

FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA
GENESIS DE LA PREECLAMPSIA

PATRICIA CORTES BETANCOURT
JOHANA TAMAYO MANRIQUE

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

LA GENESIS DE LA PREECLAMPSIA EN RELACION
CON LOS FACTORES PSICOSOCIALES

CHIA, MAYO DE 2000

Bogotá D.C., 4 de Mayo de 2000

Señores:

COMITÉ DE TRABAJO DE GRADO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

Universidad de La Sabana

Ciudad.

Respetados Doctores:

Por medio de la presente nos permitimos presentar a Ustedes nuestra tesis de grado para cumplir con los requisitos necesarios para obtener el título de Psicólogas.

Esta tesis de grado tiene como título: **Factores Psicosociales asociados a la Génesis de la Preeclampsia.**

Atentamente,

PATRICIA CORTES BETANCOURT

CODIGO 9223762

JOHANA TAMAYO MANRIQUE

CODIGO 9224799

A mi hijo Isaac David+, a quién debo la inspiración y el sustento de la tesis, la cuál realice pensando y dedicada a él, con todo el amor humano y espiritual que puedo dar. Igualmente dedico esta a mis padres, que me han ayudado a levantarme y han sido mi soporte a través de toda mi existencia.

Patricia.

En el camino a la realización de mi vida personal y profesional han intervenido momentos de inmensa alegría y tristeza. Dedico este trabajo primeramente a Dios, a mis padres, mis hermanos, mi esposo y mi hija Laurita.

Johana.

TABLA DE CONTENIDO

Título.....	1
Resumen.....	8
FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA GENESIS DE LA PREECLAMPSIA	9
Marco Empírico.....	69
Objetivos.....	74
General.....	74
Específicos.....	74
Problema.....	76
Hipótesis.....	76
Variables.....	77
METODO	80
Participantes.....	80
Instrumento.....	80
Diseño.....	84
Procedimiento.....	84
RESULTADOS.....	86
CONCLUSIONES.....	115
SUGERENCIAS.....	121
REFERENCIAS.....	122

LISTA DE TABLAS

Tabla No. 1.....	88
Tabla No. 2	89
Tabla No. 3	92
Tabla No. 4	93
Tabla No. 5	100
Tabla No. 6	101
Tabla No. 7.....	105
Tabla No. 8	109
Tabla No. 9	114

LISTA DE FIGURAS

Figura No. 1.....	90
-------------------	----

Figura No. 2.....	91
Figura No. 3	91
Figura No. 4.....	94
Figura No. 5	95
Figura No. 6	96
Figura No. 7	97
Figura No. 8	98
Figura No. 9	102
Figura No. 10	102
Figura No. 11	110
Figura No. 12	112

RESUMEN

La presente investigación está relacionada esencialmente con la génesis

de la preeclampsia, la cual pretende mirar y determinar la influencia de los factores psicosociales asociados a su surgimiento.

Este estudio, se enmarca primeramente en el contexto de la Psicología de la Salud, la cual interdisciplinariamente recibe y da aportaciones a diversas ciencias tanto biomédicas como sociomédicas.

La finalidad de este estudio es demostrar la incidencia de los factores psicosociales para la presentación de la preeclampsia y dejar nuevos eslabones para continuar investigaciones en este tema e incluso en diferentes enfermedades de sustento únicamente biomédico, demostrando la notable influencia de los factores psicosociales.

La realización de la misma, contó con la participación de noventa gestantes distribuidas equitativamente entre el Hospital Materno Infantil, el Hospital Simón Bolívar y el Hospital San Juan de Dios en Zipaquirá, aplicándose los instrumentos para la evaluación del estrés prenatal, el afrontamiento y la ansiedad.

Factores Psicosociales Asociados a la Génesis de la Preeclampsia

La presente investigación se enmarca dentro del campo de la Psicología de la salud, la cual esencialmente se trata de una disciplina clínica que se aproxima al hombre sano y enfermo como una totalidad. Se nutre de sus propias observaciones y recibe aportaciones tanto de las ciencias biomédicas como de las ciencias humanas (sociología, antropología, axiología, etc.) e incluye observaciones y conceptos que se derivan de diversas corrientes psicológicas.

La psicología de la Salud empezó con la psicología medica, que es un campo de la psicología aplicada que reúne conocimientos y provee conceptos explicativos y criterios clínicos en relación con los aspectos psicológicos de los problemas médicos y del trabajo medico.

Al hacerlo tiende un puente entre las ciencias biomedicas y las creencias sociomédicas. En lo que se refiere a las primeras relaciona la personalidad, sus trastornos y desviaciones con su sustrato orgánico neural y endocrino, y por lo que respecta a las segundas estudia la interacción de eventos psicológicos con eventos familiares y sociales.

Se han considerado de suma importancia los pensamientos, actitudes, creencias y conductas de la materna frente al embarazo, ya que estos son relevantes en la aparición de los factores de alto riesgo que inciden en el inicio de enfermedades tales como: pre-eclampsia, eclampsia (hipertensión inducida

por el embarazo) síndrome de Hellp y por consiguiente mortalidad materna y neonatal.

De acuerdo con los criterios anteriormente expuestos, se hace significativa la realización de la presente investigación la cual se espera, sirva para determinar y describir algunas razones determinantes en la aparición de la preeclampsia en las gestantes.

Psicología de la Salud como Contexto de Estudio

La psicología de la salud plantea la aplicación de la Psicología a muchos problemas de salud que con anterioridad eran considerados exclusivos de la ciencia medica; la evolución de esta psicología empieza en los años 60, con los estudios de Neal Miller (1968-1969) sobre condicionamiento visceral y glandular, continuada en los años 70, con el desarrollo de la biorretrolimentación y la medicina comportamental, llegando finalmente en los años 80 a la conformación de la psicología de la salud.

Por Psicología de la Salud se entiende el "conjunto de las contribuciones específicas, educativas, científicas y profesionales de la disciplina psicológica, a la promoción y mantenimiento de la salud, en la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción correspondiente, y el análisis y mejora del sistema sanitario y elaboración de una política de la salud" (Matarazzo, 1982, citado por Stone, 1988).

Así mismo, la Psicología de la Salud, es el desarrollo y aplicación de la teoría y competencia psicológica a las acciones del sistema de salud.

La disciplina y profesión de la Psicología ha crecido en las últimas décadas, llevándola a perder sus límites específicos de trabajo. Hay psicólogos que estudian las relaciones entre la información proporcionada por los estudios que inciden sobre los individuos y su experiencia interior, otros que estudian la forma como los individuos representan y guardan la información que reciben y lo que determina el comportamiento que presentan.

Los psicólogos llevan a cabo investigación básica acerca de estos procesos, diseñan nuevos métodos para la valoración de las necesidades, capacidades, transmisión de información y cambios de comportamiento de los individuos, usan técnicas de valoración para determinar o recomendar cual de las intervenciones orientadas a la salud que existen, es más probable que sea efectiva en una situación dada. Cuando las intervenciones son psicológicas por su naturaleza, los psicólogos a menudo la llevan a cabo, además asesoran psicológicamente en la tarea de evaluar el grado en el cual las intervenciones orientadas hacia la salud son efectivas para conseguir las metas propuestas.

Los Psicólogos de la Salud, desarrollan tres rangos de dimensiones de actividades, los cuales son:

1. El nivel de actividad que va desde la investigación básica, hasta la

evaluación de las aplicaciones.

2. El objetivo de la intervención incluyendo al individuo cuya salud está en juego, otras personas relacionadas en alguna forma con este individuo, personas que trabajan profesionalmente en el sistema de cuidados de la salud, y personas, organizaciones e instituciones del sistema mayor de salud.

3. El tipo de intervenciones a los cuales se dirige la actividad psicológica incluyendo aquellas encaminadas al cambio de procesos corporales por medio de la biorretroalimentación, de hábitos por medio de la modificación del comportamiento o de cogniciones por medio de factores educacionales.

En estos tres rangos de actividades el concepto de intervención es central. En el intento de categorizar los proyectos específicos de los psicólogos, es en algunas ocasiones difícil identificar la clase de intervención que debe resultar de los estudios de investigación básica. El propósito de crear un esquema para la categorización de actividades de los psicólogos de la salud es facilitar un amplio rango de actividades potencialmente abiertas a ellos e iniciar un reconocimiento de áreas donde se ha hecho relativamente poco. Muchos psicólogos han tendido a focalizarse sobre las intervenciones psicológicas sin reconocer el impacto que sus conocimientos e investigaciones podían tener sobre el desarrollo y aplicación de tratamiento no psicológico.

Los Psicólogos de la Salud, de igual manera, desarrollan las siguientes actividades:

1. Investigación acerca de las relaciones existentes entre personalidad y

susceptibilidad a la enfermedad o a la habilidad para enfrentarla (Mac-Dougall, Dembroski, Dimsdale, y Hackett, 1985; citado por Stone, 1988).

2. Orientación a familias con problemas (Erstling, 1985, citado por Stone, 1988).

3. Diseños educativos para facilitar el control de la diabetes (Surwit y Cols, 1983, citado por Stone, 1988).

4. Enseñanza a los médicos y otros profesionales de la salud para que se comuniquen en forma tal que faciliten la adhesión de los hipertensos a sus programas de medicación (Ley, 1985, citado por Stone, 1988).

5. Trabajo con organizaciones de cuidado de la salud para asistirlos en la definición de sus objetivos y en la evaluación de sus éxitos (Sechrest, 1985, citado por Stone, 1988).

6. Análisis de políticas alternativas en la provisión de la salud por parte del gobierno, desde el punto de vista de las preferencias humanas y de las tendencias comportamentales (Allen, 1984, citado por Stone, 1988)

Estas son algunas de las actividades en las que intervienen los psicólogos de la salud. El dominio de la Psicología de la Salud es de intersección (en el sentido de la teoría de conjunto). La superposición del sistema total de salud, con toda la psicología (Stone, 1979/1988), consiste en la aplicación de cualquier aspecto del conocimiento o técnica psicológico, a cualquier problema del sistema de salud, desde este punto de vista, se puede definir la Psicología de la Salud, definiendo el sistema de salud, y describiendo el rango completo de competencia de la disciplina y profesión de la psicología,

y considerando luego en forma de matriz la intersección de estos dominios.

Las competencias de los psicólogos incluyen investigación y práctica acerca de la valoración de las necesidades individuales, sus capacidades, logros incluyen investigación y práctica relacionadas con la intervención en situaciones por medio de métodos muy variados, que incluyen biorretroalimentación, modificación del comportamiento, terapia de grupo, educación y consulta organizacional para modificar el comportamiento, las cogniciones o las experiencias de las personas involucradas con el sistema de salud.

Los problemas del sistema de salud, incluyen reducción de peligros ambientales para la salud, reducción de los riesgos presentados por ambientes peligrosos, identificación de cuando se requiere recurrir al tratamiento profesional y guía a la persona acerca de la necesidad del tratamiento y el sitio apropiado donde este puede ser obtenido, selección entre los posibles tratamientos para elegir aquellos más apropiados a un paciente particular, involucrando al cliente, en una cooperación efectiva con el régimen de tratamiento y devolviéndolo a un estado efectivo de participación en su situación previa de vida, tan pronto como sea posible.

Para concluir, se puede observar que los profesionales del cuidado de la salud, en general, han tendido a focalizarse sobre las intervenciones dirigidas a personas que ya han desarrollado problemas de salud (intervenciones curativas) a pesar de la repetida insistencia de los planeadores de políticas de salud para dar un mayor énfasis sobre la prevención (Knowles, 1977, Koop, 1983, Lalonde, 1974; citado por Stone, 1988).

Los psicólogos han estado algo más dispuestos que otros profesionales a adoptar una posición preventiva (Matarazzo, 1982, citado por Stone, 1988), quizá en parte debido a su más limitado acceso a oportunidades de intervención curativas. Sin embargo, no han realizado análisis psicológicos de los medios por los cuales las estrategias preventivas podrían ser puestas en práctica más ampliamente, por lo tanto, se debería realizar un énfasis en la base de diseño de programas que fomenten la adopción de enfoques preventivos en el cuidado de la salud.

Los psicólogos en algunos países latinoamericanos han asumido un punto de vista más amplio del campo de la Psicología de la Salud de lo que es común en los Estados Unidos. En Costa Rica se ha puesto énfasis en los esfuerzos preventivos en el contexto de un sistema de cuidado de salud socializado (Ruphuy, 1977; citado por Stone, 1988). Un modelo para la integración de la medicina y la ciencia del comportamiento está siendo desarrollado en la Universidad de Costa Rica en la que tanto médicos como "psicólogos del nivel intermedio" son entrenados para actuar como "agentes de

cambio en la comunidad" el modelo fue primero aplicado según Ruphuy, en un ambiente rural y será adaptado y llevado a comunidades urbanas en un tiempo posterior.

El enfoque costarricense es esencialmente un modelo de desarrollo comunitario, con la participación activa de los miembros de la comunidad. En Cuba, el énfasis es también mucho más sobre la actividad en la comunidad y sobre la prevención por medio de la educación y al nivel de sistemas de intervención en policlínicas, escuelas y lugares de trabajo (Averasturi, 1980, citado por Stone, 1988).

Los psicólogos cubanos sabían que mejorar la salud de la población requería hacer cambios en los lugares donde la gente vive, trabaja y se desarrolla, y que tales cambios deben hacerse con la cooperación de agencias estatales, organizaciones políticas y "órganos de poder personal" halla falta mucho trabajo por hacer con pacientes y otros que son identificables como de alto riesgo, tanto individual, como en grupos pequeños. Pero la investigación y mucha de la intervención esta dirigida a descubrir como el estrés producido por las situaciones de la vida, interfieren en la salud, como estas situaciones pueden ser modificadas y como el sistema de cuidado de salud puede responder mejor a la confluencia de las necesidades físicas y psicológicas de aquellos a quienes sirve (Stone, 1988).

En Colombia, es difícil plantear una fecha exacta para el nacimiento de la Psicología de la Salud. Para muchos podría remontarse a los años 70, cuando el psicólogo experimental, Ruben Ardila, escribió el primer libro en idioma español en el cuál dedicó un capítulo al aprendizaje visceral y glandular (Ardila, 1970, citado por Vinaccia, 1988), para otros a la publicación seis años después de De Francisco y Menotti, que fueron los primeros en investigar las influencias psicológicas en la enfermedad coronaria.

Es digno de mención igualmente el estudio de Flórez, (Flórez, 1980, citado por Vinaccia, 1989) sobre los aspectos psicosomáticos del asma infantil, posiblemente una de las primeras investigaciones donde se plantea claramente que el asma podría ser el fruto de un proceso complejo de aprendizaje. En líneas generales, se podría decir, que la Psicología de la Salud en Colombia, deja su fase embrionaria, compuesta en más de un 90% a partir de 1982, teniendo entonces un rápido y acelerado progreso. (Vinaccia, 1989)

Estrés Prenatal y su Modulación Psicosocial

Uno de los conceptos originados en la biología que han ejercido una influencia mayor en la psicología es el concepto de estrés, propuesto por el fisiólogo canadiense Hans Selye, (Hans Selye, 1956, citado por De la fuente, 1996) y del cual se hace uso extenso tanto en el campo de la psicología, como en el de la medicina.

Si bien el concepto ha perdido validez en cuanto a sus aplicaciones específicas en las llamadas enfermedades de la adaptación, mantiene su valor como una formulación general de las tensiones que pueden llevar a los organismos al límite de sus capacidades de adaptación y hacerlos sufrir la alteración de sus funciones y aún daño tisular (De la Fuente, 1996).

De acuerdo con su uso común en el idioma inglés, el término estrés equivale a carga o fuerza externa. En mecánica, estrés, significa la fuerza o resistencia interna suscitada por fuerzas o cargas externas que pueden ser breves y de gran intensidad o continuas y de baja intensidad. Por analogía, cuando se usa el término estrés en medicina o psicología se hace referencia a la interacción entre fuerzas externas y otras propias del organismo que ha sido modificada por experiencias pasadas. La magnitud de la fuerza externa y la capacidad del organismo para tolerar los cambios que se suscitan en él determinan eventualmente el restablecimiento del equilibrio o bien su ruptura.

El concepto de estrés tiene sus antecedentes en Claude Bernard (Bernard, 1932, citado por De la Fuente, 1996), quien consideró a la enfermedad como el resultado de los intentos del organismo, aunque insuficientes, para restablecer un equilibrio mediante respuestas adaptativas a los agentes ofensores. Ya Bernard había hecho notar que en ocasiones la respuesta adaptativa puede ser más destructiva que el ataque original.

Después Cannon (Cannon, 1939, citado por De la Fuente, 1996), ampliando las ideas de su precursor, introdujo el concepto de homeostasis. La homeostasis puede ser definida como la tendencia de los organismos a restablecer un equilibrio una vez que este ha sido alterado por factores que suscitan cambios en su medio interno. La aplicación de estos conceptos al estudio de las integraciones que ocurren al nivel mental ha fortalecido y apoyado

las observaciones agrupadas en la teoría de los mecanismos de defensa de la personalidad, que es la teoría de la homeóstasis o del "estado estable" al nivel mental.

Algunas afirmaciones sostienen, que aunque no existe acuerdo sobre las definiciones de estrés, son comunes tres categorías: Definiciones basadas en la respuesta en el estímulo y en la retroalimentación estímulo-respuesta. Cuando las personas dicen que se sienten estresadas están empleando una definición de respuesta, indicando que alguna cosa sucede dentro de ellas. Aparentemente quieren decir que algún evento o serie de eventos los ha afectado, de forma que tienen la experiencia de un incremento en la tensión muscular y de sus consecuencias a través del cuerpo (al nivel hormonal, cardiovascular, etc.).

"Estrés" definido como un evento de estímulo es un estresor ambiental, cuando uno se encuentra con un estresor, la respuesta inmediata es la tensión de los músculos estriados a través del cuerpo, de modo que se pueda enfrentar la emergencia.

Una definición interactiva del estrés, considera la retroalimentación, entre los eventos de estímulo y de respuesta, consecuentemente cuando aumenta la respuesta que uno da ante un estresor, la situación estresora empeora de manera creciente, así que la cantidad de estrés en el sistema total

estímulo-respuesta se incrementa. El estrés, es un estresor, es un evento ambiental que exige una reacción de emergencia por parte del individuo.

El propósito de la disciplina conocida como "manejo del estrés" (sinónimo de operaciones de auto control, autorregulación, etc.) es ayudar a los individuos a comportarse racionalmente cuando se enfrentan con estresores.

Se han propuesto diversas interpretaciones del concepto de *estrés*. Los investigadores coinciden en que estas asumen una de tres formas:

1. El concepto de estrés referido a eventos o situaciones que generan el estado así denominado.
2. El concepto de estrés referido a las respuestas del organismo que caracterizan el estado así denominado.
3. El concepto de estrés como una transacción, referido a un proceso de interacción entre situaciones que son interpretadas de alguna manera por la persona y sus propios recursos para afrontar dichas situaciones (Lazarus y Folkman, 1986).

En general se puede considerar al estrés como una relación entre eventos o situaciones del medio externo o interno (*estresores*) y la reacción de activación que se produce en la persona en respuesta a dichos eventos. Entre unos y otros eventos median factores moduladores, tales como el apoyo social, el estilo o historia de afrontamiento, las características de estilo de vida, y muchas otras. En ese sentido, el estrés es un proceso necesario y propio de la adaptación del organismo al medio. Esta interpretación del estrés asume que el embarazo es un proceso biológico altamente condicionado y afectado por eventos estresantes de tipo psicosocial, inherentes o externos al embarazo

mismo, que influyen sobre la situación orgánica de la madre gestante y, por esa vía, sobre el resultado final o producto del embarazo (Flórez, 1997).

En la atención ginecoobstétrica el problema del estrés aparece con mucha frecuencia, algunas veces como factor etiológico, y otras como un factor asociado, relevantes en el contexto vital de la paciente. Las principales preocupaciones o factores de estrés que pesan sobre las madres gestantes se refieren a los peligros potenciales para el estado físico del bebé y el de ellas. En el caso del embarazo normal, se ha observado que las mayores frecuencias de percepción de peligro se dan en relación con la salud y normalidad del niño, la condición del recién nacido en el momento del parto, la contracepción después del parto, la pérdida del atractivo físico, los problemas financieros derivados de la atención médica, y los efectos de la anestesia (Light y Fenster, 1974, citado por Flórez, 1997). Lo anterior es corroborado por Standley, Soule y Copans (1979) quienes encontraron que los principales aspectos que generan ansiedad en un embarazo se relacionan con el temor por el sufrimiento fetal, el parto, y los aspectos físicos referentes a la madre. Ellos proponen que el impacto de estos eventos es mayor en las mujeres más jóvenes, en las primigrávidas, en las de bajo nivel educacional, en las que no reciben preparación psico-profiláctica para el parto, y en las que tienen un embarazo de alto riesgo.

Son varias las razones por las cuales el alto riesgo incrementa el estrés que experimenta la madre gestante: Porque el alto riesgo conlleva a una mayor medicalización de su embarazo, porque ello implica una mayor exigencia en términos de servicios de salud especializados, porque implica mayores demandas para ella misma pues incrementa su responsabilidad por el

bienestar fetal, porque implica procedimientos médicos especializados que se practican con mayor frecuencia que en el embarazo normal (ej. mayor monitoreo fetal), porque puede implicar hospitalización (en el caso de la preeclampsia siempre la implica), y porque puede implicar un eventual desembarazo antes de término, a través de cirugía, con todas las implicaciones propias de esta (anestesia, malestar, etc.) y los peligros que conlleva para la salud de la madre y del hijo (Flórez, 1997).

Algunos autores han propuesto que un factor modulador de la respuesta de ansiedad ante los estresores internos o externos al embarazo es la deseabilidad y oportunidad del mismo. Leifer (1977, citado por Salvatierra, 1989), observó que las gestantes que no desean quedar embarazadas presentan más temores referentes a su propia integridad física, mientras que las que si lo desean presentan más temores relacionados con la integridad del bebe. El embarazo no planeado y sobre todo el no deseado, aumenta la situación de ansiedad y malestar en las gestantes.

La actitud de la gestante hacia el embarazo, positiva o negativa, refleja, a manera de síntesis, sus cogniciones o ideas acerca del mismo. Estas cogniciones son el resultado de las tradiciones tanto oral como escrita, que la mujer recibe acerca del embarazo y el parto; lo cual repercute en el estado emocional de la materna generando estrés o tranquilidad. No obstante, las investigaciones no arrojan claridad acerca del valor del suministro de información objetiva acerca del embarazo y del parto, como medio para preparar a la gestante y de reducirle la ansiedad. En ocasiones, incluso, se ha reportado que la información ha conducido a mayores niveles de ansiedad en las maternas (Wenderlein, 1977, citado por Salvatierra, 1989).

Otros autores consideran que, aunque la información no es siempre bien aceptada por la materna, puede ser benéfica si se suministra con claridad y sin contradicciones o inconsistencias (Goethals y Thiery, 1986).

Se encuentra pertinente mencionar los dos trabajos de metaanálisis que evalúan el impacto del estrés prenatal sobre los resultados del embarazo; los cuales son, el de Istvan (1986) y Lobel (1994).

Ambos autores afirman la presencia de altos índices de morbimortalidad perinatal, reflejada en bajo peso al nacer, prematuridad, complicaciones en el parto, bajos indicadores biológicos en el recién nacido, mortalidad neonatal, y mortalidad materna. Se han detectado indicadores biológicos potentes para predecir esta morbimortalidad, tales como la edad de la madre, la presencia de enfermedades durante el embarazo, la historia obstétrica, y la edad gestacional. No es igual la situación en cuanto indicadores psicosociales; se

ha dado mayor importancia a la atención al estrés prenatal durante el embarazo.

Istvan (1986) analiza un número considerable de estudios sobre estrés prenatal en diferentes especies infrahumanas y concluye que los resultados son muy variables. Por otra parte, en su revisión de 23 estudios que se proponían evaluar la asociación entre estrés prenatal y resultados del embarazo en sujetos humanos, halló que sólo ocho reportaban algún grado de mal resultado en gestantes afectadas por la ansiedad. Su conclusión general es que, aunque si existen pasos para afirmar que el estrés prenatal constituye un mal predictor de resultado obstétrico, la asociación encontrada es muy débil.

Por su parte, Lobel (1994) afirma que hay dos hechos principales que no han permitido obtener claridad acerca de los efectos del estrés prenatal sobre los resultados del embarazo:

1. La debilidad en la conceptualización acerca del estrés en los diversos estudios, que generalmente han asumido el estrés y su medición en un marco de tipo situacional que no toma en cuenta su impacto real sobre la gestante ni el papel de las variables mediadoras.

2. Las imperfecciones metodológicas de los estudios, en lo referente al tipo de diseños utilizados, generalmente retrospectivos, y a los instrumentos de evaluación del estrés. Para la superación del primer inconveniente, Lobel

propone que se trabaje en el contexto de marcos conceptuales de tipo transaccional como el de Lazarus y Folkman. Para la superación del segundo, propone que se utilicen evaluaciones múltiples del estrés, que tomen en cuenta todos los factores involucrados, también propone que se sigan diseños de preferencia prospectivos.

Habiendo conceptualizado anteriormente el término de estrés, seguidamente se expondrá la influencia de este durante el embarazo para la gestante.

El embarazo es un tiempo especial para la mujer y su familia, sin embargo este puede llegar a producir estrés. El estrés es el resultado de estados psicológicos y emocionales, que llevan a cambiar el curso normal del embarazo; estos se componen, de presiones sufridas por la materna diariamente en su casa y trabajo.

El estrés causa cambios en el cuerpo, incluye incremento de tensión muscular, respiración rápida, taquicardia e incremento de la presión sanguínea. Cuando el estrés continua por un período largo de tiempo, puede contribuir a generar problemas psicológicos y emocionales como: fatiga, insomnio, úlceras y enfermedades cardíacas (Herrera, Hurtado y Cáceres, 1992).

Así mismo, estos cambios se dan en tres periodos llamados trimestres, durante el primer trimestre, se observan a nivel mental una reacción

ambivalente al conocer la noticia, aún siendo el embarazo deseado, se presenta reacciones de frustración, ansiedad, inseguridad e impredecibilidad, puesto que la mujer se enfrenta a temores e incertidumbres ante posibles acontecimientos que se deriven de este estado, como son, cambios importante en la vida de la madre, el presagio del parto por el dolor y viceversa, dolor que no es sólo físico, sino afectivo, ya que inminentemente se dará la separación de ese ser que durante nueve meses fue parte integral de ella, posibles problemas de salud para cualquiera de ellos o ambos, cosa que no sólo existe en la fantasía, sino que se observa en los cambios metabólicos, hormonales, que se presentan en estos dos seres en este periodo de la vida.

Es un periodo en la mujer de adaptación y maduración ya que en esta se presenta preocupación por ellas mismas y por su salud, se suscita el miedo al dolor y la muerte, al igual que temores por el hijo, se presentan interrogantes sobre, posibilidades de aborto, malformaciones congénitas, muerte intrauterina, embarazo múltiple, y dudas sobre normalidad mental del niño.

Todo lo anterior unido a circunstancias de trabajo, a condiciones de vida, a la conformación familiar, a la condición económica, a la relación con el compañero y la atención médica recibida lleva a la mujer embarazada a manejar altos grados de estrés que pueden llegar a afectar el nacimiento de su bebé.

Muchas mujeres embarazadas experimentan ansiedad por el discomfort con su cuerpo y los síntomas normales de este tales como: Náuseas, fatiga, y dolor en la espalda. En algunos niveles hormonales influyen en el estado psicológico de la mujer embarazada. Cambios químicos y hormonales, tienen parte de la responsabilidad en el estado de ánimo durante el embarazo. En suma, una mujer con cambios profundos emocionales, puede anticipar el nacimiento de su bebé y su maternidad.

A nivel físico se encuentra en el cuerpo de la mujer embarazada, cambios que se dan en cada parte y en cada sistema. Se podrán identificar perfectamente algunos cambios, pero existen otros que no se observan a simple vista.

Uno de los cambios más significativos durante el primer trimestre del embarazo, ocurre en el aparato reproductivo. El Utero al principio es del tamaño de una pera y tiene una consistencia dura, pero poco a poco se transforma en un saco elástico y depresible en el que mediante la palpación del médico se puede identificar las distintas partes del feto, el tamaño del útero

aumentara de 500 a 1000 veces con respecto al tamaño del no gestante.

El peso aumenta aproximadamente veinte veces, cuarenta gramos antes del embarazo y ochocientos gramos inmediatamente después del parto.

Los vasos sanguíneos aumentan en tamaño y cantidad durante los nueve meses tanto en el útero como en la pelvis, y constituyen una reserva para mantener el flujo continuo de sangre hacia el útero y el feto.

Después del tercer mes, el útero aparece fuera de la cavidad pelviana, se puede comenzar a palparlo en cada control prenatal. Hacia la mitad de la gestación, y en los embarazos únicos, el útero alcanza el mismo nivel que su ombligo, y hacia el final de la gestación apenas se encuentra un poco por debajo de las costillas.

Con respecto a la vagina se muestra un aumento del volumen sanguíneo por lo cual se muestra congestiva. Las paredes se adelgazan y se elongan. También cambian de color, de rosa pálida a una tonalidad azulada o violácea.

Aumenta la cantidad de flujo que varía de mujer a mujer, por lo general es blanquecino, espeso y ácido, lo que probablemente ayuda a prevenir las infecciones.

Las articulaciones, sufren modificaciones al nivel de la pelvis, los

ligamentos de las articulaciones sacroiliacas se relajan, permitiendo que los huesos pelvianos tengan movilidad y se incrementa la capacidad de la pelvis y facilita el pasaje del feto a través del canal parto.

El Crecimiento uterino aumenta el peso sobre el abdomen, se compensara este modificando la postura y el centro de gravedad de su cuerpo. Esto determina que la curvatura de su espina dorsal se exagera y que se esfuerza en ciertos músculos dorsales.

Los pulmones presentan pocas modificaciones durante el embarazo, su trabajo se incrementa en los últimos meses debido a las condiciones desventajosas que el crecimiento del útero eleva el diafragma o músculo que separa al tórax de la cavidad abdominal, entonces la respiración se torna dificultosa y más frecuente. Estos cambios se empiezan a notar después de cuarto mes.

La presión arterial, el crecimiento del útero produce modificaciones en el trabajo cardiaco así como en el retorno venoso desde las piernas hacia el resto de organismo.

El crecimiento del útero hace que se presione la vena cava, que es la de mayor tamaño del cuerpo y encargada de recibir toda la sangre que vuelve desde los miembros inferiores hacia el corazón. Esta presión disminuye el diámetro de la vena y aumenta la presión en las venas de las piernas y los edemas, y disminuye la presión arterial.

La progesterona suele producir dilatación de los pequeños vasos lo que aumenta el espacio vascular y produce disminución en la tensión arterial. Las manifestaciones suelen ser; cansancio, fatiga, mareos, entre otros.

Es importante el control prenatal de la tensión arterial puesto que su aumento puede indicar la presencia de la enfermedad hipertensiva del embarazo llamada preeclampsia.

Con respecto al corazón, el gasto cardiaco aumenta considerablemente durante el embarazo, se estima en un 40% y se produce desde el inicio del embarazo hasta la semana 30-32. Es proporcional al peso y actividad, el trabajo del corazón.

La frecuencia cardiaca aumenta aproximadamente 10 latidos por minuto, lo que significa un aumento de 14 mil latidos por día.

Se modifica la forma, el tamaño y la localización del corazón, debido a los cambios que sufre el diafragma por el empuje del útero. Al tercer o cuarto día del puerperio el corazón recupera su condición habitual.

La sangre, el volumen sanguíneo aumenta los valores iniciales durante el embarazo casi en un 30% a causa del incremento en la cantidad de hormonas circulantes, sólo la unidad útero-placentaria utiliza el 25% de la

sangre circulante, también las mamas aumentan su tamaño y por lo tanto, precisan una mayor cantidad de sangre, si se aumenta el volumen celular, es decir, la cantidad de glóbulos rojos y blancos, el mayor incremento se observa en el volumen plasmático, y al efectuar el recuento celular o hemograma, se descubre la existencia de una “anemia dilucional”.

La medula debe producir una mayor cantidad de células sanguíneas por la demanda corporal y del feto, además el feto utiliza parte del hierro materno para producir su propia sangre.

En las mamas, los cambios que se observan son radicales y estos cambios son tempranos como la falta de la menstruación. El aumento de tamaño y su mayor firmeza se deben al crecimiento de la glándula sobre el tejido graso; pueden ocasionar también dolor. Las areolas se agrandan y se oscurecen. Los pezones se tornan más sensibles y erectos de manera similar a la sensación premestrua. La piel se estira, entonces, se observa con facilidad los trayectos venosos.

Luego del inicio de la segunda mitad del embarazo pueden segregarse calostro de manera espontánea por estimulación del pezón.

Alrededor de la areola suelen aparecer unos nódulos rosados de aproximadamente 3 milímetros de diámetro denominados tubérculos de

Montgomery, que son vestigios glandulares no visibles ni palpables fuera de la gestación y sin un significado preciso.

El cabello, suele adquirir más cuerpo, o puede ser lo contrario, el cuero cabelludo se vuelve poroso, después del parto es frecuente que se presente la caída del cabello.

Las uñas al igual que el pelo puede perder su consistencia habitual y se pueden romper con mayor facilidad (Sebastiani, 1994).

Molestias Durante el Embarazo

Se presentan molestias durante el embarazo debido a los cambios físicos, fisiológicos, produciendo estados de tensión e irritabilidad.

Mareos y náusea, generalmente aparecen en la primer semana después de la falta de menstruación y suelen durar hasta el final del primer trimestre. La causa de estos es desconocida pero se relaciona con la presencia de hormonas

gonadotrofinas Coriónica, y agravada por las modificaciones gravídicas, como la digestión lentificada, aumento del volumen de sangre, disminución de presión arterial por la dilatación de los vasos sanguíneos, disminución de la glucosa en sangre por el consumo extra que efectúa el feto, así como el estrés

y trastornos emocionales. En general estas sensaciones son experimentadas en los embarazos deseados como en los aceptados.

La acidez estomacal, cuya causa esta asociada a la disminución o lentitud de los movimientos peristálticos del tubo digestivo, que son los que trasladan el bolo alimenticio y fecal.

En el estómago se presenta un inadecuado funcionamiento de la válvula del techo gástrico cuya función es permitir el ingreso de alimentos desde el esófago hasta el estómago, el cierre de esta válvula impide que estos alimentos

vuelvan a pasar al esófago, lo cual no permite que se pueda cerrar adecuadamente, por lo que los alimentos por gases regurgitan o vuelven al esófago. Estos alimentos mezclados con los jugos gástricos producen quemazón o acidez, por detrás del esternón.

La constipación se manifiesta a través de las infrecuentes evacuaciones intestinales con endurecimiento de las heces fecales.

El aumento de la progesterona circundante disminuye los movimientos intestinales, lo que provoca el aumento de reabsorción de oxígeno en el intestino.

La distensión abdominal y la flatulencia se deben a la disminución de la

peristalsis intestinal t al exceso de progesterona.

Las hemorroides, las cuales son las varices de las venas del plexo venoso anal. Las hemorroides se encuentran alrededor del ano y se inflaman, si protuyen, producen dolor después de evacuar al intestino, y este dolor es más fuerte si la materia fecal es dura.

La progesterona circundante produce relajación y dilatación de las paredes venosas, y el útero ira comprimiendo la vena cava inferior que es la que drena la sangre a los miembros inferiores y esto favorece la aparición de la varices.

Las alergias, se presentan molestias durante este periodo, tales como, taponamiento de oídos y fosas nasales como si tuviese gripe continua, dolores de cabeza similar al producido por la sinusitis.

Calambres, en la segunda mitad del embarazo, quizás se sentirá en las piernas y especialmente en la noche, localizados en los músculos gemelos. Esto se debe a la presión que ejerce el útero sobre los nervios y las venas produciendo espasmos musculares.

Micción, la frecuencia del deseo de orinar aumenta e incluso puede aparecer incontinencia de orina con determinados esfuerzos. Esto se debe a que el útero comprime el techo de la vejiga y esta a su vez es presionada por

la cabeza fetal, sobre todo al final de embarazo (Sebastiani, 1994).

Nutrición y Crecimiento Fetal

El crecimiento fetal se da en tres etapas:

- ❖ La primera etapa es cuando las células aumentan el número o la cantidad, este periodo se correlaciona con el primer trimestre del embarazo, en el cual se forman todos los sistemas y órganos. El feto en este periodo si sufre una injuria o falta de energía, no podrá desarrollar el número de células necesarias para su crecimiento, y por lo tanto, el efecto será irreversible.
- ❖ La segunda etapa de crecimiento numérico y tamaño celular corresponde al segundo y tercer trimestre del embarazo y el primero y segundo año de vida del niño.

En este periodo los órganos ya están formados, entonces, especializan su función y crecen en tamaño.

En esta etapa, la desnutrición motivara la disminución en el tamaño de los órganos con respecto a los valores estándar.
- ❖ La tercera etapa de crecimiento celular se observa después del nacimiento, las células cerebrales, crecen durante todo el embarazo, luego se frena su crecimiento en época cercana al parto, y con posterioridad muestra su máximo crecimiento aproximadamente a los 18 meses de vida del bebe (Falkner y Macy, 1980).

Con respecto al embrión y al feto, los cambios producidos de forma cronológica son los siguientes:

Durante el tercer mes, empiezan a formarse las células óseas, lo que confiere al feto, de sólo 6 cms. De longitud, un aspecto cada vez más humano. Esto se puede observar especialmente bien en los pies: hacia finales del tercer mes, el talón y todos los dedos están perfectamente formado y sólo tiene que seguir creciendo. También se aprecian ya las mandíbulas y, dentro de ellas, los primeros esbozos de lo que más tarde serán los dientes de leche. El útero de la madre ya sobresale de la pelvis.

En el cuarto mes, lo más importante es el desarrollo de los sentidos en el feto. Su percepción a través del tacto abarca todo su cuerpo de manera que es capaz de notar la presión o los masajes ejercidos sobre el vientre de su madre. El sentido del equilibrio le informa sobre su posición dentro del útero y también le indica si la madre esta de pie o acostada. Estos dos sentidos, el del tacto y el del equilibrio, potencian la llamada autoapreciación: informaciones procedentes de los músculos pasan por los nervios al cerebro y al sistema nervioso central, estimulando a ambos a seguir desarrollándose.

Al final de este mes comienza a formarse el lanugo, ese vello fino que a veces conserva aún cuando nace. También tiene pelo y cejas y se aprecian las uñas en manos y pies. Pero sigue siendo aún muy pequeño; mide unos 16 cms. y sólo pesa 135 gramos.

Para casi todas las mujeres el cuarto y el quinto mes son los más bonitos de todo el embarazo, muchas se sienten mejor y más equilibradas que nunca. Las dificultades de adaptación ya se han superado y el vientre aún no es molesto.

Durante el quinto mes, el pequeñín pesa más que la placenta y mide unos 20 cms. Pone constantemente a prueba sus reflejos. Además de patear, se chupa los dedos, bosteza y hace movimientos con la musculatura pectoral como si respirara. A veces, aspira algo de líquido amniótico, pero no puede ahogarse con estos ejercicios, ya que durante el parto el líquido aspirado vuelve a salir de los bronquios presionado por la fuerza de las contracciones.

Mientras esta en el vientre materno recibe oxígeno a través de la placenta, puesto que sus alvéolos pulmonares no se despliegan hasta después de nacer.

El corazón de feto late ahora tan fuerte (entre 120 y 160 latidos por minuto) que es posible escucharlo desde fuera con un estetoscopio.

El feto también escucha ya ruidos que le llegan de exterior y ve los reflejos de la luz que incide sobre el vientre de su madre.

En el sexto mes, crecerá más el útero, que empieza a desplazar a otros órganos, como el hígado, el estómago y el bazo. Los pezones se harán más sensibles debido a que el cuerpo produce cantidades apreciables de prolactina,

la hormona que prepara los pechos y estimula la producción de leche. En esta época se intensifica las llamadas contracciones de Braxton Hicks, movimientos del útero que masajean al feto, a intervalos regulares y ensayan la labor del parto.

Hacia finales de este sexto mes, el futuro bebe mide unos 32 cmts. Y pesa alrededor de 500 gramos. Todavía es muy delgado y su piel esta arrugada. Pero sus órganos internos, en general, se encuentran ya bastante maduros a excepción de los pulmones, cuyo grado de desarrollo es pequeño y aún no permite al feto sobrevivir fuera del útero.

La cara se encuentra totalmente formada, y los ojos resultan prominentes debido a que todavía no se ha acumulado la grasa en las mejillas. Los párpados y las cejas ya están bien desarrollados. Las uñas de las manos y los pies están también formadas.

En el séptimo mes, el “casi bebe” ya no hace movimientos torpes y poco coordinados, al contrario parece saber muy bien a donde lleva las manos. Otro vestigio de tiempos remotos, el pelaje o lanugo, como se llama en los fetos, esta ahora a punto de desaparecer. Lo sustituye la Vénix, una capa cremosa que protege la arrugada piel del feto del líquido amniótico.

Hacia el final del séptimo mes mide uno 38 cmts. y pesa cerca de un kilo.

En esta fase tiene lugar una aceleración en la maduración y puesta a punto de los principales órganos del feto: pulmones, riñones, hígado y cerebro.

Durante el octavo y noveno mes, se terminan de desarrollar y perfeccionar los órganos ya formados(Stoppard, 1991).

La Incidencia del Estrés durante el Embarazo

A nivel médico se considera, que algunos niveles de estrés pueden afectar el embarazo, algunos estudios sugieren una posible relación entre estrés y una labor de parto prematuro.

Un estudio de la universidad de California en los Angeles(Herrera y cols, 1991), encontró, que las mujeres, que sufren altos niveles de estrés durante el embarazo, pueden llegar a desencadenar nacimientos prematuros, mortalidad infantil y niños incapacitados.

Así mismo, el estrés juega un papel importante en las complicaciones durante el embarazo, aumento de la presión arterial, diabetes, condiciones que incrementan el riesgo de una labor de parto prematura.

Una materna con una combinación de altos niveles de estrés, y factores de riesgo médicos, incrementan una labor prematura de parto (Herrera y cols,

1991).

El incremento del nivel de un grupo de hormonas, puede restringir la sangre que llega a la placenta y así el feto no recibir los nutrientes y el oxígeno necesario para su óptimo crecimiento. Los científicos han encontrado que estas hormonas juegan un papel importante en el embarazo.

El estrés en la materna sumados a malos hábitos, tales como, consumo de alcohol, cigarrillos, drogas ilícitas incrementan el riesgo de complicaciones en el nacimiento. De igual manera existen factores psicosociales de riesgo en el embarazo que conllevan a complicaciones perinatales, estos se refieren a la carencia de soporte social adecuado para la materna (Percepción de no apoyo de la familia/ compañeros), estos factores influyen significativamente sobre el resultado del embarazo y el parto.

Otro tipo de estresor es aquel que va ligado al "estilo de vida" de la materna, el cual se refiere a los hábitos conductuales de la persona que puede estar afectando directamente al organismo y afectan su vulnerabilidad o susceptibilidad a la activación en situaciones de estrés.

El estilo de vida no sólo afecta a la mediación cognoscitiva por la certeza que puede tener la persona, consciente de que su estilo anterior de vivir puede hacerla más o menos vulnerable ante el peligro, o por sus propias experiencias anteriores frente a situaciones similares, sino que afecta también la posibilidad de activación orgánica, de manera indirecta.

Algunos factores constitucionales tienen un efecto modulador directo de la susceptibilidad del individuo a activarse ante la presencia de eventos estresantes. Aquí se debe tener en cuenta, ante todo, el papel de la herencia. Esta condiciona algunas debilidades o algunas fortalezas del individuo, que lo conducen a reaccionar "preferencialmente" a través de algún sistema orgánico,

y a padecer, en consecuencia, un tipo de trastorno psicosomático específico a consecuencia del impacto persistente del estrés. Sin embargo, no debe perderse de vista que la susceptibilidad genética del individuo resulta siempre modificada por la acción de factores externos, tales como la alimentación, el ejercicio y los hábitos de vida en general (Flórez, 1992).

Todo lo anteriormente mencionado es lo que se denomina actualmente *PSICONEUROINMUNOLOGIA*, se encuentra dentro del campo de la Psicología de la Salud y es definida como el área de la psicología que se ocupa de investigar y aplicar principios del comportamiento que posibiliten la promoción, prevención y mantenimiento de la salud (Herrera y Cáceres, 1992).

Diferenciando la Psiconeuroinmunología, es una rama perteneciente al campo de la psicología de la salud, que posibilita sanos comportamientos mentales y corporales en el individuo, para su óptimo desenvolvimiento en la vida y en la sociedad.

Por otra parte, la Psicología de la Salud, se encarga de prevenir, reducir e intervenir, al individuo en problemas físicos, generados desde sus cogniciones preconcebidas a lo largo de su vida.

Afrontamiento (Emociones - Solución de Problemas)

El proceso de afrontamiento se refiere, al manejo que la persona hace de los eventos estresantes, cuando estos son interpretados como una carga que excede a sus propios recursos para reducirla y adaptarse.

Se ha considerado importante tomar el concepto de afrontamiento para esta tesis, debido a que dentro del periodo de gestación la materna se enfrenta a diferentes tipos de cogniciones que le generan una respuesta emocional significativa haciéndole optar por diferentes caminos para afrontar su estado tanto emocional, físico o anímico.

El concepto de afrontamiento ha tenido importancia en el campo de la psicología durante más de 40 años. Actualmente, constituye el centro de toda una serie de psicoterapias y de programas educativos que tiene como objetivo desarrollar recursos adaptativos.

El concepto de afrontamiento se encuentra definida en dos clases de literatura teórica, derivadas de las teorías psicoanalíticas del ego, y la empírica la cual nace de la experimentación con animales.

Menninger (1963), Hann (1969-1977) y Vaillant (1977), citados por Lazarus y Folkman (1986) ofrecen una jerarquía en la que el afrontamiento hace referencia a los procesos más organizados o maduros de ego.

Menninger, identifica cinco ordenes o recursos reguladores clasificados de acuerdo con un nivel de desorganización interna. En el punto más alto de esta jerarquía se encuentran las estrategias necesarias para reducir las tensiones causadas por las situaciones estresantes que se dan en el curso de la vida diaria. Estas estrategias se llaman recursos de afrontamiento y entre

ellas se incluyen: el autocontrol, el humor, el llanto, blasfemar, lamentarse, jactarse, discutir, pensar y liberar la energía de una forma u otra. Son consideradas como normales o como mínimo características idiosincrásicas.

Las defensas según Vaillant (1977) vienen organizadas en cuatro niveles que van de forma progresiva desde mecanismos psicóticos (p.e., negación de la realidad externa, distorsión y proyección ilusoria) a través de mecanismos

de inmadurez (p.e., fantasía, proyección, hipocondriasis, conducta agresiva pasiva), mecanismos neuróticos (p.e., intelectualización, represión, formación reactiva), hasta el nivel más alto, el de los mecanismos maduros (p.e., sublimación, altruismo, supresión, anticipación y buen humor).

Menninger, Vaillant y Hann, proponen una organización jerárquica tripartita: afrontamiento, defensa y fragmentación identificando cada nivel de acuerdo proceso genérico del ego.

Willian Osler, citado por Lazarus y Folkman (1986) demuestra que la suposición que ciertos tipos de vida aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular tienen una alta tradición en la historia de la medicina. Friedman y Roseman (1974) citado por Lazarus y Folkman. (1986) definieron el patrón A, como "esfuerzo crónico e incesante de mejorar cada vez más en menos tiempo y, si es necesario contra la oposición de cosas o personas".

El patrón A es una constelación de tres componentes entre sí - un conjunto de creencias sobre uno mismo y sobre el mundo; un conjunto de valores convergentes en un modelo de motivación o de compromiso; y un estilo conductual de vida - que actúan en una amplia variedad de contextos sociales.

Con respecto a una interpretación motivacional o basada en los compromisos adquiridos, los individuos pertenecientes al patrón A han sido caracterizados como personas que basan sus recompensas en el éxito y en la satisfacción de su ambición más que en la socialización.

Para los investigadores en el campo de la medicina conductual, es una cuestión importante saber hasta que punto y mediante que mecanismos psicofisiológicos la constelación psicológica del patrón A influye en el estado de salud del organismo y en forma más amplia en el funcionamiento moral, social y laboral.

El patrón A de conducta, que se describió como resultado de la observación clínica y no a partir de la psicología de yo, puede considerarse como un estilo de afrontamiento que incluye características conductuales, motivacionales y cognitivas.

Es importante diferenciar la actividad de afrontamiento de la conducta adaptativa automatizada. La primera implica esfuerzo y la segunda no, como se infiere de su adjetivación. En principio muchas conductas son producto de un esfuerzo, pero más tarde se convierten en automáticas, cuando actúan los procesos de aprendizaje.

Como concepto, el afrontamiento se identifica típicamente con el éxito adaptativo, especialmente en los modelos psicológicos del yo, donde los fracasos o las estrategias no realmente eficaces reciben el nombre de mecanismos de defensa. Si se correlaciona afrontamiento con resultados, se debe considerar el afrontamiento como el esfuerzo de manipulación de las demandas del entorno, independientemente de cual sea su resultado.

Por último, el afrontamiento no debe confundirse con el dominio sobre el entorno; muchas fuentes de estrés no pueden dominarse y en tales condiciones el afrontamiento eficaz incluiría todo aquello que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar o, incluso, ignorar aquello que no puede dominar (Lazarus y Folkman, 1986)

Lazarus y Folkman (1986), definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

El planteamiento de afrontamiento como proceso tiene tres aspectos principales: primero, el que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, en contraposición con lo que este generalmente hace, o varía en determinadas condiciones. Segundo, lo que el individuo realmente piensa o hace, es analizado dentro de

un contexto específico. Los pensamientos y acciones de afrontamiento se hallan siempre dirigidos hacia condiciones particulares. Tercero, hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose. Por tanto, el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, defensivas y/o de resolución de problemas, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

Se encuentra una amplia gama de formas de afrontamiento dirigidos a la emoción. Un considerable grupo está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos.

Otro grupo más pequeño de estrategias cognitivas incluyen aquellas dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional; algunos individuos necesitan sentirse verdaderamente mal antes de pasar a sentirse mejor, y para encontrar consuelo necesitan experimentar primero un trastorno intenso para pasar luego al autoreproche o a cualquier forma de autocastigo.

En otros casos, los individuos aumentan deliberadamente su grado de trastorno emocional para precipitarse a sí mismo a la emoción, que los desafía a competir.

Se utiliza el afrontamiento dirigido a la emoción para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si lo ocurrido no importara, etc. Estos procesos conducen por sí mismos a una interpretación de autodecepción o de distorsión de la realidad.

Las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema son similares a las utilizadas para la resolución de este; como ellas, generalmente están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a su costo y a su beneficio y a su elección y aplicación. El afrontamiento dirigido al problema engloba un conjunto de estrategias más amplias; la resolución del problema implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente a lo interno, y a las referencias del interior del sujeto.

Kahn y cols (1964), citado por Lazarus y Folkman (1986) señalan dos grupos principales de estrategias dirigidas al problema: las que hacen referencia al entorno y las que hacen referencia al sujeto. En el primer grupo se

encuentran las estrategias dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos, etc., y en el segundo grupo, se incluyen las estrategias encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos, como la variación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos.

Respecto a los recursos para el afrontamiento, el decir que una persona tiene muchos recursos no solo significa que dispone de un gran número de ellos, sino que también tiene habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno. Estos significados comparten la idea de que los recursos son algo extraíbles de uno mismo, tanto si son realmente útiles (p.e., dinero, juguetes, personas a las que recurrir, conocimientos importantes) como si constituyen medio para hallar un recurso necesario pero no disponibles.

Antonovsky (1979) citado por Lazarus y Folkman (1986) ha utilizado el término de recursos generalizados de resistencia para describir las características que facilitan el manejo del estrés. Estas características pueden ser: físicas, bioquímicas, materiales, cognitivas, emocionales, de actitud, interpersonales y macrosocio-culturales; es decir, su planteamiento se refiere a los factores que contribuyen a la resistencia del estrés, mientras el utilizado en este planteamiento va referido a los recursos que el individuo muestra para afrontarlo; entonces, Antonovsky conceptualiza los recursos como neutralizadores del estrés y el presente planteamiento los conceptualiza como factores que influyen y preceden y que a su vez intervienen en el estrés.

Es imposible intentar catalogar todas los recursos que muestran las personas para afrontar las infinitas demandas de la vida, por ello se intenta identificar las principales categorías:

1. Salud y Energía: Es uno de los recursos más generalizados. Una persona frágil, enferma, cansada o débil tiene menos energía para aportar al proceso de afrontamiento que otra saludable y robusta. El importante papel desempeñado por el bienestar físico se hace particularmente evidente cuando hay que resistir problemas e interacciones estresantes que exigen una movilización importante. Es de mencionar, que no se debe exagerar la importancia de la salud y la energía para el proceso de afrontamiento sin descartar la influencia que esta puede exigir.

2. Creencias Positivas: Verse a uno mismo positivamente puede considerarse también un importante recurso psicológico de afrontamiento. Se incluye en esta categoría aquellas creencias generales y específicas que sirven de base para la esperanza y que favorecen el afrontamiento en las condiciones adversas.

3. Técnicas para la Resolución del Problema: Las técnicas para la resolución del problema incluyen habilidades para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades alternativas, predecir acciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado. Las técnicas para la resolución del problema derivan de otros recursos, como experiencias previas, almacenamiento de información, habilidades cognitivas intelectuales para aplicar esa información y capacidad de autocontrol.

4. **Habilidades Sociales:** Las habilidades sociales constituyen un importante recurso de afrontamiento debido al importante papel de la actividad social en la adaptación humana. Estas habilidades se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás de una forma socialmente adecuada y efectiva. Este tipo de habilidad facilita la resolución de los problemas en coordinación con otras personas, aumentan la capacidad de atraer su cooperación y apoyo y, en general, aportan al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales.

5. **Apoyo Social:** El hecho de tener alguno de quien recibir apoyo emocional, informativo y/o tangible ha recabado mucha atención como recurso de afrontamiento en las experimentaciones realizadas sobre estrés, tanto en la medicina conductual como en la epidemiología social.

6. **Recursos Materiales:** Hacen referencia al dinero y a los bienes y servicios que puedan adquirirse con el, este recurso se menciona raramente en las discusiones sobre afrontamiento, aunque su importancia queda implícita en las discusiones sobre las fuertes relaciones que existe entre el estatus económico del estrés y la adaptación.

Los recursos económicos aumentan de forma importante las opciones de afrontamiento en la mayoría de situaciones estresantes ya que

proporcionan el acceso más fácil y a menudo más efectivo en la asistencia legal, medica, financiera y de cualquier otro tipo. Simplemente al hecho de tener dinero, incluso aunque no se use, puede reducir la vulnerabilidad del individuo a la amenaza, y de cierta forma facilitarle el afrontamiento efectivo.

En conclusión, el modo de afrontamiento de un individuo viene determinado por los recursos de que dispone (como la salud y energía física), las creencias existenciales (como la fe en Dios), las creencias generales sobre el control, los compromisos que tiene una propiedad emocional que puede ayudar al afrontamiento, los recursos para la resolución del problema, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales.

El afrontamiento también viene determinado por las coacciones que limitan la utilización de los recursos disponibles. Los condicionantes personales incluyen valores y creencias culturales interiorizadas, que proscriben ciertas formas de conducta, y los déficits psicológicos. Los condicionantes o factores coactivos ambientales incluyen las demandas que compiten por los mismos recursos y las empresas o instituciones que impiden los esfuerzos de afrontamiento. Los altos grados de amenaza también pueden evitar que un individuo utilice sus recursos de afrontamiento de forma efectiva.

Los esfuerzos para ejercer control sobre las situaciones son sinónimos de afrontamiento. Por otro lado, el control en el sentido de creencias generales y/o situacionales actúa influyendo en los procesos de evaluación.

Es importante mencionar que las fuentes de estrés cambian a medida que el individuo envejece, por lo tanto no se puede tener una suposición per se a lo largo de la vida y el afrontamiento va a variar para poder atender las nuevas demandas exigidas por esta.

Aspectos Biomédicos de la Hipertensión inducida por el embarazo.

La hipertensión inducida por el embarazo (HIE), es la enfermedad

sistémica que con más frecuencia lo afecta produciendo un aumento en las tasas de morbi-mortalidad fetal y neonatal. Complica entre el 7 y el 10% del total de los embarazos, aunque la incidencia varía en relación con la población estudiada y con los criterios usados para el diagnóstico.

Produce un aumento significativo en la morbi-mortalidad materna y neonatal con el consecuente incremento de la estancia hospitalaria, tanto en los servicios de gineco-obstetricia como en las unidades de recién nacidos.

Históricamente ha sido definida como la "enfermedad de las mil teorías" sin que ha la luz de los conocimientos actuales se haya podido llegar al origen de las mismas. Ninguna de las teorías propuestas han soportado la prueba del tiempo. Sin embargo, esta multiplicidad de enfoques han permitido acercarse cada día más a los cambios fisiopatológicos que caracterizan ha esta enfermedad. (Ardila, Botero, Michelsen y Rentería, 1995).

La HIE, se presenta con mayor frecuencia en los extremos de la vida productiva y más frecuentemente en las primigrávidas que se caracterizan por tener baja frecuencia en coitos con poca exposición al esperma masculino, como también sucede en aquellas que planifican con métodos de barrera. La baja exposición a los antígenos paternos no permite que la madre forme anticuerpos progresivamente y cuando entra en contacto con la "segunda oleada trofoblástica", producida durante el segundo trimestre, provoca la formación de grandes cantidades de anticuerpos, que probablemente sean los responsables del daño endotelial, característicos de esta enfermedad (endoteliosis). (Ardila y cols., 1995).

El daño endotelial altera los mecanismos encargados de la homeóstasis, modificando el balance que debe existir entre las sustancias vasoconstrictoras y vasodilatadoras. La mujer preecláptica temporalmente pierde la refractariedad a los agentes presores, específicamente a la acción de la angiotensina.

La producción de prostaglandinas (PG vía ciclo-oxigenasa) se encuentra tan seriamente alterada que llega a considerarse a la HIE como una entidad caracterizada por la deficiencia de prostaciclínas, con un aumento de la síntesis de tromboxano A₂(TXA₂).

Los cambios hematológicos más importantes se suceden en el ámbito de la cascada de coagulación. Los dos factores más comúnmente afectados

es el factor VIII, que se encuentra aumentado y la antitrombina III (ATT III) disminuida. La relación entre el antígeno del factor VIII y la activación del mismo que habitualmente es de 1 : 1, aumenta y es un indicador muy sensible de coagulación intravascular diseminada (CID), comúnmente presente en la HIE. Sin embargo, no se ha demostrado que esta prueba tenga validez como predicador sensible de preeclampsia.

Este aumento del factor VIII está directamente relacionado con la severidad de la preeclampsia, pero especialmente cuando hay daño renal y retardo del crecimiento intrauterino, convirtiéndose en un indicador más del daño epitelial generalizado. En pacientes con preeclampsia se encuentra un aumento de la tromboplastina tisular, la cual activa el factor VII con iniciación de la cascada de coagulación, lo que se traduce en una reducción de los niveles plasmáticos de todos los factores de la vía intrínseca, produciendo, por consiguiente, un consumo anormal de fibrinógeno. (Benson y Pernol, 1994).

Otro producto útil en la valoración de las pacientes con HIE, es el fibrinopeptido A, que se genera cuando el fibrinógeno es convertido a fibrina. Este no debe confundirse con los productos de degradación del fibrinógeno; generados cuando la fibrina reacciona con la plasmina. Cuando el plasminógeno es activado disminuye la producción de plasmina; existen dos grupos activadores de plasminógeno que aumentan durante el embarazo normal y disminuye en la preeclampsia. Los activadores del plasminógeno activador-inhibidor, se pueden detectar inhibidores aumentados en los pacientes preeclámpicas.

La trombocitopenia es una medida que revela la severidad del proceso, pero solamente está presente en el 12% de las pacientes y aunque no sirve como predictor, es un buen indicador de la evolución de la enfermedad.

La trombodulina es sensible a varias citoxinas y su producción disminuye por la acción de la IL - 1 Y el factor de necrosis tumoral. Entonces, las reacciones inmunes que liberan estas sustancias potencialmente promueven coagulación al interrumpir el anticoagulante natural trombodulina-proteína C.

Todos estos cambios fisiopatológicos se traducen en considerar a la HIE como una enfermedad de falla multisistémica que produce lesiones a nivel cerebral, expresadas clínicamente como convulsiones, hemorragias,

infracerebrales, ceguera de origen cortical y en el mejor de los casos se presenta edema cerebral secundario a una disminución marcada en el consumo de oxígeno.

En el pulmón se presentan alteraciones de la relación ventilación-perfusión y, en casos extremos, el síndrome de dificultad respiratoria del adulto.

En el páncreas se encuentran procesos claros de inflamación que pueden producir severos cuadros de dolor.

En el sistema hematológico, se encuentran microangiopatía, anemia hemolítica, trombocitopenia y fenómenos trombóticos.

En el hígado hay un daño hepatocelular con elevación de las enzimas hepáticas; se puede presentar falla hepática franca y más frecuentemente una distensión y posterior ruptura de la cápsula de Gleason.

El daño renal se manifiesta por proteinuria, aumento de nitrogenados, disminución de la recuperación de creatinina, disminución de la excreción de ácido úrico; incluso puede llegar hasta la insuficiencia renal con el hallazgo patológico conocido como " Endoteliosis Glomerular". (Niswander, 1990).

Con respecto a los tipos de clasificación, una de las dificultades en la

interpretación de los desórdenes hipertensivos, del embarazo en la inconsistencia de la terminología. Varios sistemas de nomenclatura han sido utilizados y se han llegado a la conclusión de que aunque no sea perfecta, la clasificación propuesta por el comité de terminología del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia

en 1972, en la más aceptada:

1. Preeclampsia (leve y grave).
 2. Eclampsia.
 3. Hipertensión crónica.
 4. Hipertensión crónica más preeclampsia sobreagregada.
 5. Hipertensión transitoria.
- Síndrome de Hellp.

1. Preeclampsia:

Es la Hipertensión que aparece durante el embarazo acompañada de Edema y/o proteinuria anormales.

* La Preeclampsia leve se caracteriza por presentar:

- a.- Tensión arterial $< 160/110$ o aumento de 30 mm HG en la PA sistólica y/o 15mm HG en la PA diastólica.
- b.- Proteinuria < 5 gr/L en 24 horas.
- c. Edema sin anasarca.

d. Reflejos osteotendinosos (++) o (+++).

* La Preeclampsia grave se caracteriza por presentar uno o más de los siguientes parámetros:

a.- Tensión arterial > 160/110, registrada en dos ocasiones con intervalo de 1 hora.

b.- Oliguria (diuresis inferior a 400 ML en 24 horas o 30ml/hora).

c.- Trastornos cerebrales o visuales (cefalea en casco, escotomas o fosfenos reposos, visión borrosa y alteración de la conciencia).

d.- Proteinuria > 5 gr/l. en 24 horas.

e.- Edema pulmonar o cianosis.

f.- Epigastralgia en barra.

g.- Compromiso de la función hepática.

h.- Trombocitopenía de etiología no clara.

2. Eclampsia:

Es el desarrollo de convulsiones o coma en pacientes con signos y síntomas de preeclampsia en ausencia de otra causa de convulsiones.

3. Hipertensión Crónica:

Este grupo incluye a pacientes con hipertensión preexistente, pacientes con elevación de la PA por encima de 140/90 mm Hg en 2 ocasiones, antes de la semana 20 de gestación y pacientes con hipertensión que persiste más allá de las 6 semanas post-parto.

4. Hipertensión Crónica Más Pre-eclampsia:

Eclampsia Sobregregada

Es el desarrollo de pre-eclampsia con Dx de hipertensión crónica.

5. Hipertensión Transitoria:

Se define como la hipertensión que aparece durante la segunda mitad de la gestación o en las primeras 24 horas post-parto, sin edema ni proteinuria y con un retorno a la PA normal de 10 días después del parto. Este grupo lo constituyen la mayoría de las pacientes con hipertensión inducida por el embarazo.

- Síndrome de Hellp:

Este síndrome es una variante de la enfermedad de la preeclampsia severa y se presenta entre el 4 y el 12% de todas las pacientes con

hipertensión.

Se caracteriza por:

- a. Hemólisis.
- b. Elevación de las enzimas hepáticas.
- c. Trombocitopenia.

Produce una alta mortalidad materna y perinatal debido a su gran compromiso multisistémico. A diferencia de las muchas formas de preeclampsia, el síndrome Hellp no es una enfermedad primaria de primigravides. Los investigadores han encontrado que el 44% de las pacientes que presentan esta enfermedad son multigravidad. (Gant y Worley, 1990).

Clínicamente muchas pacientes son síndrome de Hellp no tienen criterio de pre-eclampsia grave en los que a presión arterial se refiere. Las pacientes con este síndrome, no presentan una alta incidencia de enfermedad vascular de base. La sintomatología y la signología se relacionan en forma directa con el impacto del vaso espasmo en el hígado materno (vómito, dolor epigástrico, cefalea, edema) (Ardila y cols., 1995).

MARCO EMPIRICO

Se han considerado relevantes las investigaciones relacionadas con la génesis de la preeclampsia asociada a factores psicológicos en el embarazo las siguientes:

En 1992, González y Várela del Dpto. de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Nacional, realizaron un estudio cuantificando la mortalidad materna producida por la hipertensión inducida por el embarazo (HIE), determinando los factores de riesgo y las complicaciones que se asocian más con muerte materna.

En 1991, Flórez, elaboró y diseño un programa cuya finalidad fue la de intervenir psicológicamente a las maternas que padecían de preeclampsia, logrando estandarizar procedimientos de evaluación y tratamiento, utilizando un programa de autocontrol fundamentado en una metodología y una teoría cognoscitiva-conductual para la explicación y modificación de la relación entre

variables psicológicas y enfermedad física.

De la anterior investigación se puede concluir su utilidad, sugiriendo en lo referente a la reestructuración cognoscitiva incluir nuevos métodos que tomen

encuenta el estado particular de las creencias de cada materna.

En 1991, Flórez, Herrera, Rodríguez, Piñeros y Viguez, elaboraron un programa cognoscitivo conductual para el tratamiento psicológico de maternas con preeclampsia. Para esto se seleccionaron 20 mujeres embarazadas que se encontraban en el último trimestre del embarazo con diagnóstico médico de preeclampsia.

Los resultados arrojados de esta investigación plantean que el componente de solución de problemas diseñado en el programa cognoscitivo conductual sea variado e incluido en el contexto de la reestructuración cognoscitiva. Así mismo, a partir del análisis cualitativo y cuantitativo de cada uno de los componentes del programa se concluye en una versión refinada del mismo, la cual será sometida a prueba experimental en la segunda fase de la presente investigación institucional.

En 1998, Flórez, implementó un modelo factorial para el análisis de los aspectos psicológicos que intervienen en la relación estrés-enfermedad en el cual se describen y analizan las principales variables psicológicas que intervienen para modular el impacto de los eventos estresantes, y modular el impacto potencial que ejercen sobre la activación orgánica que subyace a la génesis de algunas enfermedades. Se destaca el papel central de la mediación cognoscitiva, factor que se considera el principal intermediario entre los eventos estresantes y su impacto orgánico. como factores subsidiarios de la mediación cognoscitiva , se analizan el soporte social, la personalidad y el estilo de vida.

La personalidad se concibe como rasgo y como consistencia o patrón comportamental. Se sugieren diversos procedimientos de evaluación y de tratamiento que pueden utilizarse cuando se busca modificar esos factores intervinientes entre el estrés y la enfermedad.

En 1998, Moya y Niebles, elaboraron e implementaron un programa de educación de la salud dirigida a la promoción y a la prevención en adolescentes gestantes, buscando como finalidad la adquisición de comportamientos protectores de la salud por parte de las adolescentes gestantes por medio del programa PAMA (Programa de Atención para madres adolescentes).

Concluyéndose la importancia de una evaluación profunda de las CREENCIAS que afectan el comportamiento del adolescente.

En 1997, Cáceres, investigó como el estrés crónico potencializaba la presencia de complicaciones durante la gestación y el parto; y a su vez pretendió hallar la manera de predecir e intervenir en la madre dicha vulnerabilidad.

Se encontró que la detección de factores por medio de la intervención biológica, psicológica y social podía disminuir el riesgo de muerte tanto de la madre como del niño.

En 1997, Cáceres, Herrera y Hurtado, elaboraron un modelo biopsicosocial para la prevención de las complicaciones perinatales, el cual fue aplicado a gestantes de "alto riesgo" escogidas al azar de la siguiente manera: el Primer grupo, recibió intervención biopsicosocial; el Segundo grupo recibió intervención bionutricional y; el Tercer grupo, recibió únicamente intervención biomédica; se concluye que las gestantes que recibieron apoyo integral - biopsicosocial- disminuyeron los niveles de estrés y de esta manera se evitaron las complicaciones perinatales.

Se considera relevante para la presente investigación el contenido cognoscitivo de la materna durante su periodo de gestación, ya que en este lapso se derivan percepciones y evaluaciones que las maternas realizan acerca de los peligros involucrados en el mismo y de las capacidades para afrontarlo, lo que, posiblemente inducen a la génesis de la preeclampsia que influyen para el resultado o producto final del embarazo.

Las investigaciones recientemente expuestas ayudan a corroborar para el presente estudio mostrando el vacío existente entre la relación de los factores psicosociales y la génesis de la preeclampsia.

OBJETIVOS

GENERAL

Hacer una descripción del estado de algunos factores psicosociales en madres gestantes que padecen preeclampsia y analizar dichos factores en función de variables sociodemográficas y biomédicas.

ESPECIFICOS

- Describir las distorsiones cognoscitivas en torno a las principales áreas vitales de la gestante con preeclampsia.
- Describir el estrés prenatal en las gestantes con preeclampsia.
- Describir el modo de afrontamiento del estrés en las gestantes con preeclampsia.
- Describir la ansiedad de rasgo y de estado en las gestantes con preeclampsia.
- Describir la depresión en las gestantes con preeclampsia
- Describir las asociaciones entre las anteriores variables psicológicas.
- Analizar las anteriores variables psicológicas en función de otras variables sociodemográficas.

- Describir las asociaciones entre las anteriores variables psicológicas y otras variables biomedicas de la madre (Dx., presión sanguínea) y del bebe (edad gestacional al nacer).

PROBLEMA

¿Cuál es el estado de algunos factores psicosociales en las gestantes con preeclampsia y cuál es la relación de dichos factores con otras variables de tipo sociodemográfico o biomédico?

HIPOTESIS

Por tratarse de una investigación descriptiva, por consiguiente sin la manipulación de variables propias de un estudio experimental, no se formulan hipótesis sino que se busca hacer la evaluación de las variables y de las asociaciones entre ellas en su estado natural.

VARIABLES

- Variable Criterio:** la preeclampsia

- Variable Predictora:** factores psicosociales.

Operacionalización de Variables

- V. Criterio:

Preeclampsia: Se ha definido como el desarrollo de hipertensión arterial con proteinuria, o ambas, debido al embarazo o a la influencia de un embarazo reciente; aparece después de la semana veinte de gestación, pero puede desarrollarse antes en presencia de enfermedad trofoblástica (Ardila y cols., 1995).

- V. Predictora:

Factores Psicosociales: Se refieren a la actitud de la gestante hacia el embarazo, positiva o negativa, que refleja, sus cogniciones o ideas acerca del mismo. Estas cogniciones son la resultante de toda la tradición oral y escrita, formal e informal, que la mujer recibe acerca del embarazo y del parto.

Así mismo, la gestante, se encuentra influenciada por los factores culturales y sociales propios de su ambiente, tales como: estado civil, escolaridad, apoyo familiar y de pareja.

VARIABLES CONTROLADAS

De los Sujetos

1) Diagnóstico: Se tomaron solamente pacientes con diagnóstico médico confirmado de preeclampsia leve y grave, hecho por los especialistas del Instituto Materno Infantil, Hospital Simón Bolívar y Hospital San Juan de Dios de Zipaquirá.

Se escogieron de las instituciones 90 gestantes de manera aleatoria.

2) Edad Cronológica: Se incluyeron solamente pacientes entre las edades que oscilan entre los 16 años y los 45 años.

3) Paridad: Se escogieron las gestantes de manera indiscriminada, nuliparas y multiparas.

4) Tratamiento medico: todas las pacientes permanecieron hospitalizadas y recibieron el mismo tratamiento médico de rutina prescritos por los especialistas de las diferentes instituciones, según el criterio medico usual

para el respectivo diagnóstico.

5) Edad Gestacional al inicio de la Intervención: Se tomaron solamente gestantes cuya edad gestacional sea igual o superior a 30 semanas.

6) Adicciones: se incluyeron solamente pacientes que no hayan tenido algún comportamiento adictivo durante el embarazo (tabaquismo, alcoholismo, o alguna otra forma de farmacodependencia).

METODOLOGIA

Participantes

El estudio se realizo con 90 maternas distribuidas de la siguiente manera:

- 47 gestantes del Hospital Materno Infantil.
- 5 gestantes del Hospital Simón Bolívar
- 38 gestantes del Hospital San Juan de Dios de Zipaquirá.

Sus principales características sociodemográficas son las siguientes:

Edad: 16 - 45 años.

Estrato Socioeconómico: medio - bajo

Estrato Sociocultural: alfabetas.

Estado Civil: soltera, casada y unión libre.

Instrumentos

Para evaluar la ansiedad durante el embarazo se han utilizados múltiples métodos, tales como las entrevistas clínicas, las entrevistas semiestructuradas,, los test proyectivos, algunas escalas específicas de

ansiedad construidas para su uso en el embarazo, inventarios de comportamiento, inventarios de ansiedad, observación conductual, y medición psicofisiológica, entre los más importantes.

Los instrumentos que se utilizaran, teniendo en cuenta su validez de contenido y su confiabilidad son los siguientes:

1) Inventario de ansiedad de rasgo-estado (IDARE), construido por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1971), en la adaptación española publicada por ediciones TEA de Madrid (1994).

Este instrumento tiene una consistencia interna muy buena (entre 0.90 y 0.93 en la ansiedad estado) y una confiabilidad de 0.94 en ansiedad de estado, calculada por el método división en dos mitades (pares - impares)(Lang, 1971).

ANEXO A

2) Inventario de depresión de Beck (Beck, 1976). Se incluye por constituir un instrumento clásico en la evaluación de estados depresivos en pacientes con diversos problemas de salud(Lang, 1971). ANEXO B

3) Inventario de eventos estresantes, actitudes hacia el embarazo y afrontamiento (Flórez, 1997)

Se creó un inventario para la evaluación del estrés prenatal en pacientes con preeclampsia, a partir del análisis de las respuestas dadas por 100

pacientes del Instituto Materno Infantil de la ciudad de Santafé de Bogotá a una entrevista semiestructurada para evaluar eventos estresantes y otros aspectos del embarazo, propuesta por Salvatierra (1989). Se encontraron tres categorías de eventos estresores inherentes al embarazo mismo, y cuatro inherentes a hechos externos al embarazo. Dentro de las primeras se ubican las amenazas al propio estado físico de las madres, las amenazas al bebé, y las amenazas asociadas al parto.

Dentro de las segundas se ubican otras amenazas a la salud diferentes a la preeclampsia, las preocupaciones por la situación laboral, las preocupaciones por la situación económica, y las preocupaciones por la situación familiar o de pareja. La validez de constructo del inventario en torno a las anteriores categorías se corroboró mediante análisis factorial. La versión final del inventario tiene 19 ítems y su confiabilidad, obtenida mediante el método Kuder-Richarson²⁰ fue de 0.70. El ANOVA de las respuestas a los ítems de la versión final, practicado mediante la prueba de Kruskal-Wallis, no arrojó diferencias significativas para el estrés prenatal en función del nivel educacional, el estado civil, la ocupación, el diagnóstico, ni las actitudes frente al embarazo. Tampoco se observaron asociaciones significativas entre el estrés prenatal, la ansiedad de rasgo, la ansiedad de estado, ni la depresión. Se observó en las pacientes con preeclampsia presencia de estresores propios del embarazo normal y de estresores específicos relacionados con el alto riesgo obstétrico. ANEXO C

4) Inventario de evaluación cognoscitiva para madres gestantes con Preeclampsia. Este inventario fue elaborado tomando en cuenta las categorías de distorsión cognoscitiva generadoras de ansiedad o de depresión, y las áreas vitales a las que en las investigaciones anteriores se observa que se aplicaban dichas categorías. ANEXO D

Las distorsiones cognoscitivas generadoras de ansiedad tomadas en cuenta, de acuerdo con Beck, Emery y Greenberg (1985) son: hipervigilancia, pensamientos automáticos, abstracción selectiva, catastrofización, generalización de estímulos, carencia de habituación, pérdida de la objetividad, pensamiento dicotomo.

Las distorsiones cognoscitivas generadoras de depresión que se tomarán en cuenta, de acuerdo con Fennell y Campbell (1984), son: incremento del impacto emocional, autoculpabilización, desesperanza, indefensión, incontrolabilidad percibida.

Las áreas vitales para las cuales se evalúa la potencial aplicación de las anteriores distorsiones cognoscitivas son las que se consideran más relevantes en el caso de una mujer embarazada las cuales son; se proponen nueve áreas vitales: 1) el impacto del diagnóstico, 2) el impacto de la enfermedad sobre el hijo, 3) el impacto de la enfermedad sobre la situación familiar, 4) el impacto de la enfermedad sobre la sexualidad y sobre la vida conyugal, 5) el impacto de la enfermedad sobre la fertilidad, 6) los costos del tratamiento de la enfermedad,

- 7) los riesgos de una posible cirugía, 8) la accesibilidad a los servicios médicos,
- 9) el impacto de la enfermedad sobre la situación laboral.

Por *área vital* se entiende algunos de los conjuntos de problemas más relevantes a los que debe enfrentarse una materna de alto riesgo.

Diseño

Para el presente estudio se utilizó un diseño descriptivo - correlacional, el cual selecciono las características fundamentales del objeto de estudio y así mismo dio una descripción detallada dentro del marco conceptual de referencia. Posteriormente señalo las principales características, seleccionando un marco teórico-metodológico de referencia. Para así describir la relación que existe entre dos o más variables que se refieren a un mismo grupo de sujetos, para hallar una causal.

Procedimiento

El procedimiento que se llevo a cabo para esta investigación fue:

1. Selección de la Muestra: se escogieron 90 maternas de alto riesgo, seleccionadas al azar del Instituto Materno Infantil, el Hospital Simón Bolívar y

el Hospital San Juan de Dios de Zipaquirá; las cuales pasaron por la fase de evaluación.

2. Recolección de datos y aplicación de pruebas: el contenido de este enunciado se realizó mediante la aplicación de la batería de pruebas a las maternas seleccionadas anteriormente en cada una de las instituciones.

3. Intervención: el proceso de intervención no se realizó con las maternas debido a que esta investigación es de carácter descriptivo-correlacional, la cual no lleva aplicación pre-test, intervención y post-test.

4. Análisis de resultados: el análisis de los resultados se realizó en diversos niveles, con el fin de aportar la mayor cantidad posible de información que pueda arrojar luces para la discusión de los tópicos planteados en los objetivos específicos.

RESULTADOS

Los análisis estadísticos que se presentan a continuación se hicieron mediante el uso del programa SPSS versión 8.0 para Windows 98. Los resultados se presentarán siguiendo un orden inicial que obedece al tipo de variables estudiadas, y posteriormente al tipo de análisis realizados.

Variables Sociodemográficas

La muestra que se estudió estuvo compuesta por 90 gestantes con preeclampsia, cuyas frecuencias de datos sociodemográficos y biomédicos se presentan en la Tabla 1.

La edad promedio de la muestra fue de 27.6 años. La mayoría (n=66) vivían en unión libre o eran casadas. En cuanto al nivel educacional, la mayoría (65.6%) tenía estudios por debajo de bachillerato incompleto, y ninguna era analfabeta.

Variables Biomédicas

Todas las pacientes se captaron en hospitales donde asiste población de similares características socioeconómicas y culturales, como son el Instituto

Materno Infantil (IMI), el Hospital Simón Bolívar (HSB) y el Hospital San Juan de Dios de Zipaquirá.

Entre las pacientes, 59 tenían el diagnóstico de preeclampsia leve y 31 el de preeclampsia severa, de acuerdo con los criterios médicos que se utilizan para tal fin, los cuales toman en cuenta las cifras de presión sanguínea, las de proteinuria, y la presencia de otros síntomas, especialmente de edema. La mayoría de las gestantes (65,6%) solamente tenían 1 o 2 gestaciones. Estas dos variables son muy relevantes, por lo cual se tendrán en cuenta para los análisis de varianza posteriores.

TABLA 1*Descripción de frecuencias de las variables sociodemográficos y biomédicas*

VARIABLE	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcent. Acum.
Estado civil	Casadas	22	24,4	24,4
	Solteras	24	26,7	51,1
	Unión Libre	44	48,9	100,0
Nivel educacional	Primaria Incompleta.	6	6,7	6,7
	Primaria Completa.	24	26,7	33,3
	Bachillrato Incompleto.	29	32,2	65,6
	Bachillerato Completo	16	17,8	83,3
	Tecnico	6	6,7	90,0
	Universidad Incompleta.	7	7,8	97,8
	Universidad Completa.	2	2,2	100,0
Hospital	Instituto Materno Infantil(IMI)	47	52,2	52,2
	Hospita Simón Bolívar(HSB)	5	5,6	57,8
	Hospital San Juan de Dios Zipa.(HSDz)	38	42,2	100,0
Diagnóstico	Preeclampsia Leve	59	65,6	65,6
	Preeclampsia Severa	31	34,4	100,0
Gestaciones	1	35	38,9	38,9
	2	24	26,7	65,6
	3	16	17,8	83,3
	4	9	10,0	93,3
	5	4	4,4	97,8
	6	1	1,1	98,9
	7	1	1,1	100,0

Los datos que se presentan en la Tabla 2 corresponden a los registros tomados de las historias clínicas en el momento del ingreso al hospital

TABLA 2

Medidas de tendencia central y variabilidad de las variables sociodemográficas y biomédicas

VARIABLE	N*	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviació Estandar.
Edad cronológica	90	16,0	45,0	27,58	6,97
Edad gestacional	71	30,0	39,0	35,6	2,16
Proteinuria	81	0,06	350,0	9,00	40,43
Presión sistólica	90	59,0	180,0	128,45	18,83
Presión diastólica	90	46,0	110,0	76,97	14,15
Frecuencia cardiaca	70	68,0	146,0	82,11	10,74

*En algunos casos no se dispuso del dato respectivo para toda la muestra de pacientes, por lo cual el N puede diferir entre las variables.

Edad Gestacional

La importancia de esta variable radica en el hecho de que se consideran viables los bebés cuando la edad gestacional se ubica por encima de 28 semanas al momento del diagnóstico, hecho que se cumplió en el presente caso, tal como se observa en la Fig. 1.

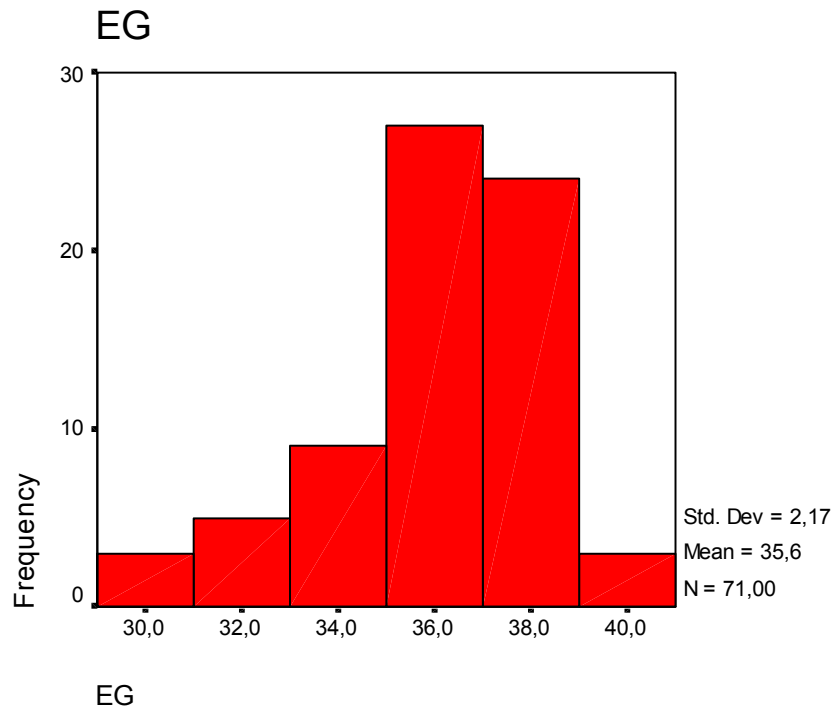


Figura 1. Distribución de las edades gestacionales

Presión sanguínea

Esta es una variable muy relevante desde el punto de vista biomédico, si se tiene en cuenta que a la preeclampsia se le caracteriza como una hipertensión inducida por el embarazo. Como se observa en la fig. 2, la mayoría de cifras iniciales de presión sanguínea sistólica se ubicaron en un valor igual o mayor a 140 mm/Hg, cifra diagnóstica límite, con una moda de 120 mm/Hg. En cuanto a la presión diastólica (Fig. 3), solamente un 15% de las pacientes

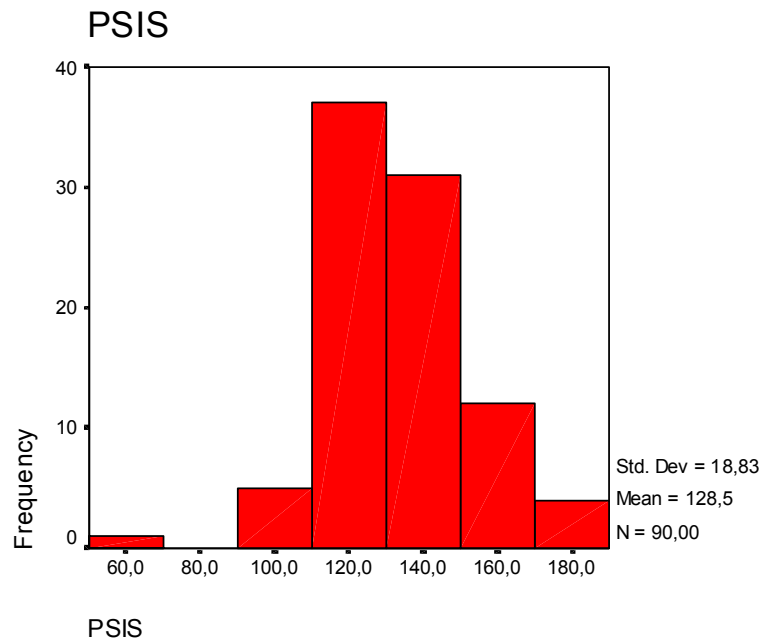


Figura 2. Distribución de la Presión Sanguínea Sistólica al ingreso hospitalario

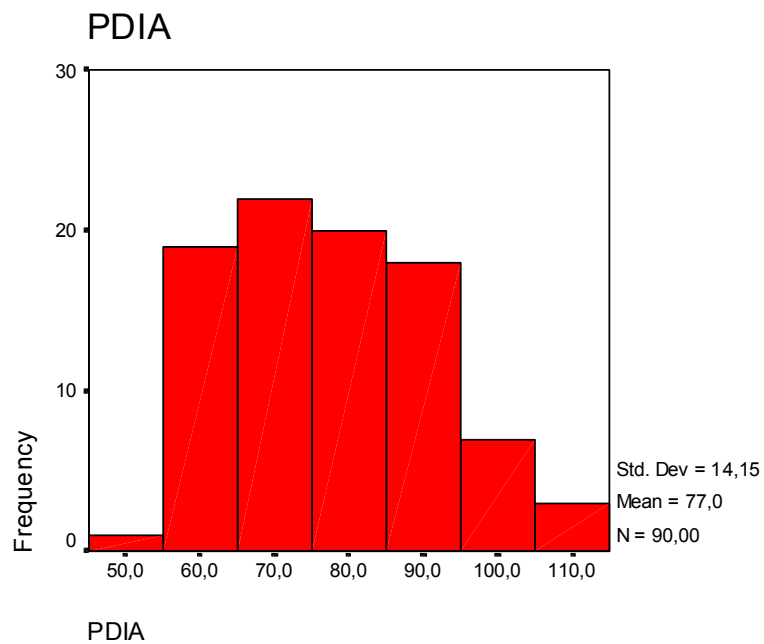


Figura 3. Distribución de la presión sanguínea diastólica al ingreso hospitalario

Se ubicó por encima de 90 mm/Hg, cifra límite para el diagnóstico de

preeclampsia. No obstante, debe recordarse que el diagnóstico toma en cuenta otras variables como la progresión de los incrementos de la presión sanguínea, Se ubicó por encima de 90 mm/Hg, cifra límite para el diagnóstico de preeclampsia . No obstante, debe recordarse que el diagnóstico toma encuentra otras variables como la progresión de los incrementos de la presión sanguínea, la proteinuria, el edema, y la oliguria.

Variables Psicosociales

Ansiedad, Depresión, Actitudes y Afrontamiento

La ansiedad se evaluó mediante los inventarios de ansiedad de estado y rasgo (Idare); la depresión mediante el inventario de depresión de Beck, las actitudes mediante el inventario de evaluación de actitudes frente al embarazo (Flórez, 1.998) y el afrontamiento mediante el inventario de evaluación de afrontamiento en pacientes preeclámplicas (Flórez, 1.998). En la Tabla 3 se presenta el resumen de las estadísticas de tendencia central correspondientes a estas variables.

TABLA 3

Medidas de tendencia central y variabilidad de ansiedad, depresión, actitudes y afrontamiento

VARIABLE	N*	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación Estandar
Idare-rasgo	71	4,00	51,00	18,78	9,48
Idare-estado	90	5,00	56,00	22,98	8,98
Inventario de Beck	90	0,00	39,00	11,35	8,85
Actitudes ante el embarazo	90	0,00	5,00	4,07	1,16
Afrontamiento tipo emocional	90	2,00	13,00	6,83	2,16
Afrontamiento tipo solución problemas	90	0,00	6,00	4,2	1,67

* En algunos casos no se dispuso del dato respectivo para toda la muestra de pacientes, por lo cual el N puede diferir entre las variables

TABLA 4*Correlaciones significativas entre ansiedad, depresión, actitudes y afrontamiento*

VARIABLE	Idare- Estado	Actitudes	Afrontami- Emocional	Afrontam- Problema
Idare-Rasgo	0,675 0,000	-0,559 0,000		
Idare-Estado		-0,436 0,000	0,214 0,043	
Beck			0,217 0,040	
Actitudes				0,316 0,002

La cifra superior corresponde al coeficiente de correlación de Pearson y la inferior a la probabilidad de azar

Ansiedad: Los puntajes de ansiedad de rasgo y de estado tienen una distribución muy similar, con promedios y desviaciones similares; la correlación entre estas variables fue muy significativa. Esto significa que las pacientes que usualmente son ansiosas tienden a presentar más ansiedad durante la gestación que aquellas que lo son menos. El puntaje promedio de ansiedad de rasgo fue 18,78, el cual corresponde al percentil 40 en la baremación para mujeres del Idare/rasgo. El puntaje promedio de ansiedad de estado fue 22,98 el cual corresponde al percentil 45. En ambos casos estos percentiles representan un nivel medio-bajo de ansiedad.

Al observar la distribución de los puntajes de ansiedad de estado en la Fig. 4, se puede apreciar que solamente un 18% de las pacientes presentaron puntajes superiores a 30, indicadores de un nivel alto de ansiedad.

La ansiedad presentó una asociación inversa muy significativa con las actitudes frente al embarazo, lo cual significa que la ansiedad aumenta cuando las actitudes positivas disminuyen y viceversa.

Igualmente, la ansiedad de estado se asoció significativamente con un estilo de afrontamiento tipo emocional durante la gestación de alto riesgo.

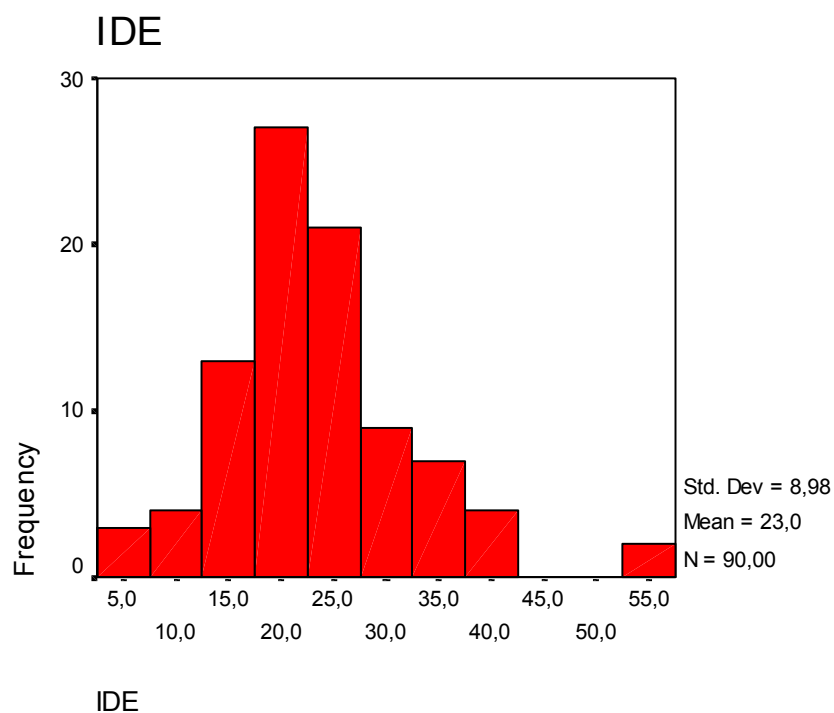


Figura 4. Distribución de los puntajes de ansiedad de estado.

Depresión: Como se puede observar en la Fig. 4, el puntaje promedio del inventario de depresión de Beck representa que no se presentó esta sintomatología en la muestra estudiada. De hecho solamente un 15% de las pacientes tuvieron puntajes superiores a 20, indicadores de depresión leve y, entre ellas, el 5% evidenció depresión moderada a severa.

En la Tabla 4 se observa que hubo una asociación directa y significativa entre depresión y afrontamiento de tipo emocional, lo cual indica que las pacientes que más practican este tipo de afrontamiento son las que presentan las mayores tendencias depresivas.

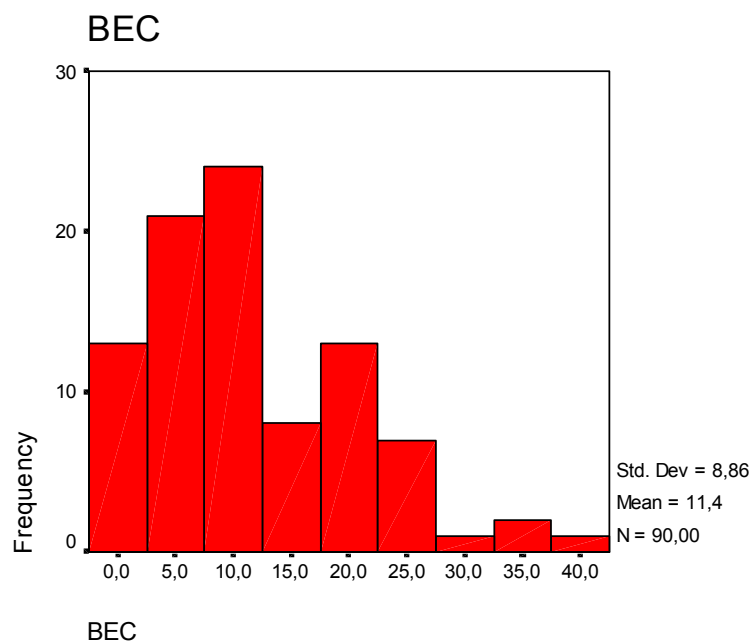


Figura 5. Distribución de los puntajes del Inventario de Depresión de Beck.

Actitudes ante el embarazo: el inventario de actitudes ante al embarazo (Flórez, 1.998) tiene 5 ítems; a mayor puntaje, mejor es la aceptación y la adaptación de la paciente al embarazo.

Tanto el puntaje promedio como la distribución de puntajes que se presentan en la Fig. 6 indican que hubo una muy buena actitud de las pacientes

frente al embarazo.

De hecho el 75% de la muestra presentó un puntaje superior a 4.

Como se indica en la Tabla 4, también se observó una asociación directa entre buenas actitudes ante el embarazo y afrontamiento de tipo solución de problemas.

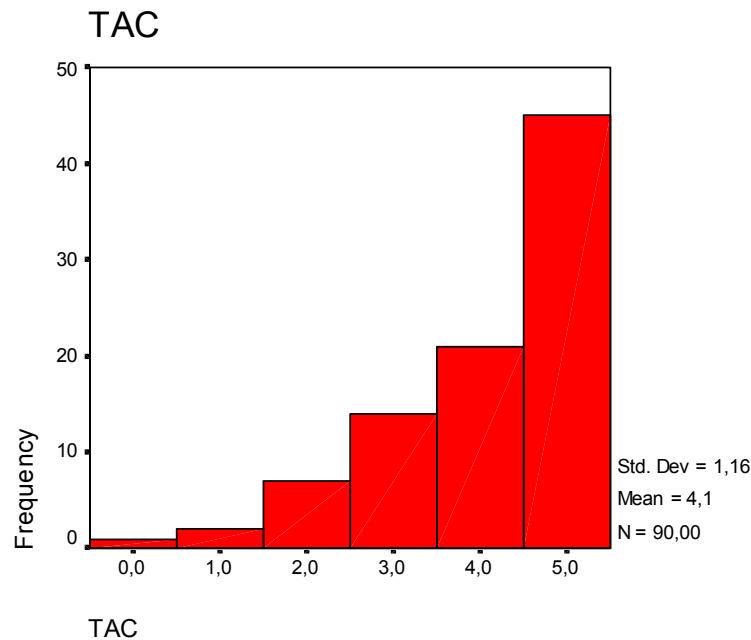


Figura 6. Distribución de los puntajes del inventario de actitudes ante el embarazo

Afrontamiento: El inventario de afrontamiento de situaciones estresantes (Flórez, 1.998) evaluaba tanto el afrontamiento de tipo emocional (Fig. 7) como el afrontamiento de tipo solución de problemas (Fig. 8). El afrontamiento de tipo emocional se evaluó con un cuestionario de 13 ítems y el de tipo solución de

problemas con uno de 5 ítems. Teóricamente, ninguna de estas dos clases es, por sí misma, más adaptativa que la otra.

El afrontamiento emocional tendió a distribuirse más normalmente que el de tipo solución de problemas. En el primer caso la mayoría presentó un puntaje intermedio, mientras que en el segundo hubo un subgrupo del 50% con un puntaje superior.

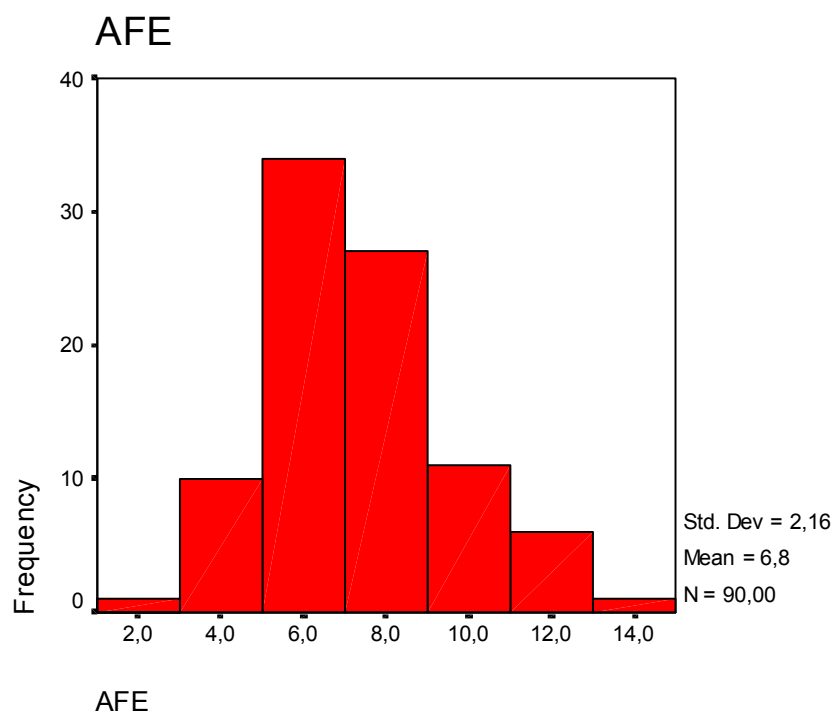


Figura 7. Distribución de puntajes de afrontamiento de tipo emocional

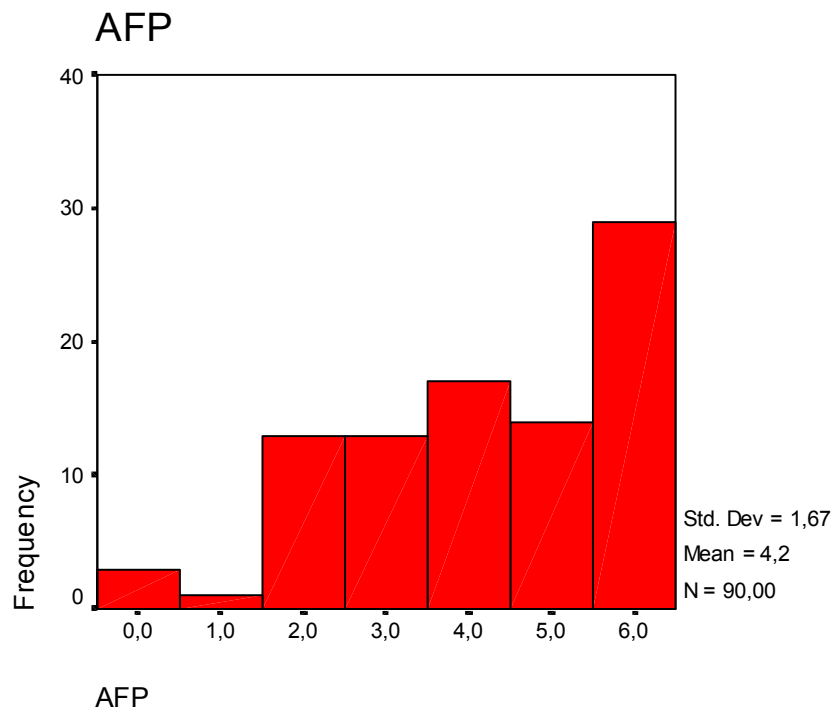


Figura 8. Distribución de puntajes de afrontamiento tipo solución de problemas

La clara asociación que se describe en la Tabla 4 entre el afrontamiento emocional con la ansiedad y la depresión, de una parte, y entre el afrontamiento tipo solución de problemas con las actitudes positivas ante el embarazo, de otra, indica el carácter más adaptativo en esta situación de alto riesgo obstétrico del afrontamiento tipo solución de problemas en comparación con el emocional.

Estrés Prenatal

El inventario de estrés prenatal (Flórez, 1.999) evalúa dos grandes clases de eventos estresantes: los internos al embarazo y los externos al embarazo.

Dentro de los eventos estresantes internos al embarazo se encuentran las siguientes categorías, con un número de items que dan el puntaje máximo para cada categoría: a) eventos estresantes relacionados consigo misma (SCS, 11 items), b) eventos estresantes relacionados con el bebé (SCB, 8 items), c) eventos estresantes relacionados con el parto (SCP, 7 items). Dentro de los externos al embarazo se encuentran: a) eventos estresantes de tipo económico (SEC, 4 items), b) eventos estresantes de tipo laboral (SLB, 5 items), c) eventos estresantes relacionados con el acceso a los servicios de salud (SSA, 5 items), d) eventos estresantes referentes a la situación de pareja (SPA, 5 items), e) eventos estresantes relacionados con la situación familiar (SFA, 5 items), f) eventos estresantes relacionados con otros problemas de salud diferentes a la preeclampsia (SOS, 5 items).

En la Tabla 5 se presentan las estadísticas correspondientes a los puntajes brutos obtenidos por las pacientes en las diversas categorías de estrés prenatal. Dada la importancia de establecer comparaciones entre las diferentes categorías de eventos estresantes, y ante el hecho de que los puntajes brutos

no son directamente comparables porque cada escala tiene un número diferente de ítems, se hace el análisis a partir del puntaje promedio relativo del sujeto en cada escala. Un puntaje promedio relativo resulta de dividir el puntaje bruto entre el número total de ítems de la respectiva escala. De esa forma se hacen comparables, mediante el uso de los promedios relativos, los puntajes en las diversas escalas correspondientes a las categorías de eventos estresantes. En la Tabla 6 se presentan las estadísticas de tendencia central y de variabilidad de las diversas escalas de eventos estresantes, luego de haber hecho la respectiva transformación de los puntajes brutos a puntajes promedios relativos en la escala para cada sujeto. El N fue de 90 ya que se dispuso del puntaje de este inventario para todas las pacientes.

TABLA 5

Medidas de tendencia central y variabilidad de las escalas de estrés prenatal (puntajes brutos)

EVENTOS ESTRESANTES		Minim	Máx.	Promedio	D.E.
INTERNOS AL EMBARAZ O	ESTRÉS CONSIGO MISMA	1,00	11,00	6,05	2,45
	ESTRÉS CON EL BEBE	1,00	8,00	4,84	1,74
	ESTRÉS CON EL PARTO	0,00	7,00	4,02	1,89
	TOTAL EVENTOS INTERNOS	4,00	26,00	14,92	5,06
EXTERNO S AL EMBARAZ O	ECONOMICO	0,00	4,00	1,95	1,38
	LABORAL	0,00	5,00	1,71	1,41
	ACCESO A SERVICIOS DE SALUD	0,00	5,00	2,02	1,54
	PAREJA	0,00	5,00	1,36	1,43
	FAMILIA	0,00	5,00	1,88	1,49
	OTRAS ENFERMEDADES	0,00	5,00	2,58	1,48
	TOTAL EVENTOS EXTERNOS	1,00	29,00	11,53	6,14
TOTAL ESTRÉS PRENATAL		8,00	55,00	26,45	9,86

TABLA 6

Medidas de tendencia central y variabilidad de las escalas de estrés prenatal (puntajes relativos)

EVENTOS ESTRESANTES		Min.	Máx.	Promedio	D.E.
INTERNOS AL EMBARAZO	ESTRÉS CONSIGO MISMA	0,09	1,00	0,55	0,22
	ESTRÉS CON EL BEBE	0,15	1,00	0,60	0,21
	ESTRÉS CON EL PARTO	0,00	1,00	0,57	0,27
	TOTAL EVENTOS INTERNOS	0,15	1,00	0,57	0,19
EXTERNO					
S AL EMBARAZO	ECONOMICO	0,00	1,00	0,48	0,34
	LABORAL	0,00	1,00	0,34	0,28
	ACCESO A SERVICIOS DE SALUD	0,00	1,00	0,40	0,30
	PAREJA	0,00	1,00	0,27	0,28
	FAMILIA	0,00	1,00	0,37	0,29
	OTRAS ENFERMEDADES	0,00	1,00	0,51	0,29
	TOTAL EVENTOS EXTERNOS	0,03	1,00	0,39	0,21
TOTAL ESTRÉS PRENATAL					
		0,15	1,00	0,48	0,18

Los eventos internos al embarazo presentaron un nivel estresante global mayor que el de los eventos externos; al compararlos mediante la prueba t de Student para muestras correlacionadas se obtiene un valor de 8,60, muy significativo.

En la Fig. 9 se representan los resultados arrojados por los eventos estresantes internos al embarazo. El estrés fue mayor en referencia a los eventos relacionados con el bebé; la diferencia fue significativa al comparar los eventos relacionados con el bebé y los relacionados consigo mismas ($t = 2,45$; $p=0,01$); no se observaron otras diferencias significativas.

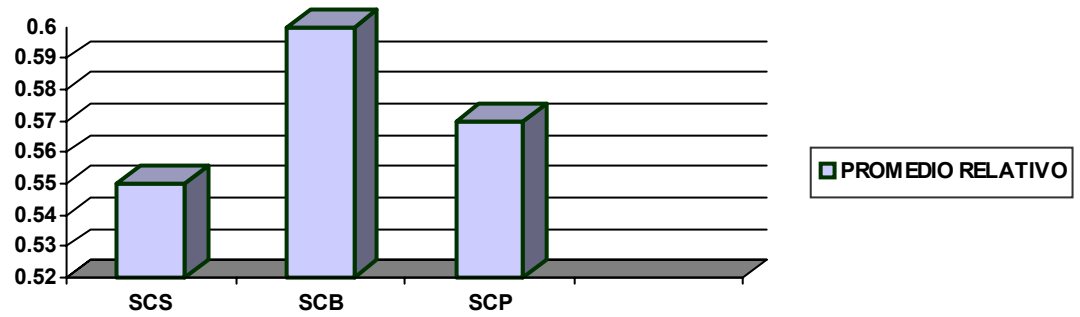


Figura 9. Eventos estresantes internos al embarazo.

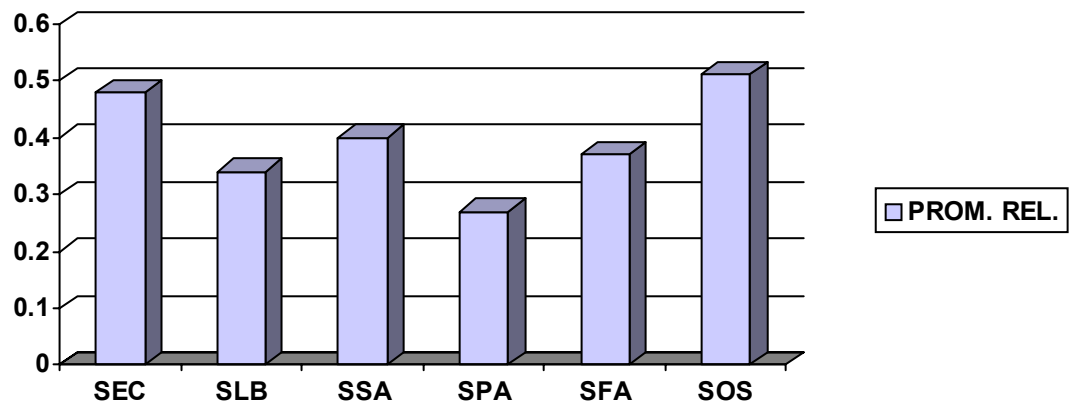


Figura 10. Eventos estresantes externos al embarazo

Los resultados arrojados por los eventos estresantes externos al embarazo se representan en la Fig. 10. Los mayores puntajes se observaron para los temores de tipo económico y los referentes a la posibilidad de contraer otras enfermedades diferentes a la preeclampsia; entre ellos no hubo diferencias significativas al compararlos mediante la Prueba t de Student para muestras correlacionadas. En segundo lugar se observaron para los eventos

referentes a las preocupaciones por el acceso a los servicios de salud y por la situación familiar; entre ellos tampoco hubo diferencias significativas. En tercer lugar se ubicaron los temores referentes a la situación laboral y a la situación de pareja, aunque alcanzó a ser mayor para los eventos laborales en comparación con los de pareja ($t = 2,00$; $p=0,05$).

El impacto del estrés económico, que solo es comparable con las preocupaciones por la probabilidad de contraer otras enfermedades que se sobreagregan a la preeclampsia, es muy significativamente superior al de los demás eventos estresantes.

Una observación similar a la anterior se aplica al impacto estresante producido por la posibilidad de llegar a padecer otras enfermedades diferentes a la preeclampsia durante el período de hospitalización, que puedan afectar a la madre o al bebé. Dicho impacto es muy significativamente superior al de las demás categorías de eventos estresantes externos al embarazo.

Los eventos estresantes relacionados con el acceso a los servicios de salud producen un mayor impacto que los referentes a la familia y a la pareja, llegando a ser una diferencia muy significativa al compararlos con las preocupaciones propias de la situación de pareja.

Finalmente, los eventos estresantes referentes a la familia producen un impacto muy significativamente superior al producido por las preocupaciones de pareja; éstas producen el menor impacto de todos.

Es importante analizar las asociaciones entre estrés prenatal, ansiedad, depresión, afrontamiento, y actitudes ante el embarazo. Las correlaciones entre estas variables se presentan en la Tabla 7; para establecerlas se utilizaron los puntajes totales arrojados por los eventos internos y por los eventos externos al embarazo, así como por cada categoría individual de eventos.

TABLA 7

Correlaciones significativas entre estrés prenatal, ansiedad, depresión, actitudes y afrontamiento

VARIABLE	Idare- Rasgo	Idare- Estado	Beck	Actitud	Afron Emo.	Afront- Probl.	Estrés- Interno	Estrés- Externo
Estr-Interno	0,338 0,004			-0,225 0,033				0,531 0,000
Estr-Externo	0,363 0,002	0,238 0,024		-0,432 0,000				
SCS	0,338 0,004			-0,215 0,042			0,871 0,000	0,378 0,000
SCB							0,744 0,000	0,486 0,000
SCP	0,238 0,045						0,814 0,000	0,4609 0,000
SEC	0,318 0,007		0,23 2 0,02 8	-0,359 0,001			0,273 0,009	0,719 0,000
SLB	0,307 0,009		0,35 6 0,00 1	-0,348 0,001	0,27 4 0,00 9		0,259 0,014	0,664 0,000
SSA							0,502 0,000	0,631 0,000
SPA				-0,361 0,000			0,307 0,003	0,737 0,000
SFA	0,380 0,001	0,307 0,003	0,22 2 0,03 6	-0,337 0,001			0,336 0,001	0,723 0,000
SOS	0,286 0,015	0,253 0,016	0,24 0 0,02 3	-0,268 0,011			0,540 0,000	0,739 0,000

La cifra superior corresponde al coeficiente de correlación de Pearson y la inferior a la probabilidad de azar

Al inspeccionar la Tabla 7 se pueden apreciar algunos resultados que apuntan a conclusiones importantes desde el punto de vista de la evaluación y del tratamiento psicológico de mujeres embarazadas con preeclampsia:

- a) La ansiedad, en especial la ansiedad de rasgo, se asocia significativamente con la reacción a los estresores internos y externos al embarazo, así como con la mayoría de escalas incluidas en estas dos categorías. La ansiedad de rasgo se convierte por ello en un buen predictor del estrés prenatal.
- b) Hay baja asociación entre los puntajes en el inventario de Beck y los indicadores de estrés ante eventos internos al embarazo. Por el contrario, la asociación es alta con los indicadores de impacto estresante de eventos externos al embarazo, tales como los eventos económicos, los laborales y los familiares.
- c) Las actitudes ante el embarazo guardan una relación inversa con la ansiedad y con la gran mayoría de indicadores de estrés prenatal. Por ello resulta trascendental el fomento de unas buenas actitudes en términos de aceptación y de adaptación al embarazo, como medio para buscar una disminución concomitante de la ansiedad y del estrés.
- d) Llama la atención la ausencia de asociaciones entre afrontamiento de tipo emocional o de tipo centrado en solución de problemas con el impacto de las diversas categorías de eventos estresantes. Esto hace pensar en la necesidad de revisar y reconstruir el inventario de evaluación del afrontamiento.
- e) Como era de esperarse, las diversas categorías de eventos estresantes correlacionan más con la clase de estrés, interno o externo, a la cual

pertenecen. Sin embargo hay dos categorías que, aunque se les conceptualiza como externas al embarazo, tienen una gran asociación con la realidad inherente al embarazo mismo; éstas son los eventos relacionados con el acceso a los servicios de salud (SSA), y los relacionados con la probabilidad de contraer enfermedades distintas a la preeclampsia (SOS). Esta observación resulta fortalecida si se toman en cuenta algunas correlaciones que no aparecen en la Tabla 7, tales como la correlación entre impacto de los eventos relacionados con el acceso a los servicios de salud y el impacto de los temores relativos a problemas para consigo mismas ($r = 0,312$; $p=0,003$), o entre el acceso a los servicios de salud y los temores en relación con el bebé ($r = 0,41$; $p=0,000$). Entre el impacto de llegar a padecer otras enfermedades y las mismas dos variables anteriores, las correlaciones son $0,392$ ($p=0,000$) y $0,552$ ($p=0,000$) respectivamente.

Evaluación cognoscitiva de la ansiedad y de la depresión

El inventario de evaluación cognoscitiva de la ansiedad (Flórez, 1.998) evalúa las distorsiones del procesamiento de la información generadoras de ansiedad, que, de acuerdo con Beck, Emery y Greenberg (1.985) son: a) hipervigilancia (HIP, 6 ítems), b) pensamientos automáticos (PAU, 6 ítems), c) abstracción selectiva (ABS, 4 ítems), d) catastrofización (CAT, 3 ítems), e)

generalización de estímulos (GEN, 4 ítems), f) carencia de habituación (HAB, 7 ítems), g) pérdida de la objetividad (POB, 3 ítems) y, h) pensamiento dicotómico (DIC, 7 ítems). La evaluación cognoscitiva de la ansiedad, en consecuencia, se hizo a través de 40 ítems.

El inventario de evaluación cognoscitiva de la depresión (Flórez, 1.998) evalúa las distorsiones del procesamiento de la información generadoras de depresión, que, de acuerdo con Fennell y Campbell (1.984) son: a) incremento del impacto emocional (IMP, 7 ítems), b) autoculpabilización (AUC, 3 ítems), c) desesperanza (DES, 5 ítems), d) indefensión (IND, 3 ítems), y e) incontrolabilidad percibida (ICP, 6 ítems). La evaluación cognoscitiva de la depresión, en consecuencia, se hizo a través de 24 ítems.

Cada ítem se contestaba como "SI" (1) ó "NO" (0); por consiguiente la calificación en cada escala es la sumatoria de los ítems cuya respuesta fue "SI". La prueba fue contestada por todas las 90 pacientes; en la tabla 8 se presentan las estadísticas de tendencia central y de variabilidad obtenidas en cada escala. Al igual que se hizo en el caso del estrés prenatal, para hacer comparables las escalas de ansiedad y de depresión, que tienen diferente número de ítems, se toman los puntajes relativos y no los puntajes brutos.

TABLA 8

Medidas de tendencia central y variabilidad de la evaluación cognoscitiva de la ansiedad y de la depresión (puntajes brutos y puntajes relativos)*

DISTORSIONES COGNOSCITIVAS		Mín.	Máx.	Promedio	D.E.
ANSIEDAD	HIPERVIGILANCIA	0,00	5,00 0,83	2,50 0,41	1,36
	PENSAMIENTOS AUTOMATICOS	0,00	6,00 1,00	2,33 0,38	1,51
	ABSTRACCION SELECTIVA	0,00	4,00 1,00	1,36 0,34	1,06
	CATASTROFIZACION	0,00	3,00 1,00	1,16 0,38	0,97
	GENERALIZACION DE ESTIMULOS	0,00	4,00 1,00	1,83 0,45	1,00
	CARENCIA DE HABITUACION	0,00	7,00 1,00	2,28 0,32	1,71
	PERDIDA DE LA OBJETIVIDAD	0,00	3,00 1,00	1,10 0,36	0,84
	PENSAMIENTO DICOTOMICO	0,00	6,00 0,86	2,37 0,33	1,63
	TOTAL DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD	1,00 0,03	33,00 0,83	14,96 0,37	7,38 0,18
DEPRESION	INCREMENTO DEL IMPAC. EMOCIONAL	0,00	7,00 1,00	2,73 0,39	1,46 0,20
	AUTOculpABILIZACION	0,00	3,00 1,00	0,75 0,25	0,99 0,33
	DESESPERANZA	0,00	4,00 0,80	1,52 0,30	1,13 0,22
	INDEFENSION	0,00	3,00 1,00	1,10 0,36	1,03 0,34
	INCONTROLABILIDAD PERCIBIDA	0,00	5,00 0,83	1,83 0,30	1,46 0,24
	TOTAL DEL INVENTARIO DE DEPRES.	1,00 0,00	17,00 0,71	7,94 0,33	4,24 0,17
TOTAL EVALUACION COGNOSCITIVA		1,00 0,02	45,00 0,70	22,91 0,35	11,06 0,17

*La cifra de encima corresponde a los puntajes brutos; la de abajo corresponde a los puntajes relativos

La comparación entre los promedios de la ansiedad con la depresión permite observar que los puntajes de la primera fueron muy significativamente más altos que los de la segunda ($t= 3,55$; $p=0,001$).

Al comparar las distorsiones cognoscitivas generadoras de ansiedad (Fig. 11) se aprecia que las más elevadas fueron la hipervigilancia y la generalización de estímulos; le siguen los pensamientos automáticos y la catastrofización, que se ubicaron en un mismo nivel; luego se ubican la pérdida de la objetividad y la abstracción selectiva; las más bajas son el pensamiento dicotómico y la carencia de habituación.

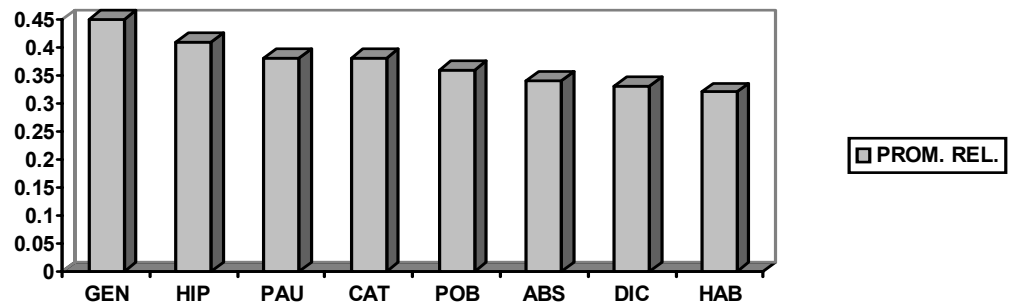


Figura 11. Promedios de las distorsiones cognoscitivas generadoras de ansiedad

La evaluación estadística de las diferencias entre promedios relativos de algunas categorías de distorsiones generadoras de ansiedad, hecha mediante la prueba t de Student para muestras correlacionadas, arrojó evidencia de

algunas diferencias significativas: a) Entre la hipervigilancia y: la abstracción selectiva ($t=2,49$; $p=0,01$), la carencia de habituación ($t=3,42$; $p=0,001$), el pensamiento dicotómico ($t=3,17$; $p=0,002$). b) Entre la generalización de estímulos y: los pensamientos automáticos ($t=2,75$; $p=0,007$), la carencia de habituación ($t=5,01$; $p=0,000$), la pérdida de la objetividad ($t=2,83$; $p=0,006$), el pensamiento dicotómico ($t=4,56$; $p=0,000$), la abstracción selectiva ($t=3,77$; $p=0,000$), la catastrofización ($t=2,13$; $p=0,035$). c) Entre la catastrofización y la carencia de habituación ($t=2,22$; $p=0,029$). d) Entre el pensamiento automático y la carencia de habituación ($t=2,46$; $p=0,016$).

Al comparar las distorsiones cognoscitivas generadoras de depresión (Fig. 12) se aprecia que la más elevada fue el incremento del impacto emocional; le sigue la indefensión; luego se ubican la incontrolabilidad percibida y la desesperanza; la más baja es la autoculpabilización.

Igualmente, la evaluación estadística de las diferencias entre promedios relativos de algunas categorías de distorsiones generadoras de depresión, hecha mediante la prueba t de Student para muestras correlacionadas, arrojó evidencia de algunas diferencias significativas: a) Entre el incremento del impacto emocional y: la autoculpabilización ($t=3,68$; $p=0,000$), la desesperanza ($t=3,00$; $p=0,003$), la incontrolabilidad percibida ($t=3,13$; $p=0,002$). b) Entre la indefensión y la autoculpabilización ($t=2,56$; $p=0,012$).

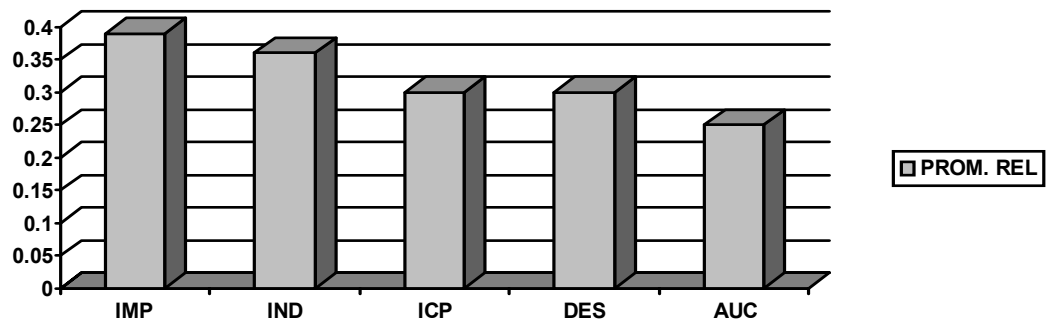


Figura 12. Promedio de las distorsiones cognitivas generadoras de depresión.

Vale la pena destacar que no se observaron asociaciones significativas entre la evaluación cognoscitiva de la ansiedad o de la depresión con los puntajes de los inventarios de Idare-R, Idare-E, o beck. La única correlación significativa se observó entre los puntajes de autculpabilización y el Beck ($r=0,284$; $p=0,007$). Ello conlleva a la necesidad de que en un futuro se haga una reevaluación de los inventarios de evaluación cognoscitiva, consiguiente a su necesaria reestructuración.

Interacciones entre Variables Biomédicas y Psicosociales.

La principal interacción entre una variable biomédica con otras variables de tipo biomédico o psicosocial es, sin lugar a dudas, la que se pueda dar en

virtud del diagnóstico de preeclampsia leve o severa. Por esa razón, se hará a continuación un ANOVA de una vía para diversas variables biomédicas y psicosociales, utilizando el diagnóstico como factor de discriminación.

En la tabla 9 se presentan los ANOVAS en función del diagnóstico. Allí se observa que la edad cronológica, la edad gestacional, y el número de gestaciones no influyeron significativamente sobre el diagnóstico. Lo mismo sucedió, inesperadamente, con la presión sanguínea y la proteinuria; no obstante debe tomarse en cuenta que los criterios clínicos conducentes al diagnóstico escapan a las posibilidades de un análisis estadístico como el presente y no pueden quedar suficientemente reflejados en el mismo; además de que los datos biomédicos corresponden a una evaluación única al ingreso hospitalario y no reflejan su evolución hasta el momento del parto.

Contrario a lo sucedido con las variables biomédicas, entre las variables psicosociales sí se observaron frecuentes diferencias significativas al discriminarlas en función del diagnóstico. Tal es el caso de la ansiedad de rasgo, la ansiedad de estado, el afrontamiento tipo solución de problemas, el impacto estresante de los eventos internos al embarazo, el impacto estresante de los eventos externos al embarazo, y el estrés prenatal total.

Los resultados arrojados en el Diagrama Explore por Diagnóstico mostraron de acuerdo con el número de pacientes evaluadas un puntaje significativamente mayor fue para la preeclampsia leve, con un porcentaje de 28,8%; en cambio, para la preeclampsia severa, se puntuó con 16,1% ;

concluyendo así un porcentaje mayor en el diagnóstico de la preeclampsia leve.

TABLA 9
ANOVA de diversas variables biomédicas y psicosociales en función del diagnóstico

VARIABLE	F	p
EDAD	1,01	0,417
GESTACIONES	1,43	0,222
EDAD GESTACIONAL	0,56	0,727
PROTEINURIA	0,64	0,666
PRESION SISTOLICA	0,66	0,65
PRESION DIASTOLICA	0,71	0,611
FRECUENCIA CARDIACA	3,62	0,006
IDARE-RASGO	6,74	0,000
IDARE-ESTADO	5,42	0,000
DEPRESION DE BECK	1,61	0,164
AFRONTAMIENTO TIPO EMOCIONAL	0,40	0,846
AFRONTAMIENTO TIPO SOLUCION DE PROBLEMAS	2,47	0,038
ESTRESORES RELACIONADOS CONSIGO MISMAS	3,26	0,010
ESTRESORES RELACIONADOS CON EL BEBE	2,02	0,084
ESTRESORES RELACIONADOS CON EL PARTO	2,14	0,068
TOTAL DE ESTRESORES INTERNOS AL EMBARAZO	3,28	0,009
ESTRESORES ECONOMICOS	5,72	0,000
ESTRESORES LABORALES	4,41	0,001
ESTRESORES RELACIONADOS CON ACCESO A SERVICIOS	1,05	0,389
ESTRESORES RELACIONADOS CON PAREJA	7,91	0,000
ESTRESORES RELACIONADOS CON FAMILIA	3,92	0,003
ESTRESORES RELACIONADOS CON OTRAS ENFERMEDADES	2,26	0,055
TOTAL DE ESTRESORES EXTERNOS AL EMBARAZO	7,81	0,000
TOTAL DE ESTRÉS PRENATAL	6,89	0,000
EVALUACION COGNOSCITIVA DE ANSIEDAD	2,00	0,086
EVALUACION COGNOSCITIVA DE DEPRESION	0,97	0,440
TOTAL EVALUACION COGNOSCITIVA	1,62	0,163
ACTITUDES ANTE EL EMBARAZO	5,47	0,006

CONCLUSIONES

Al realizar el estudio descriptivo-correlacional, del estado de algunos factores psicosociales en las gestantes con preeclampsia y la relación de dichos factores, con otras variables de tipo sociodemográfico o biomédico, se encontró; en cuanto a las variables psicosociales, que las maternas que presentan bajos niveles de ansiedad, utilizan buenas técnicas de solución de problemas (relajarse, controlarse para poder pensar, conversar, pedir ayuda a personas especializadas, caminar, y demás), manejan un afrontamiento emocional alto, poseen actitudes positivas ante el embarazo, disminuyen el alto riesgo obstétrico y la aparición de una sintomatología presente en la eclampsia y por ende la muerte materno-infantil (del neonato).

Dentro de estas variables, se encuentran, dos grandes clases de eventos estresantes: los internos al embarazo, y los externos al embarazo, evaluados por el inventario de estrés prenatal (Flórez, 1999).

Los primeros envuelven las siguientes categorías: eventos estresantes relacionados consigo misma, con el bebé, con el parto; por su parte dentro de los segundos se encuentran eventos estresantes de tipo económico, de tipo laboral, con acceso a servicios de salud, referentes a la situación de pareja, relacionados con la situación familiar, relacionados con otros problemas de salud diferentes a la preeclampsia.

Los eventos internos al embarazo, presentaron un nivel estresante global mayor que el de los eventos externos, el estrés fue mayor en los eventos relacionados con el bebé, encontrando una diferencia significativa, al

compararlos, mediante la prueba t de Student, los eventos relacionados con el bebe y los relacionados consigo mismas.

En los resultados arrojados por los eventos estresantes externos al embarazo, los mayores puntajes se observaron para los temores de tipo económico y los referentes a la posibilidad de contraer otras enfermedades referentes a la preeclampsia, entre ellas no hubo diferencias significativas al compararlos, mediante la prueba t de Student para muestras correlacionadas.

En segundo lugar, se observaron para los eventos referentes a las preocupaciones por el acceso a los servicios de salud y por la situación familiar, no encontrando entre ellas diferencias significativas.

En tercer lugar, se ubicaron los temores referentes a la situación familiar y a la situación de pareja, siendo mayor el porcentaje relacionado a la situación laboral.

El impacto de estrés económico que solo es comparable con las preocupaciones por la probabilidad de contraer otras enfermedades añadidas a la preeclampsia, es significativamente superior al de los demás eventos estresantes.

El impacto estresante producido por la posibilidad de llegar a padecer

otras enfermedades diferentes a la preeclampsia durante el periodo de hospitalización, que puedan afectar a la madre o al bebe. Dicho impacto es significativamente superior al de las demás categorías de eventos estresantes externas al embarazo. Los eventos estresantes relacionados con el acceso a los servicios de salud, producen un mayor impacto que los referentes a la familia y a la pareja, llegando a ser una diferencia muy significativa al compararlos con las preocupaciones propias de la situación de pareja.

Finalmente, los eventos estresantes referentes a la familia, producen un impacto muy significativamente superior al producido por las preocupaciones de pareja, las cuales producen el menor impacto de todas, ya que el mayor número de pacientes eran madres solteras, por lo tanto no contaban con el respaldo y apoyo del compañero en su maternidad, siendo esto no importante para ellas, en comparación, con el estado de salud del bebe y el aspecto económico, ya que juegan un doble rol de padre y madre, en la futura educación y crianza de sus hijos, así mismo es importante resaltar el temor por ellas mismas, hecho que se demostró al percibir por parte de las maternas temor por contraer una enfermedad diferente a la preeclampsia durante el periodo de hospitalización.

Todo lo anterior demostró como en la actualidad, la mujer juega un rol único y no compartido en la educación de un hijo y en la conformación familiar, llevando la a ser el eje y centro de una familia no tradicional, conformada por pareja, sino una unidimensional donde la mujer cumple un doble rol, padre-

madre, en todo lo relacionado con la conformación ideal de lo que debe ser un grupo social esperado.

Por otra parte, en lo referente a la ansiedad y a la depresión, que fueron evaluadas en los siguientes items: hipervigilancia, pensamientos automáticos, abstracción selectiva, catastrofización, generalización de estímulos, carencia de habituación, pérdida de la objetividad, y pensamiento dicotómico, por medio del inventario de evaluación cognoscitiva de la ansiedad (Flórez, 1998). Y la segunda evaluada por el inventario de evaluación cognoscitiva de la depresión (Flórez, 1998); teniendo en cuenta las distorsiones del procesamiento de la información generadoras de depresión las cuales son: incremento del impacto emocional, autoculpabilización, desesperanza, indefensión e incontrolabilidad percibida.

Se encontró, un puntaje más alto para la ansiedad con respecto a la depresión, encontrando a esta última con puntajes bajos, lo que permitió deducir que fueron escasas las pacientes que presentaron un estado depresivo durante su embarazo, manejando por el contrario de manera significativa distorsiones cognoscitivas generadoras de ansiedad, tales como: hipervigilancia y generalización de estímulos, pensamientos automáticos y catastrofización, pérdida de objetividad y abstracción selectiva, siendo las más altas, hipervigilancia y generalización de estímulos, y las más bajas el pensamiento dicotómico y la habituación. En cuanto a la depresión, los puntajes más elevados se observaron, en el incremento del impacto emocional

y la indefensión y por el contrario los puntajes bajos se encontraron en la autoculpabilización, lo que nos permitió corroborar, el papel actual de la mujer dentro de la maternidad y el ámbito familiar, un rol único del cual es consciente y acepta sin rechazo y propias culpabilizaciones, pero a su vez un temor por lo económico y lo laboral, donde se muestra la indefensión y el impacto emocional; es decir, acepta su madresolterismo, de manera emocional y personal, pero teme a lo económico y laboral donde debe responder de manera única y sin respaldo del rol masculino o paterno, que es el prototipo ideal dentro del conglomerado familiar, donde se acepta el rol compartido de la paternidad, crianza y educación de los hijos.

Finalmente, realizando una interacción entre las variables biomédicas y psicosociales, encontramos que las primeras no influyeron de manera significativa sobre el diagnóstico, debido a que estas escapan a la posibilidad de un análisis estadístico, y además los datos biomédicos recogidos, corresponden únicamente a la evaluación inicial única al ingreso de las maternas al hospital.

Por el contrario, las variables psicosociales, mostraron frecuentes diferencias significativas, al discriminarlas en función del diagnóstico, como es el caso de la ansiedad de rasgo, de estado, el afrontamiento, el tipo de solución de problemas, el impacto estresante de los eventos internos y externos al embarazo, lo que no llevo a concluir de manera general que la materna, que acepta su embarazo, utiliza buenas estrategias de afrontamiento,

asume actitudes sanas y positivas ante este, disminuye el alto riesgo obstetrico y la mortalidad materno-infantil.

De manera inversa, la materna que no acepta su embarazo, asume actitudes negativas e insanas ante este, y no posee ni utiliza buenas estrategias de afrontamiento, aumenta de manera significativa la ansiedad, acelerando la aparición de la sintomatología propia de la preeclampsia, pudiendo llegar a producir una eclampsia y por consiguiente aumentar el riesgo obstetrico y la mortandad materno-infantil.

Por todo lo dicho anteriormente, se puede deducir la relación directa existente, entre los factores psicosociales en las gestantes con preeclampsia, y las variables sociodemográficas o biomédicas, ya que la ansiedad, factor psicosocial, aumenta de manera significativa el alto riesgo obstetrico, que es evaluado por medio de las variables biomédicas, hecho confirmado al encontrar que altos niveles de ansiedad (variables psicosociales) por la materna, aumentan rápidamente la aparición de la preeclampsia incrementando el embarazo de alto riesgo.

SUGERENCIAS

- Realizar cuestionarios y evaluaciones que sean más acordes a nuestra realidad social y actual de la mujer, ya que estas mostrarán de manera más clara, los pensamientos que perciben las maternas preeclámpticas durante su embarazo, y la llevan a producir una gestación de alto riesgo.
- Realizar un estudio psicosociológico de las características sociales y personales de la materna preeclámptica, mostrando de manera profunda su propio entorno integrado para así poder encontrar un patrón común cognitivo que se pueda generalizar en las maternas.
- Realizar una reevaluación de los inventarios de evaluación cognoscitiva consiguientes a su necesaria reestructuración, ya que en este estudio no se observaron asociaciones significativas, entre la evaluación cognoscitiva, de la ansiedad o de la depresión, con los puntajes de los inventarios de Idare-R, Idare-E, o Beck.
- Desmitificar la creencia de que la preeclampsia solo da en clases socioculturales medio-bajo, ya que en este estudio se encontraron diversidad de clases sociales y educacionales; puesto que las maternas preeclámpticas y eclámpticas se les brinda atención sólo en hospitales de tercer nivel.
- Se sugiere la ampliación de un estudio a nivel experimental donde se tomen las diferentes fases que este incluye.

REFERENCIAS

- * Ardila, J., Botero, L., Michelsen, J., Renteria, L. (1995). Teoría y normas para el manejo de entidades gineco-obstetricas. Ed. Ceja. Pag. 193-213

- * Barlow, D. Clinical Handbook of Psychological Disorders (treatment Manual). (1993). New York: The Guilford Press. Pag.137-150.

- * Benson, R.- Pernoll, M. (1994). Manual de Obstetricia y Ginecología. México: Interamericana Mc. Graw Hill. Pag. 374-396.

- * Bourne, J. (1990). The anxiety and phobia workbook. New Harbinger Publications, Inc. Pag. 1 - 19.

- * De La Fuente, R. (1996). Psicología Medica. México: Fondo de Cultura Económica.

- * Falkner, F y Macy,C.(1980).Embarazo y Nacimiento. Mexico: Harper y Row Latinoamericana, S.A. de C.V. Pags. 28-37

- Flórez, L. (1997). Evaluación del estrés prenatal en pacientes con preeclampsia. IV Congreso Colombiano de Psicología de la Salud, Bogotá,

Octubre. Pag. 4-7.

* Flórez, L. (1998). Análisis Experimental del impacto psicobiológico de un programa de atención psicológica a maternas con preeclampsia. Tesis Doctoral Inédita. México: U.N.A.M.

* Gant, F., Worley, R. (1990). Hipertensión en el embarazo, Conceptos y tratamientos. México: El Manual Moderno. Pag.1 - 34.

* Goethals, A. y Thiery, M. (1986). Hospital Behavior of the obstetric risk patients. En: Leysen, B., Nijs, P., y Richter, D. (Eds). Research in Psychosomatic Obstetries and Gynecology. Acco: Leuven, Págs. 151-162.

* Herrera, J., Cáceres, D. (1992) Aplicación de un modelo biopsicosocial en la predicción y prevención de las complicaciones perinatales. Primer Encuentro Javeriano de Investigación - Memorias (1992). Colombia. Pag. 61-65.

* Herrera, J., Hurtado, H., Cáceres, D. (1991) Prevención de complicaciones perinatales: Una aplicación de un modelo biopsicosocial. Avances en Medicina Social (1992). Vol. 2. Colombia: Universidad del Valle. Pag. 28-32

* Istvan, J. (1986). Stress, anxiety and birth outcomes: A critical review of evidence. Psychological Bulletin, 100: 331-348.

- * Lang, P. J. (1971). The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification . En: Bergin, A.E. y Garfield, S.L. (Eds.) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York, John Wiley.

- * Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). Estrés y Procesos Cognitivos. España: Martínez Roca. Pag. 140-202.

- * Lobel, M. (1994) Conceptualizations, measurement, and effects of prenatal maternal stress on birth outcomes. Journal of Behavioral Medicine, 17: 225-272.

- * Masters, J., Rimm, D. (1990). Terapia de la conducta, técnicas y hallazgos empíricos. España: Trillas. Pag.17-61-451-489.

- * Niswander, K. (1990). Manual de Obstetricia. Diagnóstico y Tratamiento. Madrid: Salvat editores S.A. Pag.213-289.

- * Salvatierra, V (1989).Psicobiología del embarazo y sus trastornos. Barcelona: Martínez Roca.

- * Sebastiani, M. (1994).Embarazo ¿Dulce espera?. Argentina: Paidós. Pags.19-34.

- * Stone, G. (1988). Psicología de la Salud, una definición amplia. Revista Latinoamericana de Psicología: Bogotá (Colombia). Volumen 20.

- * Stoppard, M.(1991). El Libro del Embarazo y Nacimiento. Colombia: Norma. Pags. 9 –18

- * Várela, P., González, M. (1992) Mortalidad materna por toxemias IMI. Tesis de Grado U. Nacional. Fac. de Medicina. Dpto. de Ginecología y Obstetricia.

- * Vinaccia, S. (1989). Psicología de la Salud en Colombia. Revista Latinoamericana de Psicología: Bogotá (Colombia). Volumen 2. Pgs.255-260.

ANEXOS

Batería de Pruebas

- **Inventario de Ansiedad Rasgo-estado (IDARE):** esta prueba sirve para medir los estados emocionales de las gestantes frente a su embarazo. Consta de 20 ítems ([anexo A](#)).

- **Inventario de Depresión de Beck:** este inventario consta de 21 ítems, los cuales arrojarán el estado depresivo de la gestante, mediante un criterio estandarizado ([anexo B](#)).

- **Inventario de Eventos estresantes, actitudes hacia el embarazo y afrontamiento:** consta de 3 ítems, los cuales miden los eventos estresantes internos al embarazo, eventos estresantes externos al embarazo y actitudes frente al embarazo. Muestra la actitud de las gestantes frente a su estado y el manejo que hacen frente a los diferentes eventos en esta etapa ([anexo C](#)).

- **Inventario de Evaluación cognoscitiva:** el cual consta de una lista de 64 ítems o pensamientos que usualmente presentan las mujeres embarazadas cuando tienen preeclampsia ([anexo D](#)).

Anexo A

Atención Psicológica a Maternas con Preeclampsia - APRE

DATOS DEMOGRAFICOS Y ACTITUDES

NOMBRE _____ Fecha _____

Historia clínica en el I.M.I _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Diagnóstico _____

Tratamiento médico actual _____

G: ___ A: ___ C: ___ P: ___ V: ___

Escolaridad _____

Ocupación _____

Estado Civil _____

Edad y ocupación del cónyuge _____

Indique si cada una de las siguientes afirmaciones se aplica a Usted o no:

1. Deseaba quedar embarazada?	SI	NO
2. Considera que el actual es un buen momento para estar embarazada	SI	NO
3. Esta conforme con el hecho de haber quedado embarazada?	SI	NO
4. Cree que sí puede y va a hacer algo para contribuir a finalizar con éxito el embarazo?	SI	NO
5. Considera que las dificultades que le ha producido el embarazo son un costo que vale la pena asumir con tal de tener un hijo?	SI	NO

Inventario IDARE (Estado)

Nombre _____

Fecha _____

INSTRUCCIONES:

Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo.

Lea cada frase y llene con un círculo el número que indique cómo se siente *ahora mismo*, o sea, *en este momento*. No hay contestaciones buenas o

malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

0= NO EN ABSOLUTO

1= UN POCO

2= BASTANTE

3= MUCHO

1. Me siento calmada.....	0	1	2	3*
2. Me siento segura	0	1	2	3*
3. Estoy tensa	0	1	2	3
4.Estoy contrariada.....	0	1	2	3
5. Estoy a gusto	0	1	2	3*
6. Me siento alterada	0	1	2	3
7. Estoy preocupada por algún posible contratiempo	0	1	2	3
8. Me siento descansada	0	1	2	3*
9. Me siento ansiosa	0	1	2	3
10.e siento cómoda	0	1	2	3*
11.Me siento con confianza en mí misma	0	1	2	3*
12.Me siento nerviosa	0	1	2	3
13.Me siento agitada	0	1	2	3
14.Me siento "a punto de explotar"	0	1	2	3
15.Me siento reposada	0	1	2	3*
16.Me siento satisfecha	0	1	2	3*
17.Estoy preocupada	0	1	2	3

18.Me siento muy excitada y aturdida	0	1	2	3
19.Me siento alegre	0	1	2	3*
20.Me siento bien	0	1	2	3

Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado IDARE Rasgo

INSTRUCCIONES:

Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene con un círculo el número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *generalmente*.

0= CASI NUNCA

1= ALGUNAS VECES

2= FRECUENTEMENTE

3= CASI SIEMPRE

21. Me siento bien.....	0	1	2	3*
22. Me canso rápidamente.....	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar.....	0	1	2	3
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.....	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme.....	0	1	2	3
26. Me siento descansado (a)	0	1	2	3*
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada".....	0	1	2	3*
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas.....	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	0	1	2	3
30. Soy feliz.....	0	1	2	3*
31. Tomo las cosas muy a pecho	0	1	2	3

32. Me falta confianza en mí mismo (a)	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3*
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	0	1	2	3
35. Me siento melancólico	0	1	2	3
36. Me siento satisfecho	0	1	2	3*
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitarde la cabeza	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3*
40. Cuando pienso en los asuntos que tenga entre manos me pongo tenso y alterado	0	1	2	3

Anexo B

Inventario de Depresión de BECK

Este inventario tiene varios grupos de afirmaciones. Por favor lea cada grupo cuidadosamente. Marque con un círculo la afirmación que en cada grupo describa de la mejor forma en que usted se sintió la semana pasada incluyendo el día de hoy. Si usted encuentra en un grupo que hay varias afirmaciones que lo (a) describen de igual forma, haga un círculo en cada una de ellas.

Asegúrese de leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de elegir su respuesta.

1) 0 No me siento triste.

2 Estoy triste todo el tiempo y no puedo salir de ese estado.

- 1 Me siento triste
 - 3 Me siento tan triste o infeliz que ya no aguanto más.
- 2) 3 Siento que no hay esperanzas para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
- 2 Siento que nada me llama la atención.
 - 1 El futuro me desanima.
 - 0 El futuro no me desanima especialmente.
- 3) 1 Siento que he cometido más errores que la mayoría de las personas.
- 2 Al mirar hacia atrás, lo único que veo es una cantidad de errores.
 - 0 No me siento un fracaso.
 - 3 Siento que soy un completo fracaso como persona.
- 4) 3 Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) con todo.
- 2 Ya no tengo satisfacciones reales de nada.
 - 1 No disfruto las cosas como antes.
 - 0 Tengo tanta satisfacción de las cosas como antes.
- 5) 1 Tengo sentimientos de culpa una buena parte del tiempo.
- 3 Tengo sentimientos de culpa todo el tiempo.
 - 0 No tengo sentimientos de culpa.

- 1 Tengo bastantes sentimientos de culpa la mayor parte del tiempo.
- 6) 2 Tengo la expectativa de que me van a castigar.
0 No siento que me estén castigando.
2 Siento que me están castigando.
1 Siento que puedo ser castigado (a).
- 7) 3 Me odio a mi mismo (a).
2 Estoy disgustado (a) conmigo mismo (a).
1 Estoy desilusionado (a) de mi mismo (a).
0 No me siento desilusionado de mi mismo (a).
- 8) 0 No me siento peor que otros.
3 Me culpo por todas las cosas malas que pasan.
1 Soy crítico (a) con mis debilidades y errores.
2 Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
- 9) 0 No he pensado en matarme.
1 He pensado en matarme pero no lo haría.
3 Me gustaría matarme.
4 Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10) 3 Antes podía llorar, ahora no puedo hacerlo aunque quiera.
2 Ahora lloro todo el tiempo.
1 Lloro más ahora que antes.

- 0 No lloro más de lo usual.
- 11) 1 Me irrito o me enojo más fácilmente que antes.
0 Ahora me irrito más que antes.
3 Ya no me irritan las cosas que usualmente me irritaban.
1 Ahora me siento irritado (a) todo el tiempo.
- 12) 0 No he perdido el interés en otras personas.
1 Me interesan las personas menos que antes.
2 He perdido gran parte de interés en otra gente.
3 He perdido todo el interés por otras personas.
- 13) 1 Pospongo las decisiones más que antes.
0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre lo he hecho.
3 Ya no puedo tomar decisiones.
1 Me cuesta más trabajo tomar decisiones que antes.
- 14) 0 No creo que me vea peor que antes.
3 Creo que me veo horrible.
2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver menos atractivo (a).
1 Me preocupa
- 15) 3 No puedo hacer ningún trabajo.
2 Tengo que esforzarme mucho para cualquier cosa.

- 1 Necesito hacer un esfuerzo extra para empezar cualquier cosa.
- 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
- 16) 1 No puedo dormir como antes.
- 2 Me despierto varias horas mas temprano que lo usual y no puedo volverme a dormir.
- 0 Puedo dormir tan bien como antes.
- 3 Me despierto una o dos horas más temprano de lo usual y me cuesta trabajo de volverme a dormir.
- 17) 0 No me canso más de lo normal.
- 1 Me canso más fácilmente que antes.
- 2 Me canso de hacer cualquier cosa.
- 3 Me canso demasiado de hacer cualquier cosa.
- 18) 3 Ahora he perdido todo el apetito.
- 2 Mi apetito es peor ahora.
- 1 Mi apetito no es tan bueno como era antes.
- 0 Mi apetito no es peor que antes.
- 19) 0 No he perdido mucho peso.
- 1 Trato de no perder peso comiendo.
- 2 He perdido menos 5 libras. Si ____ No ____

- 3 He perdido más de 10 libras.
- 20) 0 No me preocupo por mi salud más de lo usual.
- 3 Me preocupan mis problemas físicos y no puedo pensar en otra cosa.
- 2 Me preocupan mucho mis problemas físicos y me cuesta trabajo pensar en otra cosa.
- 1 Me preocupan mis problemas físicos como: dolores, malestares estomacales o estreñimiento.
- 21) 3 He perdido completamente el interés por el sexo.
- 2 Estoy mucho menos interesado (a) en el sexo ahora.
- 1 Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes.
- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

Anexo C

Inventario de Evaluación de Eventos Estresantes, Actitudes y Afrontamiento

I. EVENTOS ESTRESANTES INTERNOS AL EMBARAZO

A. Temores (estresores) de las pacientes en relación consigo mismas:

1. Temor a la enfermedad (preeclampsia).
2. Malestar físico por dolor de cabeza.
3. Malestar por presencia de náusea y vómito.
4. Malestar por hospitalización.
5. Temor a eventual cirugía diferente de cesárea.
6. Temor a perjuicios que le causaría a su organismo la muerte del bebé en el

útero.

7. Temor a sufrimiento durante el parto.
8. Temor a nuevo embarazo.
9. Temor a cesárea.
10. Temor a morirse.

B. Temores (estresores) de las pacientes en relación con el bebé:

1. Temor a sufrimientos fetales.
2. Temor a abortar.
3. Temor a nacimiento con malformaciones.
4. Temor a muerte intrauterina.
5. Temor a alteraciones mentales.
6. Temor a embarazo gemelar.
7. Temor a hospitalización del bebé en el postparto.
8. Temor a nacimiento prematuro.

C. Temores (estresores) de las pacientes en relación con el parto:

1. Temor a perder el control y gritar.
2. Temor a no poder relajarse y no colaborar.
3. Temor a desgarrarse.
4. Temor a que el bebé sufra durante el parto.
5. Temor al dolor durante el parto.
6. Temor a complicaciones y muerte durante el parto.

7. Temor a adquirir infecciones.

II. EVENTOS ESTRESANTES EXTERNOS AL EMBARAZO

A. Eventos estresantes de tipo económicos:

1. Malestar por falta de dinero en la casa para gastos diarios.
2. Temor que suceda algún problema económico especial durante el embarazo.
3. Preocupación por la mala situación económica.
4. Preocupación por los costos de la hospitalización y el tratamiento.

B. Eventos estresantes de tipo laboral:

1. Preocupación por que ella no pueda trabajar.
2. Preocupación por la situación laboral del cónyuge.
3. La hospitalización le causa problemas en el sitio de trabajo.
4. Preocupación por el trabajo excesivo que debe realizar cuando salga del hospital.
5. La enfermedad le ha ocasionado problemas laborales.

C. Eventos estresantes referentes al acceso a los servicios de salud:

1. Temores por el trato que le suministra el equipo de salud en el hospital.
2. Temor de no recibir una buena atención en el hospital.
3. Temor de que los médicos no sean buenos por ser estudiantes.
4. Temor a recibir algún tratamiento contrario a sus deseos o principios.

5. Temor a que la atención recibida no sea higiénica.

D. Eventos estresantes referentes a la relación de pareja:

1. Preocupación por algún problema con el cónyuge.
2. Preocupación por la actitud del cónyuge frente al embarazo.
3. Preocupación por el comportamiento del cónyuge.
4. Preocupación por falta de visitas por parte del cónyuge.
5. Preocupación porque la enfermedad vaya a afectar su vida sexual en el futuro.

E. Eventos estresantes referentes a la situación familiar:

1. Preocupación por lo que sucederá en futuros embarazos.
2. Preocupación por algún problema familiar.
3. Preocupación por una actitud negativa de la familia ante el embarazo.
4. Temor porque el embarazo está afectando la situación de la familia.
5. Preocupación por la situación de la familia debido a su alejamiento por la hospitalización.

F. Eventos estresantes referentes a otros problemas de salud distintos a la Preeclampsia:

1. Temor a padecer otros problemas de salud inespecíficos.
2. Temor de que el embarazo se complique por la presencia de alguna enfermedad diferente a la Preeclampsia.

3. Temor a sufrir algún problema que la deje incapacitada.
4. Temor a contagiarse de enfermedades por encontrarse hospitalizada.
5. Temor a infectarse por transfusiones de sangre o contagio.

III. ACTITUDES FRENTE AL EMBARAZO

1. Deseo de quedar embarazada
2. Considera que es un buen momento para estar embarazada.
3. Aceptación del hecho de haber quedado embarazada.
4. Creencias en que puede hacer algo para contribuir a finalizar con éxito el embarazo.
5. Creencias en que las dificultades producidas por el embarazo son un costo que vale la pena asumir para tener un hijo.

IV. MODOS DE AFRONTAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DURANTE EL EMBARAZO

A. Afrontamiento centrado en la emoción:

1. Relajarse.
2. Caminar.
3. Hablar.
4. Hacer algo agradable.
5. Evitar pensar.
6. Encerrarse.
7. Llorar.

8. Desesperarse.
9. Perder el control (explotar).
10. Tirar las cosas.
11. Ofenderse.
12. Ponerse de mal genio.
13. Dejar las soluciones en manos de Dios.

B. Afrontamiento centrado en el problema:

1. Controlarse para poder pensar.
2. Pensar en soluciones realistas.
3. Pedir consejo.
4. Buscar ayuda de otras personas.
5. Mantenerse tranquila y confiada en que habrá soluciones.
6. Hablar calmadamente con las personas involucradas en el problema.

- hijos. SI
- NO
5. Durante el día pienso muchas veces en los problemas económicos que mi enfermedad esta acarreando. SI
- NO
6. Temo que esta enfermedad se agrave más a causa de mi debilidad. SI
- NO
7. Imaginar los problemas por los que pasa mi familia me va a impedir Adaptarme a esta situación. SI
- NO
8. Pienso que no puedo hacer nada para mejorar mi estado de salud. SI
- NO
9. Pienso que los conflictos de mi familia se deben a que yo estoy enferma. SI
- NO
10. Me aterra pensar en la cesárea. SI
- NO
11. Durante el día pienso constantemente en mi enfermedad. SI NO
12. Pienso que de pronto el médico no será capaz de atenderme Adecuadamente durante el parto. SI
- NO
13. Pienso que cualquier tratamiento que me hagan le va a causar

- daño al bebé. SI
- NO
14. Pienso que, por más tratamientos que me hagan no volveré a quedar embarazada. SI NO
15. Pienso que soy la única responsable por las consecuencias que esta enfermedad tenga sobre mi embarazo. SI
- NO
16. Tengo muchas dudas acerca de cómo estará pasando mi familia sin mí. SI
- NO
17. Muchas veces me imagino el hospital como un lugar muy desagradable. SI
- NO
18. Pienso que mi familia jamás entenderá el problema de salud por el que estoy pasando. SI NO
19. Pienso que con esta enfermedad cualquier intervención quirúrgica es excesivamente peligrosa. SI NO
20. Pienso que nada puedo hacer para mejorar la atención médica que recibo. SI
- NO
21. Aunque no lo quiera, con frecuencia me surge la idea de que me va a ocurrir algo malo. SI NO
22. Constantemente pienso que es muy molesto tener que

- permanecer hospitalizada. SI NO
23. Pienso que esta enfermedad va a provocar que mi trabajo no vuelva a ser igual de eficiente en el futuro. SI NO
24. Creo que en el ambiente hospitalario todo es deprimente. SI NO
25. Creo que nunca más podré volver a tener hijos. SI
NO
26. Creo que no encontraremos la manera de reunir el dinero que cuesta el tratamiento. SI NO
27. Pienso que voy a quedar sin trabajo por causa de esta enfermedad. SI
NO
28. Pienso que, aunque siga las recomendaciones médicas, no podré hacer nada para que mi bebé nazca sano. SI
NO
29. Pienso con temor que de pronto no voy a tener una buena atención durante el parto. SI
NO
30. Creo que este estado me impide por completo compartir con mi familia y aportar para resolver sus necesidades SI
NO
31. Definitivamente no logro sentirme bien por el hecho de estar hospitalizada. SI NO
32. Me angustia demasiado pensar que a causa de esta

- enfermedad no pueda volver a tener hijos. SI
- NO
33. Pienso demasiado en los malos momentos que puede estar pasando mi familia. SI NO
34. Pienso que un problema como el mío siempre causa anormalidades en el niño. SI NO
35. Me angustia pensar que si me hacen cesárea pueda causarle daños al niño. SI NO
36. Creo que por causa de esta enfermedad el embarazo y el parto siempre tienen complicaciones. SI NO
37. Creo que no es necesario que me hospitalicen para el tratamiento de esta enfermedad. SI NO
38. Me concentro demasiado en ideas acerca de algo malo que pueda ocurrirle a mi hijo. SI NO
39. Pienso que esta enfermedad no tiene cura. SI
- NO
40. Con frecuencia pienso que en un hospital como éste se está condenada a pasarla mal. SI
- NO
41. Pienso que en el futuro, siempre que vuelva a quedar embarazada, volveré a tener este problema. SI NO
42. Con frecuencia pienso que, en caso de que me tenga que operar, voy a perder mi atractivo físico. SI

NO

43. Creo que todo lo que tenga que ver con preeclampsia es demasiado peligroso. SI NO

44. Pienso que mis hijos se van a quedar solos. SI

NO

45. Pienso que será terrible si no puedo volver a ver a mis hijos. SI NO

46. Pienso que el tratamiento de una enfermedad como la mía tiene un costo verdaderamente arruinante. SI

NO

47. Creo que, independientemente de lo que haga, la hospitalización me va a traer demasiados problemas. SI NO

48. Pienso que no podré hacer nada para poder volver a tener hijos. SI

NO

49. Creo que si vuelvo a quedar embarazada, sucederá siempre lo mismo. SI

NO

50. Pienso que por culpa de mi enfermedad se está gastando el dinero que debería ser para otros gastos más importantes de mi familia. SI

NO

51. Pienso que mi bebé va a ser anormal. SI

NO

52. Aunque me lo han explicado, no creo que en el futuro pueda

- tener una vida sexual normal. SI NO
- 53.Vivo asustada de pensar que mi bebé muera al nacer. SI NO
- 54.Pienso que la gravedad de esta enfermedad impide que sea
tratable médicamente. SI NO
- 55.A menudo me pregunto, sin saber por qué, quién cuidará a
mis hijos si llego a morir. SI NO
- 6.Creo que mi bebé, si llega a nacer, va ser anormal. SI
NO
- 57.Pienso que la cesárea hace que el bebé nazca con anomalías.
SI
NO
- 58.Con mucha frecuencia pienso en los riesgos que tiene una cesárea.
SI NO
- 59.Con frecuencia viene a mi mente ideas acerca de que mi
hijo no será normal. SI NO
- 60.Temo que de pronto me deje llevar por el pánico durante el
parto. SI
NO
- 61.Creo que cualquier molestia o problema puede resultar grave
en mi estado de salud actual. SI
NO
- 62.Creo que después de esta enfermedad es poco probable volver
a tener hijos sanos. SI NO

63. Odio estar hospitalizada actualmente. SI

NO

64. Aunque sé que esta enfermedad no es tan grave, temo morir. SI NO

