante su relación con las redes de apoyo social, ya que el funcionamiento familiar se relaciona principalmente con la red de apoyo familiar y con el sentimiento de falta de apoyo por parte de las redes sociales. Una mayor percepción de redes de apoyo familiar y menor percepción de sentimiento de falta de apoyo se relacionan con mejor funcionamiento familiar, lo cual reafirma la importancia de los recursos familiares para resolver los conflictos, reducir las situaciones producidas por el estrés evolutivo y/o imprevisto, así como para prevenir el cambio que puede producir una crisis en el sistema familiar.<sup>27</sup>

La única red de apoyo social que se relaciona directamente y de manera estadísticamente significativa con el funcionamiento familiar es la red de apoyo familiar, ya que las redes de apoyo que más se utilizan en las familias son sus propias familias, seguidas por las redes de amigos y por lo contrario, las redes que menos utilizan son las de los vecinos.<sup>27</sup>

El conocimiento del funcionamiento familiar y las redes de apoyo social permite identificar recursos que faciliten el desarrollo de estrategias específicas para la implementación de intervenciones tanto clínicas como psicosociales en familias con diferentes tipos de funcionamiento familiar.<sup>27</sup>

Estas redes de apoyo son un recurso personal importante para la afirmación de la propia identidad y la generación de sentimientos de autoconfianza y seguridad. Dabas y Perrone mencionan que favorecen el enriquecimiento

personal, el aprendizaje mutuo, la resolución de problemas y la satisfacción de necesidades. Por su parte Douglas, señala que las redes de apoyo también tienen un efecto protector ya que en la interacción social incide en la definición de los riesgos y el desarrollo de comportamientos de cuidados. <sup>28</sup>

Por otro lado, es posible que una familia pueda contar con recursos pero no hacer uso de ellos, por lo que en el manejo integral de las familias el médico familiar debe ser capaz de identificar dichos recursos y facilitar su utilización en el manejo de los problemas. <sup>25</sup>

En relación al apoyo en las mujeres embarazada un estudio de Ponce (2010), destaca que las principales redes de apoyo de las mujeres entrevistadas estaban basadas en su núcleo familiar y de amistades. <sup>28</sup>

Parte fundamental de esta red de apoyo para la mujer es la pareja. Para Stern, el compañero siempre ha desempeñado un papel importante en esta función de sostén; ahora que la familia nuclear carga con la mayor parte del peso, tiene un papel más relevante. En este contexto, se explica el hallazgo de que la ausencia de la pareja durante el embarazo es otro de los factores que predice sintomatología ansiosa a los 4-6 meses posparto. <sup>29</sup>

Canals, Esparó y Fernández refieren que el apoyo ofrecido a las gestantes en las primeras etapas del embarazo fortalecen la salud de la madre y del recién nacido, por su parte, Peacock, et al., señalan que las redes de apoyo con las que cuenta una gestante influyen sobre su decisión de someterse a controles tempranos de embarazo y a la adopción de conductas saludables. Así mismo, Rodríguez-Inicio et al, encontraron que un bajo apoyo social durante el embarazo está asociado con síntomas depresivos y ansiedad incluso durante el posparto inmediato o nacimiento. <sup>26</sup>

Se ha manifestado la importancia del apoyo social durante el periodo perinatal, no sólo en relación con depresión posparto, como se ha estudiado en mayor medida, sino también como generador de sintomatología ansiosa. Desde un punto de vista psicodinámico se ha hecho énfasis en la importancia de que la mujer cuente con una red de apoyo adecuada. Dicha matriz de apoyo tiene dos funciones principales.

La primera, proteger físicamente a la madre, cubrirle sus necesidades vitales y retirarla algún tiempo de las exigencias de la realidad externa, para que pueda dedicarse a cuidar a su hijo/a, y la segunda, satisfacer la necesidad de la madre de sentirse rodeada, apoyada, acompañada y ayudada durante el embarazo y la crianza, de ahí que la carencia de este apoyo la lleve a experimentar ansiedad prolongada.<sup>29</sup>

Hay una correlación entre mayor estrés y riesgo de parto prematuro. En un estudio con 508 embarazadas en Alemania, hubo correlación significativa entre mayor tensión, ansiedad, estrés y parto prematuro. Entre los marcadores estuvieron: no contar con una “red de apoyo” de otras mujeres en quienes confiar y un bajo involucramiento emocional del compañero (novio o esposo). Otro semejante en Chile, reportó que un 62% informó vivir con alto nivel de estrés y 81% estaban insatisfechas con el apoyo psicosocial disponible para ellas. Hubo una correlación entre más estresores y menor duración del embarazo y menor peso al nacer. Además, la cuarta parte de las gestantes tenía desnutrición.<sup>16</sup>

Otros autores han sugerido que las peleas con el compañero u otros miembros de la familia pueden causar efectos en el neonato, incluyendo posibles malformaciones craneofaciales.<sup>16</sup>

La correlación entre apoyo social y las dimensiones de salud indica que a mayor apoyo social percibido por parte de las embarazadas, menor somatización, menor angustia y ansiedad, menor depresión y en general un mayor bienestar.<sup>26</sup>

Por su parte, el apoyo social, muestra estar asociado a la calidad de vida percibida en las embarazadas, ya que el apoyo social percibido, predice de manera significativa el estatus de salud de las embarazadas, en sentido de que un mayor apoyo social explica una mejor salud global, física y psicológica, así como una mayor satisfacción con la calidad de vida.<sup>33</sup>

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia es la base fundamental de nuestra sociedad y durante su ciclo vital pasa por etapas de transición, en donde debe adaptarse a nuevas dinámicas familiares, en éstas etapas se agudizan las necesidades de apoyo, en especial en el embarazo, ya que debido a los cambios que presenta la embarazada no sólo físicos, sino también psicológicos, se vuelve más sensible y necesita mayor atención y apoyo, por lo que es importante que durante esta crisis normativa del embarazo pueda contar con el apoyo de parte de su pareja, para que se llegue a una estabilidad y una adecuada funcionalidad, ya que de lo contrario puede afectar la salud de la embarazada y del producto, porque como sabemos la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia es un factor determinante en la aparición de enfermedades en sus integrantes.

El embarazo es una etapa evolutiva muy importante, ya que se considera que el embarazo y el nacimiento de un hijo es uno de los acontecimientos más relevantes en la vida de las personas.

Los cambios que se presentan en las mujeres embarazadas no sólo la afecta física y emocionalmente, sino que también modifica su relación de pareja, pueden existir alteraciones en sus relaciones sexuales y haber dificultades en la comunicación, lo cual puede generar en la mujer embarazada estrés, angustia, incluso originarle depresión, los cuales pueden incrementarse si la mujer embarazada no se siente apoyada durante esta etapa tan importante de su vida.

Sin embargo, si la mujer embarazada cuenta con el apoyo de la pareja, éste aliviará miedos, dudas, disminuirá su estrés, angustia y evitará que tenga somatización de la sintomatología que presenta, así mismo se evitará que existan recriminaciones y discusiones entre la pareja, para que esto se logre es importante que ambos miembros de la pareja tengan una buena comunicación y compartan inquietudes, dudas, de éste modo podrán desarrollar mayor empatía y entenderse mejor. Además al cumplirse las funciones familiares durante el embarazo por parte de su pareja, sobre todo de cuidado y afecto se podrá mantener la unión y la funcionalidad dentro de la familia, lo que permitirá que se avance a la siguiente fase del ciclo vital familiar, de lo contrario puede surgir disfuncionalidad familiar, la cual va a afectar en las etapas subsiguientes o incluso originar que se interrumpa o fracture la familia originando su separación.

El apoyo ofrecido a las embarazadas fortalecen la salud de la madre, debido a que en un factor protector, ya que al sentirse apoyadas, acompañadas y ayudadas durante el embarazo, les permite enfrentar todos los cambios físicos y psicológicos a los que se enfrenta durante el embarazo, lo cual incrementara su autoestima y su seguridad.

Por lo tanto es importante valorar el apoyo con el que cuenta la mujer embarazada, sobre todo el proporcionado por su pareja, ya que éste tiene un papel importante en el embarazo por ser su principal red de apoyo y el hecho de que la mujer embarazada cuente con este apoyo, permitirá que acuda a control temprano de su embarazo y adopte conductas saludables, por lo tanto favorece a la salud de la madre y del producto.

Por lo cual se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es el apoyo conyugal durante la crisis normativa del embarazo?

### **3. JUSTIFICACION**

El embarazo es una etapa muy importante dentro del desarrollo tanto personal como familiar, por lo que se debe tratar de que sea un embarazo saludable, el cual se puede definir como un embarazo sin factores de riesgo, libre de complicaciones y que con una adecuada vigilancia prenatal, logra un estado de bienestar biológico, psicológico y social para la embarazada y para el producto de la concepción.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el mundo, cada año, se embarazan 208 millones de mujeres.

En la actualidad, la concepción se considera de alta prioridad en las actividades destinadas al cuidado de la salud materna, tanto por su importancia para el bienestar general del núcleo familiar, como por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad en este grupo de población en edad reproductiva.

Los cambios fisiológicos y psicológicos que se producen durante el embarazo, colocan a las mujeres embarazadas en una condición de mayor vulnerabilidad y de gran susceptibilidad para ser afectadas por diversas causas de morbilidad y mortalidad, con el impacto adicional consecuente sobre el producto de la gestación.

En el periodo de embarazo esta situación se agudiza si la mujer cuenta además, con condiciones socialmente desventajosas como la pobreza, el desempleo y la falta de apoyo de una red familiar y social.

Actualmente se reconoce que las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsible mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permita la identificación y el control de los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal.

Un embarazo vulnerable se refiere a las circunstancias que inciden en que el embarazo no se pueda vivir con normalidad, en muchos casos provenientes de contexto social en que se desarrolla o bien de su propia individualidad, algunas de las circunstancias condicionantes más relevantes son la estabilidad emocional de la mujer, la soledad, abandono, la angustia, la edad de ella, las situaciones de violencia, la situación económica, la estructura o función familiar y proyectos de vida deshechos entre otras causales.

Hoy se considera que la mujer es más susceptible a padecer trastornos emocionales y con mayor fuerza en el embarazo, esto tiene gran relevancia ya que existen investigaciones que coinciden en que los problemas físicos, las actitudes y sentimientos de la madre en la etapa perinatal, son capaces de afectar tanto a la madre como a su hijo, ya que puede presentar mayores niveles de estrés y ansiedad durante el embarazo y, como consecuencia mayor incidencia de prematuridad, bajo peso al nacer, destete precoz, retraso del desarrollo infantil, deficiente competencia social y el comportamiento del individuo para toda la vida, por esta razón es muy importante el apoyo emocional que brinde la pareja a la futura madre.

El comité Latinoamericano de Perinatología, plantea la importancia de los cuidados preconcepciones enfocados en el asesoramiento a las futuras madres e identificación de los factores de riesgo del proceso reproductivo, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones maternas en el embarazo, el diagnóstico oportuno y su atención adecuada a través del control prenatal y disminuir la morbi-mortalidad materna fetal, ya que éste continúa siendo un problema importante de salud pública, al realizar estas acciones de prevención de factores de riesgo se garantizaría la maternidad saludable.

La Norma Oficial Mexicana (NOM 007-SSA2-1993) para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y recién nacido, proponen el modelo de atención a la mujer embarazada con un “enfoque de riesgo” considerando la probabilidad de que pueda sufrir algún daño durante el proceso reproductivo, y la adopción de las medidas necesarias para lograr un nacimiento seguro, lo cual puede disminuir significativamente el riesgo de complicación y muerte de la madre y el producto.

La maternidad sin riesgo no sólo reducirá la mortalidad y la discapacidad materno- infantil, sino que también contribuirá a la mejor salud, calidad de vida y equidad para las mujeres y su familia.

Resulta lamentable y difícil de aceptar que de manera rutinaria no se indague o se identifique el problema de falta de apoyo de la pareja durante el embarazo como factor de riesgo obstétrico y perinatal, el cual repercute en la salud integral del binomio madre-hijo, de su núcleo familiar y por ende, de la sociedad en general.

A nivel nacional y regional, hay pocos registros o estudios enfocados al estudio de las redes de apoyo durante el embarazo y ninguno de los trabajos hasta

ahora analizados se refiere específicamente al apoyo de la pareja durante el embarazo y sus repercusiones sobre el mismo y el producto, lo cual hace que estén pasando inadvertidos, ignorándose que la valoración de las madres debe ser integral, por lo tanto es de gran importancia hacer conscientes tanto a las pacientes como a sus familias y a los profesionales de la salud de la importancia del abordaje bio-psico-social para poder otorgar una atención integral.

En nuestro país como en muchos otros, las embarazadas representan uno de los programas prioritarios del sector salud, por lo que resulta de suma trascendencia conocer las redes de apoyo en las embarazadas, sobre todo de su pareja ya que existe una amplia evidencia de que una red social personal, estable, sensible, activa y confiable tiene una influencia positiva para la persona, porque actúa como un fuente de ayuda y permite la rapidez de la utilización de los servicios de salud.

Por lo que el médico familiar es la persona más indicada durante el período de gestación para darle contención a la paciente embarazada y su familia y de esta forma limitar los síntomas, ya que el embarazo es un evento vital que implica cambios en la vida de la mujer, en la pareja y en las personas que la rodean, se considera una crisis, ya que pone en juego su estabilidad emocional, lo que ocasiona una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psíquicos, los cuales pueden ser precipitados por la falta de apoyo familiar, en especial por parte de su pareja.

Es importante valorar la situación de la pareja que está esperando un hijo, se debe hacer los esfuerzos para reducir la ansiedad y tensión, ya que esto puede beneficiar a la pareja y el feto, por lo que el médico familiar quien es el principal objeto de transferencia puede hacer una gran diferencia en cómo viva una paciente su embarazo, como una experiencia inolvidable y excitante o como un cúmulo de síntomas físicos molestos cargados de ansiedad y problemas en pareja y familiar.

El apoyo social percibido predice de manera significativa el estatus de salud y calidad de vida de las embarazadas en sentido de que un mayor apoyo social explica una mejor salud global, física y psicológica, así como una mayor satisfacción con la calidad de vida, por lo tanto es importante la participación del padre en el embarazo, el parto y en la etapa posnatal, ya que tiene un impacto protector a largo plazo.

Cabe mencionar que el impacto que tiene el embarazo es de gran trascendencia, ya que cambia para siempre la vida de la familia, debido a que de la relación entre cada uno de sus integrantes, depende el adecuado proceso de socialización, pues es, en su interior donde se generan acciones positivas o negativas que determinan el buen o mal funcionamiento y las expectativas de un adecuado desarrollo como individuos integrados en un contexto social determinado.

Por lo tanto es importante la realización del presente estudio, ya que ser padre no es una tarea fácil ya que supone cambios y cierta vulnerabilidad para la mayoría de los individuos y las familia, por lo que es prioritario valorar el apoyo conyugal durante el embarazo debido a que es un factor importante para la adecuada evolución y término del embarazo.

Además es importante realizar este estudio ya que nos proporciona información sobre el apoyo proporcionado a las embarazadas, porque su conocimiento permitirá, proponer estrategias de promoción de salud pertinentes a su realidad familiar y abordar la problemática de acuerdo a sus necesidades, con una intervención oportuna por parte del médico familiar ante la fragilidad en las redes de apoyo informal, buscando contar con una red formal para mejorar sus expectativas de salud en todos los aspectos, que repercutan en su calidad de vida.

De ahí la importancia de un adecuado control prenatal, con enfoque de riesgo y que tenga un abordaje integral bio-psico-social, con el fin de prevenir y captar de forma oportuna aquellas patologías y alteraciones familiares que afectan directamente tanto a la madre como al recién nacido, lo cual podría generar un riesgo aumentado de morbi-mortalidad de ambos.

## **4. OBJETIVOS**

### 4.1 Objetivo General

Medir el apoyo conyugal durante la crisis normativa del embarazo

### 4.2 Objetivos Específicos

Detectar el tipo de apoyo que predomina durante el embarazo.

Identificar aspectos socioeconómicos de las pacientes embarazadas

## **5. MATERIAL Y METODOS**

### 5.1 Tipo de Estudio:

Se trata de un trabajo de tipo observacional, descriptivo y transversal.

### 5.2 Población:

Mujeres embarazadas, casadas, que se encuentran entre las edades de 20 a 45 años, con embarazo de bajo riesgo que acudieron a control prenatal en la consulta externa Hospital Regional Nezahualcóyotl, ISSEMYM

Lugar: Se llevó a cabo en el Hospital Regional Nezahualcóyotl, ISSEMYM que se encuentra ubicada en: Calle San Juan de Aragón s/n, Col. Vicente Villada, C.P 57710, municipio de Nezahualcóyotl.

### Tiempo:

Se aplicó la encuesta durante el periodo que abarca del 1 de julio al 30 de septiembre del 2014.

### 5.3 Muestra:

Es de tipo No Probabilístico y se realizó por cuota del total de pacientes embarazadas, casadas, que se encuentren entre las edades de 20 a 45 años, con embarazo de bajo riesgo, que acudieron a la consulta externa a control prenatal en el Hospital Regional Nezahualcóyotl, ISSEMYM, en el periodo que abarca del 1 de julio al 30 de septiembre del 2014.

### **5.4 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION**

#### INCLUSION

- Mujeres embarazadas que se encuentren entre las edades de 20 a 45 años, con embarazo de bajo riesgo que acuden a la consulta externa del Hospital Regional Nezahualcóyotl ISSEMYM
- Mujeres embarazadas casadas
- Mujeres que sepan leer y escribir
- Mujeres que llenen completo la escala evaluativa

#### EXCLUSION

- Mujeres embarazadas adolescentes
- Mujeres embarazadas de alto riesgo
- Mujeres que no sepan leer y escribir

## ELIMINACION

- Pacientes que no acepten la realización del estudio
- Pacientes que no completen el cuestionario de evaluación

## 5.5 VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA	FUENTE	REPRESENTACION
Edad	Cuantitativa	La edad (o edad biológica) es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	20 - 25 años 26 - 30 años 31 - 35 años 36 - 40 años > 40 años	Ficha de identificación	Gráfica
Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Tiempo que tiene de educación formal un individuo.	Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura C. técnica	Ficha de identificación	Gráfica
Ocupación	Cualitativa Nominal	Empleo, oficio o facultad que cada uno tiene y ejerce.	Hogar Empleada Policía Profesora	Ficha de identificación	Gráfica
Gestaciones	Cualitativa Nominal	Cantidad de embarazo que ha presentado una mujer	Primigesta Multigesta	Ficha de identificación	Gráfica
Apoyo Conyugal	Cualitativa Nominal	Protección, favor, ayuda del esposo	Escala de Apoyo Percibido de la pareja (EAPOS)	Instrumento de evaluación del apoyo proporcionado por la pareja	Gráfica

## 5.6 TIPO DE MUESTRA

No probabilística por cuota, se obtuvo un total de 80 mujeres embarazadas, casadas, que se encontraban entre las edades de 20 a 45 años y con embarazo de bajo riesgo, las cuales acudieron a la consulta externa del Hospital Regional Nezahualcóyotl en el período que abarca del 1 de Julio al 30 de septiembre del 2014 en un horario de 8:00 am a 14:00 pm.

## 6. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó el Instrumento de Evaluación de Apoyo Proporcionado por la Pareja el cual fue validado en el Artículo de Red Social y Apoyo Percibido de la Pareja y Otros significativos: una validación psicométrica, escrita por Cienfuegos Martínez Yessica Ivett y Díaz-Loving Rolando de la Universidad Nacional Autónoma de México, publicado en la revista de Enseñanza e Investigación en Psicología del año 2011.

El Instrumento de Evaluación del Apoyo Proporcionado por la Pareja consta de la Escala de Apoyo Percibido de la Pareja y otros significativos (EAPOS), el cual permite evaluar conductas específicas de apoyo, contiene 36 reactivos los cuales están divididos en tres secciones que evalúan el apoyo proporcionado por la pareja tanto el emocional, como el material y el informacional.

El Apoyo Emocional abarca los reactivos del 1 al 12 y evalúa el amor, valor, respeto y sentirse parte de un grupo, con reactivos como: me escucha cuando tengo un problema, me dice o me hace sentir que me respeta y me quiere, se interesa por las cosas que me pasan, etc.

El Apoyo Material abarca los reactivos del 13 al 24 y evalúa la solución de problemas de manera directa: casa, dinero, comida, con reactivos como: me da o me presta dinero cuando lo necesito, me ayuda con el cuidado de mis hijos y el hogar, cuando he estado enferma me ha llevado al médico al médico, etc.

El Apoyo Informativo abarca de los reactivos del 25 al 36 y evalúa los consejos y la información, con reactivos como: me enseña a hacer cosas que yo no sé, me dice que es lo que espera de mí, me dice cosas que me ayudan a entender alguna situación que me preocupa, me da consejos para solucionar mis problemas, me alienta a enfrentar cualquier adversidad, hacemos cosas juntas, etc.

## **7. METODO DE RECOLECCION DE DATOS**

Se informó a las mujeres embarazadas que acudieron a consulta externa para su control prenatal el motivo de la realización de este estudio y se le entregó la hoja de consentimiento informado.

## **8. RECURSOS**

### **8.1 RECURSOS HUMANOS**

El diseño, aplicación y análisis de los materiales fueron realizados por la presente investigadora.

### **8.2 RECURSOS MATERIALES**

Para la realización del presente trabajo se utilizaron una computadora portátil, plumas, grapas, copias del instrumento de evaluación del apoyo proporcionado por la pareja así como de la hoja de consentimiento informado, impresora, tinta para imprimir.

### **8.3 RECURSOS FISICOS**

Se realizó en el consultorio durante la consulta externa otorgada a las mujeres embarazadas que acuden a su consulta, el cual se encuentra dentro de las instalaciones del Hospital Regional Nezahualcóyotl, ISSEMYM

## **8.4 RECURSOS FINANCIEROS**

Autofinanciado por el investigador principal

## **9. CONSIDERACIONES ETICAS**

Para la realización de esta investigación se tomó en cuenta las consideraciones establecidas en la Declaración de Helsinki y la Ley General de Salud, las cuales establecen lo siguiente:

### **DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL**

#### **Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos**

59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008

Los puntos más importantes de esta declaración y que ayudaron a la presente investigación son los siguientes:

- El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos).
- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.
- El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos debe describirse claramente en un protocolo de investigación.
- La participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria.
- La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin

exponerse a represalias, se debe pedir, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona.

- El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico.

- Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio tienen derecho a ser informados sobre sus resultados y compartir cualquier beneficio, por ejemplo, acceso a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o a otra atención apropiada o beneficios.

### **Ley General de Salud**

La Ley General de Salud en su última reforma publicada en el DOF 25-1-13 establece en el Título Quinto: Investigación para la Salud, lo siguiente:

**Artículo 100.-** La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

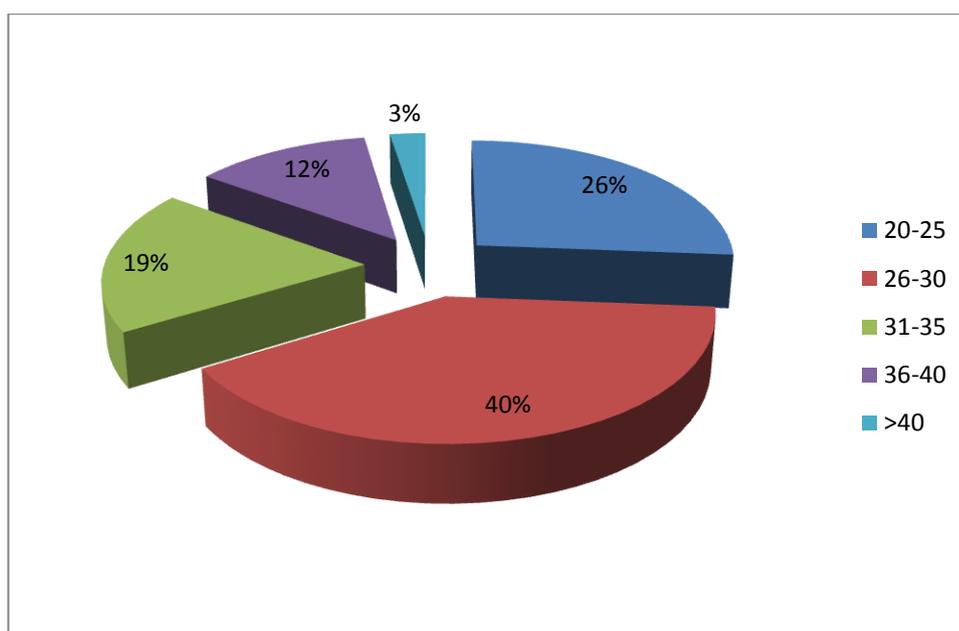
II. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

## 10. RESULTADOS

Del total de 80 pacientes embarazadas que acudieron a la consulta externa de ISSEMYM Nezahualcóyotl y se les aplicó el Instrumento para Evaluar el Apoyo Proporcionado por la Pareja, se obtuvieron los siguientes resultados:

En la clasificación por grupo de edad, se encontró que el 40% de las mujeres embarazadas (32 pacientes) se encuentran en edades entre los 26 a 30 años, seguida del grupo de 20 a 25 años, lo cual corresponde a un 26% del total de embarazadas (21 pacientes) de la población estudiada. <sup>Grafica 1</sup>

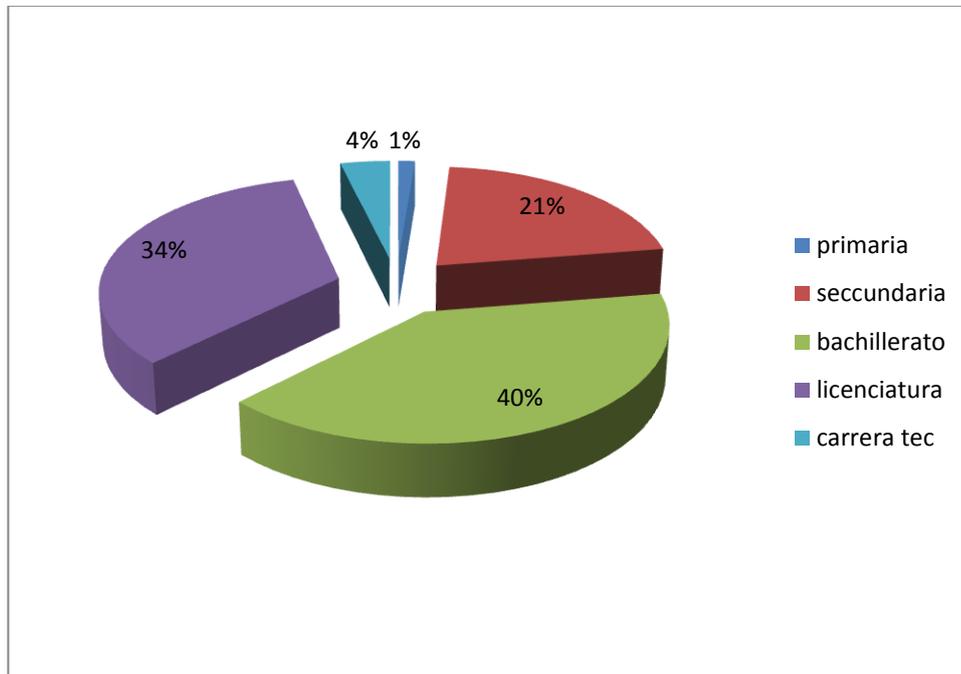
### GRAFICA 1. EDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL ESTUDIO DE APOYO CONYUGAL DURANTE LA CRISIS NORMATIVA DEL EMBARAZO



Fuente: Instrumento de Evaluación del Apoyo Proporcionado por la Pareja

Con respecto a la escolaridad de las mujeres embarazadas se identificó que 32 embarazadas tienen estudios de bachillerato lo que corresponde al 40% y 27 embarazadas terminaron una licenciatura, lo que corresponde al 34% de la población total, el resto de las mujeres terminó la primaria, secundaria y/o una carrera técnica. <sup>Gráfica 2</sup>

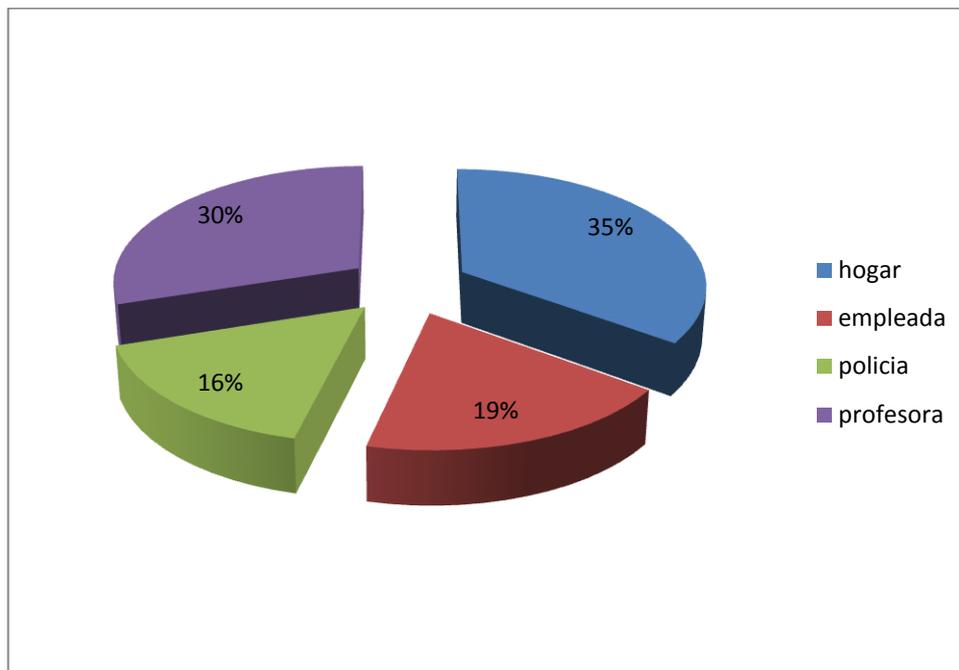
**GRAFICA 2. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS DEL ESTUDIO DE APOYO CONYUGAL DURANTE LA CRISIS NORMATIVA DEL EMBARAZO**



Fuente: Instrumento de Evaluación del Apoyo Proporcionado por la Pareja

Dentro de la ocupación se encontró que 28 mujeres embarazadas se dedican al hogar, lo que representa el 35% de las pacientes y 24 embarazadas son profesoras, lo que representa el 30% del total de las pacientes, el resto del porcentaje de mujeres embarazadas es empleada o policia. <sup>Gráfica 3</sup>

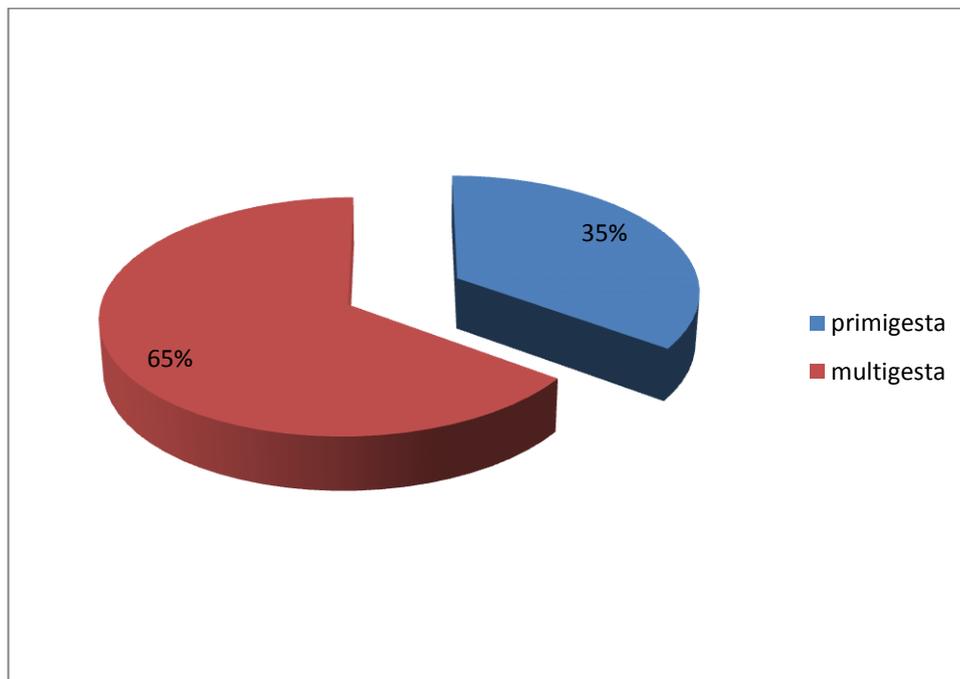
**GRAFICA 3. OCUPACION DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS DEL ESTUDIO DE APOYO CONYUGAL DURANTE LA CRISIS NORMATIVA DEL EMBARAZO**



Fuente: Instrumento de Evaluación del Apoyo Proporcionado por la Pareja

En relación al número de gestaciones de las pacientes embarazadas, se identificaron a 28 mujeres que se encontraban en su primer embarazo, lo que corresponde al 35% y 52 mujeres embarazadas eran multigestas, lo que corresponde al 65% del total de embarazadas. <sup>Gráfica 4</sup>

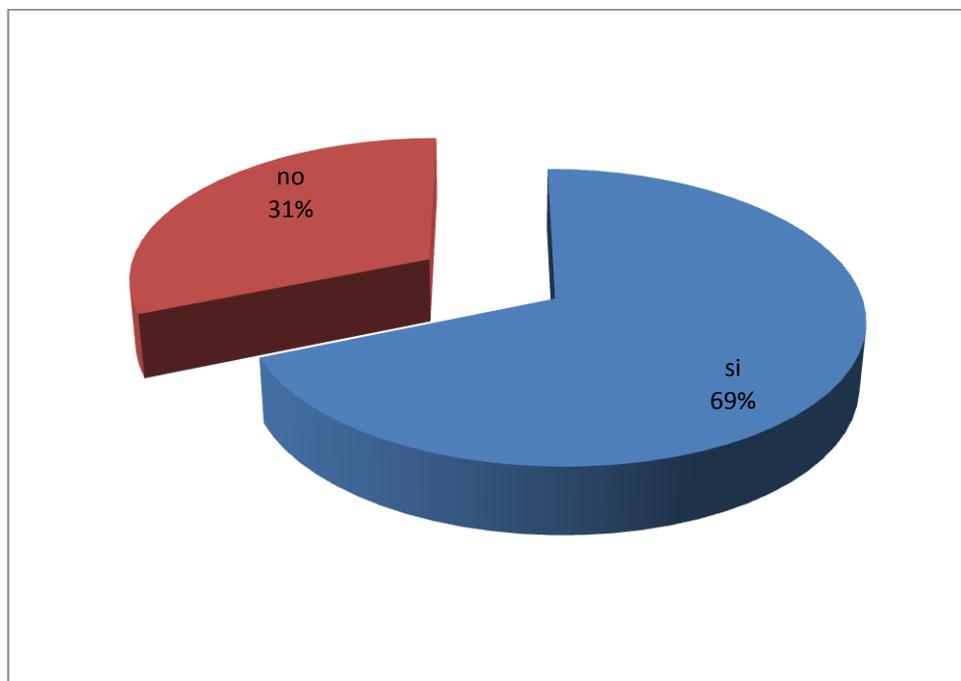
**GRAFICA 4. NUMERO DE GESTACIONES DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL ESTUDIO DE APOYO CONYUGAL DURANTE LA CRISIS NORMATIVA DEL EMBARAZO**



Fuente: Instrumento de Evaluación del Apoyo Proporcionado por la Pareja

En la clasificación del apoyo proporcionado por la pareja se identificó que 55 pacientes embarazadas perciben que reciben apoyo emocional por parte de su pareja, lo que corresponde al 69% y 25 embarazadas perciben no contar con ese apoyo emocional, lo que representa el 31% del total de las pacientes. <sup>Gráfica 5</sup>

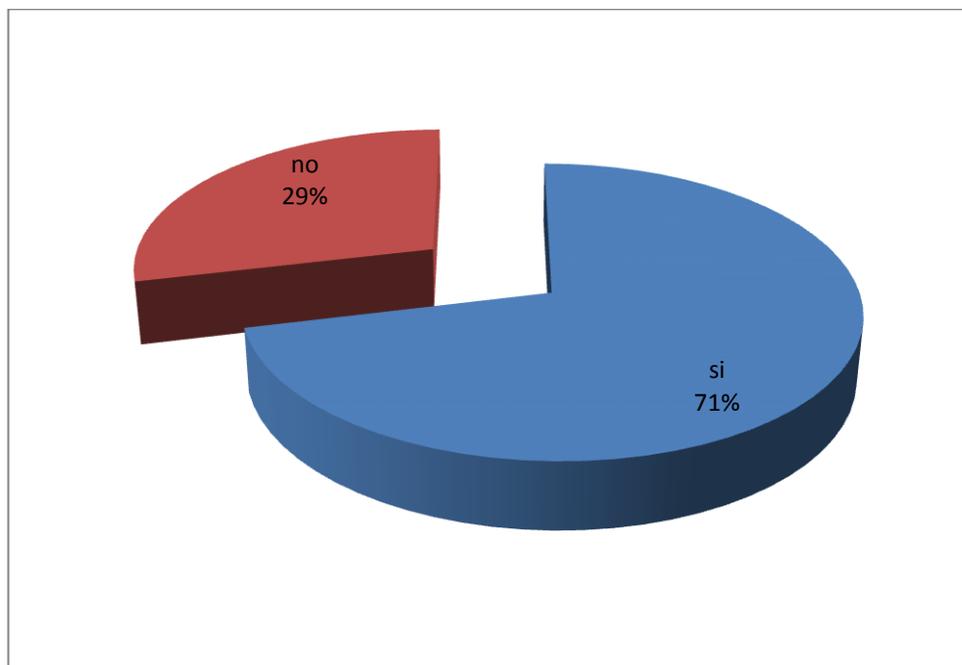
**GRAFICA 5. PERCEPCION DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL APOYO CONYUGAL DE TIPO EMOCIONAL DURANTE LA CRISIS NORMATIVA DEL EMBARAZO**



Fuente: Instrumento de Evaluación del Apoyo Proporcionado por la Pareja

En el rubro del apoyo material se detectó que 57 embarazadas perciben contar con el apoyo material, lo que representa el 71% y 23% no cuenta con el apoyo material, lo que representa el 29% de las pacientes. <sup>Gráfica 6</sup>

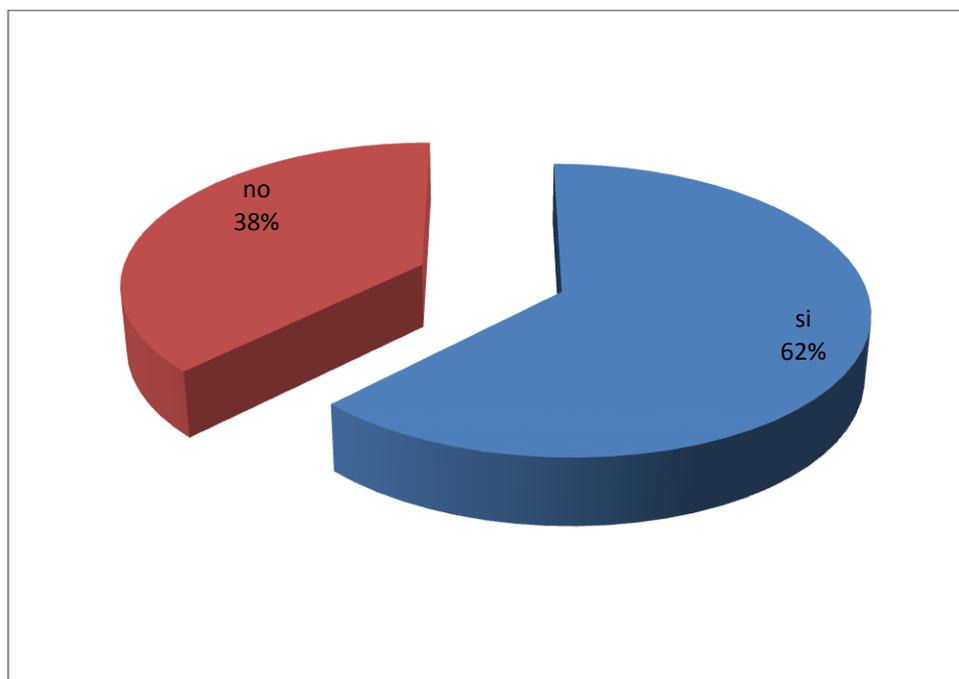
**GRAFICA 6. PERCEPCION DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL APOYO CONYUGAL DE TIPO MATERIAL DURANTE LA CRISIS NORMATIVA DEL EMBARAZO**



Fuente: Instrumento de Evaluación del Apoyo Proporcionado por la Pareja

Por último en relación al apoyo informativo se encontró que 50 embarazadas perciben recibir información por parte de su pareja, lo que representa el 62% y 30 embarazadas perciben no contar con el apoyo informativo, lo que corresponde al 38% del total de embarazadas. <sup>Gráfica 7</sup>

**GRAFICA 7. PERCEPCION DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL APOYO CONYUGAL DE TIPO INFORMACIONAL DURANTE LA CRISIS NORMATIVA DEL EMBARAZO**



Fuente: Instrumento de Evaluación del Apoyo Proporcionado por la Pareja

## 11. DISCUSION

En la investigación que se realizó en la mujeres embarazadas se detectó que la edad dentro de la cual se presenta el mayor número de embarazos se encuentra entre los 26 a 30 años, seguida de los 20 a 25 años, lo cual nos proporciona un rango de edad entre los 20 a 30 años, datos que concuerdan con el estudio realizado en Venezuela por Madorys Díaz con pacientes embarazadas, ya que se encontró que el 72% tenía entre 20 y 31 años. De igual manera en el estudio realizado en Lima Perú, por Nelly Lam y Hans Contreras se encontró que las mujeres gestantes en su mayoría son jóvenes ya que representaban el 59.4%, las cuales tenían entre 20 y 29 años.

Por lo tanto vemos que al presentarse los embarazos en edades jóvenes, se hace más importante el apoyo por parte de su pareja, ya que son más sensibles y desconocen en mayor grado los cambios que se generan en el área bio-psico-social durante el embarazo.

En la escolaridad se identificó que la mayoría de las embarazadas tienen estudios de bachillerato, datos que coinciden con el estudio realizado en la ciudad de México por Yessica Cienfuegos en donde se encontró que el 60% de las mujeres tenían estudios de bachillerato, pero también contrastan con el estudio realizado en mujeres gestantes de Lima Perú, por Nelly Lam en donde se encontró que el mayor porcentaje tenía estudios de secundaria con un 54.8%.

En lo que se refiere a la ocupación se identificó que la mayor parte de las embarazadas se dedican al hogar (35%), información que concuerdan con el estudio realizado en mujeres embarazadas en la ciudad de Hermosillo Sonora, por Martina Ontiveros, la cual encontró que el 49% era ama de casa, también el estudio realizado en Lima, Perú por Nelly Lam también encontró que el 69% se dedicaba al hogar.

Cuando analizamos el porcentaje de mujeres embarazadas que trabajan fuera de casa, se detectó que representa el 65% de la población estudiada, información que también coincide con el estudio antes mencionado en Hermosillo Sonora, ya que en esa población también es mayor el porcentaje de embarazadas que tienen actividad laboral fuera de casa al representar al 51% de las mujeres.

Como sabemos, ambas pacientes embarazadas requieren el apoyo por parte de su pareja, sin embargo en lo que respecta al contexto laboral, Singley y Hynes encontraron en un estudio realizado en mujeres embarazadas, que los cambios más llamativos son los experimentados por las mujeres que trabajan fuera del hogar ya que en un porcentaje importante de casos, modificaban de manera sustancial su implicación en el trabajo (24.4%) o bien dejan de trabajar durante el embarazo o al convertirse en madres (36.6%). Lo cual implica que requiere mayor apoyo por parte de su pareja durante el embarazo, para que pueda manejar tanto los cambios físicos y psicológicos que va a experimentar, así como ayudarla a la adaptabilidad al rol de madre-esposa-trabajadora.

Respecto al número de embarazos se encontró que la mayoría de las mujeres son multigestas, datos que coinciden con una muestra de mujeres embarazadas en Barcelona por Rebeca Armengol en donde se encontró que el 68.9% eran multigestas y el 38.5% eran primigestas, en nuestro estudio las multigestas representan el 65% y las primigestas el 35%. También coinciden con los encontrados en Venezuela por Josnil Rojas y et al en donde las primigesta representaban el 43.8% y el 56.2% las multigestas.

Esta información es de suma importancia, ya que se ha encontrado en estudios realizados que cuando la transición a la maternidad se experimenta por primera vez, se intensifica la necesidad de apoyo tanto a nivel instrumental como informativo y sobre todo el emocional. (Heinecke)

Al evaluar el apoyo percibido por las mujeres embarazadas del presente estudio, se encontró que en general la mayor parte de éstas pacientes, sí perciben contar con el apoyo emocional (69%), material (71%) e informacional (62%) por parte de su pareja. De estos tipos de apoyo, el que más predominó fue el apoyo material, seguida del emocional y en último lugar el informacional.

Sin embargo también existen mujeres embarazadas que manifestaron no percibir el apoyo por parte de su pareja, éstas representan un porcentaje significativo de paciente que no perciben el apoyo emocional (31%), el material (29%) y el informacional (38%).

Se revisó la literatura buscando estudios realizados previamente en relación al apoyo de las pacientes embarazadas y se encontró lo siguiente:

En el estudio realizado en Lima, Perú por Nelly Lam en mujeres embarazadas, se evaluó el apoyo social y se encontró que el 54% tenía el apoyo emocional y el 46% el afectivo.

En el estudio realizado en Alemania por Rauchfuss M. en mujeres embarazadas se encontró que no contaban con una red de apoyo y el involucramiento emocional del compañero de las embarazadas era muy bajo, esto estuvo correlacionado con mayor tensión, ansiedad, estrés y parto prematuro. Otro semejante en Chile, reportó que un 62% informó vivir con alto nivel de estrés y 81% estaban insatisfechas con el apoyo psicosocial disponible para ellas.

En Chile, Alvarado R. encontró que de 192 mujeres el 81% estaban insatisfechas con el apoyo psicosocial disponible para ella.

En el estudio realizado en Venezuela por Josnil Rojas en mujeres embarazadas se encontró que de la pareja el 100% de la muestra esperaba ser escuchada, recibir amor, cariño y ternura, estas demandas fueron cubiertas en

un 80%. El grado de satisfacción predominante en la muestra fue satisfactoria para la escucha en un 48% y el cariño en un 53%.

Un 88% de las gestantes solicitó orientación sobre el embarazo y la crianza y el apoyo recibido fue satisfactorio para el 67%.

El 94% de las embarazadas esperaban cuidados cuando se sentían quebrantadas de salud, esto fue satisfactorio en el 75%.

De acuerdo a los resultados encontrados en el presente estudio y los encontrados en estudios realizados en otras pacientes embarazadas, tenemos que la mayoría de ellas perciben el apoyo durante el embarazo, sin embargo existen pacientes que no perciben ese apoyo.

Por lo tanto debemos recordar lo que Salber y Taliaferro mencionan en relación al apoyo proporcionado por la pareja: que para quienes la tienen, la principal fuente de apoyo es el otro miembro de la díada. Y como menciona Stern, el compañero siempre ha desempeñado un papel importante en la función de sostén.

Ravenhorst señala la importancia del soporte social particularmente la relación de la mujer con su marido o pareja en el establecimiento del apego prenatal.

Todo esto nos lleva a seguir evaluando el apoyo que proporciona la pareja durante el embarazo, ya que como se mostró en el estudio realizado en Venezuela por Josnil Rojas, el apoyo proporcionado a la embarazada tiene un factor protector para trastornos emocionales. En ese estudio se apreció que el porcentaje de gestantes con depresión fue mayor entre las que se sentían insatisfechas con el apoyo recibido (71.4%) que entre las satisfechas (48.6%). Por lo que se evidenció que las insatisfechas tenían un 2.6 veces más riesgo de presentar síntomas depresivos que las satisfechas.

Stapleton et al, refiere que madres que tuvieron mayor apoyo por parte de sus parejas durante el embarazo presentaron menor ansiedad, concluyendo que una alta calidad en la relación de pareja puede contribuir al bienestar materno-infantil incluso después del parto.

## **12. CONCLUSIONES**

El periodo del embarazo es una etapa vulnerable para la diada madre y esposo ya que enfrentan una serie de cambios que requieren de una adecuada adaptación. Para alcanzar con éxito este proceso, debe considerarse la intervención temprana en las distintas fases del proceso de convertirse en madre, para ir detectando y analizando los cambios no solo físicos, sino también los psicológicos que pueden alterar el curso del embarazo, pero sobre todo los aspectos en la dinámica familiar y el apoyo con el que se cuenta para que de esta manera se pueda tratar de evitar que se presenten repercusiones en la salud materno-infantil.

El apoyo con que cuenta la mujer embarazada es un factor protector de salud, así también la red de apoyo familiar y el sentimiento de falta de apoyo de las redes sociales se correlacionan de manera directa con el nivel de funcionamiento familiar. Lo cual reafirma la importancia de los recursos familiares para resolver los conflictos, reducir las situaciones de estrés evolutivo, así como para prevenir el cambio que produce una crisis en el sistema familiar.

El conocimiento del funcionamiento familiar y las redes de apoyo permiten identificar recursos que faciliten el desarrollo de estrategias específicas para la implementación de intervenciones tanto clínicas como psicosociales en familias con diferentes tipos de funcionamiento familiar.

Aunque en la mayoría de los casos el proceso de adaptación durante el embarazo y nacimiento, se resuelve favorablemente y la pareja termina asumiendo de forma satisfactoria y competente su nuevo rol de padres, no son pocos los casos en los que esta transición no se completa adecuadamente.

Así una complicada transición a la maternidad y paternidad figura entre los desencadenantes de muchas rupturas conyugales e incluso entre los factores que contribuyen a que algunos padres comprometan o perjudiquen el desarrollo del menor hasta llegar a darse una situación de desprotección infantil.

Por lo tanto es importante que ya que se detectó la falta de apoyo se investigue en un futuro las repercusiones psicológicas en la mujer embarazada que esto generó tanto a ella como al producto de la concepción. Pero lo más importante es que al detectarla se trate de establecer estrategias para que la pareja se involucre más en los cambios que se presentan en el embarazo y esto logre disminuir el estrés de la mujer embarazada y se incremente el apoyo por parte de su pareja, ya que en muchas ocasiones no se proporciona este apoyo por falta de conocimiento del esposo.

Además es importante promover el desarrollo de programas de intervención dirigidos a la población de mujeres embarazadas que atiendan su esfera emocional y psicosocial general, a fin de prevenir consecuencias adversas sobre su salud y bienestar y fomentar una mejor calidad de vida en estas mujeres que cursan un ciclo de vida tan importante como lo es el embarazo. Es en este campo en donde se abre una gran área de desenvolvimiento por parte del médico familiar, el cual es el más indicado para dar apoyo integral en esta etapa del ciclo vital familiar.

Por lo tanto es necesario que el médico familiar esté al tanto de las consecuencias negativas de las tensiones que se generan en el embarazo y del apoyo con el que cuenta para enfrentarlos, así de esta manera puede ayudar a las familiar a buscar la forma de resolver las tensiones por medio de intervenciones tempranas que aseguren también el bienestar psicológico y emocional de la mujer embarazada y la pareja.

### 13. BIBLIOGRAFIA

1. Dirección de Prestaciones Médicas. Diagnóstico y Manejo de la Cardiopatía en el Embarazo. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011.11.
2. Comité Para El Estudio de los Aspectos Eticos de la Reproducción Humana y Salud de la Mujer de la FIGO. Recomendaciones sobre temas de ética en Obstetricia y Ginecología, FIGO, noviembre 2006, 251.
3. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. 1994.4.
4. Beckmann R.B.Charles, Ling W.Frank, Barzansky M. Barbara. Obstetricia y Ginecología. The American College of Obstetrician and Gynecologists, ACOG, 6ª edición, 2010, Ed. Wolter kuwer, Lippincott William&Wikins.43-55.
5. Reece M.D. E. Albert, Phol M.B. John, Gant. M.D. Norma, et al. Obstetricia Clínica, 3ª edición, 2010, Ed. Media Panamericana, Buenos Aires Argentina.633-641,1017-1020
6. Purizaca. B. Manuel. Modificaciones fisiológicas en el embarazo. Rev. Per Ginecol Obstet.2010. 57-69.
7. Maldonado Duran Martín, Saucedo García JM, Lartigue Teresa. Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. Rev. Perinatol Reprod Hum. Enero-marzo 2008. Vol. 22 No.1. 5-14.
8. Hill MD Christina, Pickinpaugh, DO Jennifer. Cambios fisiológicos durante el embarazo. Surg Clin N Am 88, 2008, 391-401
9. Córdova Ramírez Nathalia, Garcia Botina Hernán David, Builes Barrera Carlos Alfonso. Cambios fisiológicos de la función tiroidea en el embarazo: bases para la interpretación de las pruebas tiroideas. Iatreia, abril-junio, 2013. vol.26, núm.2. 185-196

10. S. Sapién José, Cordoba I. Diana. Comportamiento sexual de varones durante el embarazo: casos en la ciudad de México. *Terapia Psicológica*, 2011 vol. 29, No.2, 185-190.
11. Corbacioglu Esmer A, Akca A, Akbayair O, Goksedef BP, Bakir VL. Female sexual function and associated factor during pregnancy. *J. Obstet Gynaecol Res.* 2013, Jun;39(6), 1165-1172.
12. Lua Grimalt O, Eliana Heresi M. Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Rev Chil Pediatr* 2012. Vol. 83, núm.3: 239-246.
13. Pichardo Urrutia Alma, Góngora Lastra Claudio. Abordaje psicoanalítico del primer embarazo. *Acta Médica Grupo Angeles.* Abril-junio 2013. Vol. 11 No. 2: 112-115.
14. Ontiveros Pérez Martina, López España Julia Teresa. Adaptación psicosocial y niveles de ansiedad en embarazadas primigestas de bajo riesgo obstétrico. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2010; 27 (2), 92-98.
15. Brockington Ian. Problemas de conducta adicionales de la salud perinatal: alcoholismo, adicciones, trastornos de la alimentación y pérdidas perinatales. *Perinatol Reprod Hum.* Abril-junio 2008. Vol. 22. No.2. 132-144
16. Maldonado Duran Martín. Fenómenos de la programación in utero: efectos del alto nivel de estrés y de la desnutrición durante el embarazo. *Perinatol Reprod Hum* 2008, Vol. 22 No.1. 26-35
17. Nieri, Liliana Paola. Sentimientos del padre actual en la etapa perinatal. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, UNAM.* 2012. Vol. 15 No.3. 999-1022.
18. Maldonado Duran, Martín. El padre en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum* 2008. Vol. 22 No.2. 145-154.
19. Herrera Santi Patricia. Factores de riesgo para la salud familiar: acontecimientos significativos. *Humanidades Médicas* 2012; 12(2): 184-191.

20. Hidalgo, Victoria Ma. Apoyo a las familias durante el proceso de transición a la maternidad y paternidad. *Familia* 38 (2009) 133-152.
21. Suárez-Delucchi Nicolas. Herrera Pablo. La relación del hombre con su primer (a) hijo (a) durante los primeros seis meses de vida: Experiencia vincular del padre. *Psykhé* 2010, Vol.19, No. 2, 91-104.
22. Suárez-Bustamante Miguel, A. Intervenciones familiares básicas. Parte I: Niveles de abordaje familiar y aspectos generales. *MPA med.fam.aten.prim.int.*2011, 5 (3): 153-157.
23. Cienfuegos Martínez Yessica Ivet, Díaz-Loving Rolando. Red Social y Apoyo Percibido de la Pareja y otros significativos: Una Validación Psicométrica. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. Enero-junio, 2011. Vol. 16, Número 1: 27- 39.
24. Dr. Membrillo Luna Apolinar. Dr. Quiroz Pérez Ruben. Dr. Fernández Ortega Miguel Angel. et al. *Familia. Introducción al estudio de sus elementos*. Editores de Textos Mexicanos, 2008, México, D.F. 109-113.
25. Huerta González José Luis. *Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad*. Editorial Alfil. Primera edición, 2005. México, D:F. 50-52, 101-103
- 26- Guarino, Leticia. Scremin, Fausto. Borrás, Sonia. Nivel de información y apoyo social como predictor de la salud y calidad de vida durante el embarazo. *Psychologia. Avances de la disciplina*, Vol. 1, Núm. 7, 2013. 13-21.
27. Medellín Fontes, Martha, Rivera Heredia, María Elena, López Peñaloza Judith, et al. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud Mental*, 2012. Vol. 35 No,2. 147-154.
28. Colombo G, Pombo G, Luxardo N. Género, embarazo y adolescencia. Modelos familiares, redes de apoyo y construcción de proyectos personales desde la perspectiva de las adolescentes. *Rev. Int. Investig. Cienc. Soc.* 2012, Vol. 8 No. 2. 161-182.

29. Navarrete Laura, Lara-Cantú María Asunción, Navarro Claudia. Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el posparto. *Revista de investigación clínica*. 2012. Vol. 64, No. 6 (parte II). 625-633
30. González Flores Blanca Isela. Tesis Red de apoyo familiar en pacientes asmáticos menores de 5 años en urgencias del hospital regional issemym nezahualcoyotl, 2011. 43-44.
31. Rojas Josnil, Albano Carlos, Llanos María A. Inventario de apoyo social para embarazadas. *Acta Científica Estudiantil* 2009, 7 (3). 173-179.
32. Díaz Mardorys, Amato Rosanna, Chávez José G. Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salus* 2013, Vol. 17. No.2. 32-37.
33. Guarino Leticia. Sensibilidad emocional, afrontamiento, salud y calidad de vida percibida durante el embarazo. *Psicología y Salud*. 2010. Vol. 20. No. 2. 179-188.
34. Anzures Carro Ricardo L. Chávez Aguilar Victor, García Peña Ma. Del Carmen. *Medicina Familiar*. Ediciones Corinter. Primera edición, 2008, México. D.F. 213-214.

## 14. Anexos

Anexo

### APOYO CONYUGAL DURANTE LA CRISIS NORMATIVA DEL EMBARAZO

Ficha de Identificación

Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Número de embarazo: \_\_\_\_\_

### EVALUACION DEL APOYO PROPORCIONADO POR LA PAREJA

Escriba y marque con una X la respuesta que usted considere más adecuada para evaluar el apoyo que percibe de su pareja durante su embarazo.

1. Me siento bien cuando estoy con _____		
	SI	NO
2. Me escucha cuando tengo algún problema.		
3. Me dice o me hace sentir que me respeta.		
4. Me dice o me hace sentir que me quiere.		
5. Puedo confiar en él/ella.		
6. Siento que me entiende.		
7. Respeta mi opinión.		
8. Se interesa por las cosas que me pasan.		
9. Aprecia a la gente que es importante para mí.		
10. Me llama solo para saber cómo estoy.		
11. Me acepta tal y como soy.		

	SI	NO
12. Puedo confiarle mis sentimientos.		
13. Si lo necesitara, me podría proporcionar un lugar en donde quedarme.		
14. Me da o me presta dinero cuando lo necesito.		
15. Me acompaña a algún lugar cuando lo necesito.		
16. Además de dinero, me ha dado o prestado algo que necesito, como ropa, comida o medicamentos.		
17. Está presente para ayudarme cuando estoy en una situación difícil.		
18. Cuando lo necesito, me ayuda con el cuidado de mis hijos.		
19. Puedo pedirle con confianza que cuide mis pertenencias.		
20. Me apoya con las labores del hogar.		
21. Cuando he estado enferma me ha llevado al médico.		
22. Hace todo lo posible para que yo esté bien.		
23. Me cuidaría en caso de que yo lo necesitara.		
24. Me ha dado trabajo o me ha ayudado a conseguir uno.		
25. Me enseña a hacer cosas que yo no sé.		
26. Si se lo pido, me cuenta que hizo o haría en una situación parecida a la que estoy viviendo.		
27. Me dice cuando hago las cosas bien.		
28. Cuando se lo pido, me sugiere cómo hacer las cosas.		
29. Me dice qué es lo que espera de mí.		
30. Me dice cosas que me ayudan a entender alguna situación que me preocupa.		
31. Me da consejos para solucionar mis problemas.		
32. Me ayuda a decidir qué hacer.		
33. Me alienta a enfrentar cualquier adversidad.		
34. Me da alternativas sobre cómo solucionar algún problema.		
35. Me ha ayudado a realizar una meta que es importante para mí.		
36. Hacemos cosas juntos como ir al cine, caminar o platicar sólo para distraernos.		
87		

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### APOYO CONYUGAL DURANTE LA CRISIS NORMATIVA DEL EMBARAZO

Por medio del presente escrito le solicito la autorización para la aplicación de una encuesta que evalúa el apoyo que recibe de su pareja en estos momentos tan importantes como es el embarazo, así mismo le informo que los resultados obtenidos no serán publicados ni usados para otros fines que no sean tratar de mejorar su atención médica durante el embarazo.

La información que usted proporcione es de carácter confidencial y voluntaria con fines de investigación y para proceso de titulación de la presente investigadora Dra. Adriana García Castellanos, Médico Residente de medicina Familiar de esta unidad.

---

Nombre y Firma del paciente