

EVALUACION DEL ESTRES PRENATAL EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA

Luis Flórez-Alarcón*

Departamento de Psicología, Universidad Nacional de Colombia

ABSTRACT

An inventory was made to evaluate prenatal stress in patients with preeclampsia, based on the analysis of the replies given by 100 patients at the Mother-Child Institute in the City of Santafé de Bogotá to a semistructured interview carried out to evaluate stressing events and other pregnancy aspects, such as were proposed by Salvatierra (1989). There were found three categories of stressing events related to pregnancy itself, and four to external causes. The following were included under the first: threats to the mother's physical condition, threats to the baby's health, and threats related to the delivery of the baby. Under the second were included: threats to other diseases different of preeclampsia, and threats related to labor situation, economics, and family or spouse's situation. Inventory construct validity regarding the categories mentioned was confirmed through factorial analysis. The final version of the inventory includes 19 items and its reliability, obtained through the Kuder-Richardson20 method, was of 0.70. The ANOVA made on replies to the final version items, practiced through the Kruskal-Wallis, did not show significant differences on prenatal stress as regards level of education, civil status, occupation, diagnosis, or the attitude towards pregnancy. Nor were there observed significant associations among prenatal stress, anxiety, nor depression. There was observed in patients with preeclampsia the presence of stressing factors characteristic of a normal pregnancy and stressors specifically related to high risk pregnancy.

Key words: preeclampsia, high risk pregnancy, stress, prenatal stress, pregnancy.

RESUMEN

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

• luis@florez.info

Publicado en: Flórez-Alarcón, L. (1999). Evaluación del estrés prenatal en pacientes con preeclampsia. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 17: 107-126.

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-Richardson20 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.

Palabras clave: preeclampsia, embarazo de alto riesgo, estrés, estrés prenatal, embarazo.

INTRODUCCION

Son múltiples los aspectos psicoafectivos y comportamentales que se pueden asociar a un embarazo de alto riesgo. El presente estudio se centró específicamente en el análisis y evaluación del estrés prenatal en pacientes con preeclampsia, dejando de lado aspectos también muy estudiados, tales como los hábitos comportamentales contraindicados en el embarazo, por ejemplo, el tabaquismo, el alcoholismo y el consumo de otros fármacos.

El aspecto psicológico más importante en el embarazo es la necesidad de que la mujer sea *consciente* del significado de este acontecimiento, se informe acerca de las complicaciones de su nuevo estado, del parto y de sus peligros (Salvatierra, 1989). De acuerdo con el anterior autor, la mujer debe concientizarse acerca de tres realidades durante la gestación: 1) La aparición de un nuevo ser; 2) Las profundas modificaciones biológicas, anatómicas y funcionales que alteran la

imagen corporal y conducen a transformación física; 3) Su nuevo rol social. Estos hechos generan en la mujer alteraciones psicológicas, sentimientos ambivalentes, e incrementan la ansiedad o estrés ante las demandas sociales. La utilización de estrategias de afrontamiento por parte de la mujer embarazada deben ayudarle a adaptarse a la nueva situación, y a buscar y obtener soporte social, emocional y económico, evitando así que el estrés pueda causarle alteraciones mayores a ella o al producto del embarazo.

Todos los aspectos psicológicos propios del embarazo normal se aplican al caso del embarazo de alto riesgo. Cabe destacar en este análisis la consideración acerca del embarazo mismo como principal acontecimiento estresante durante la gestación, dada la ambigüedad y la inminencia que acompañan a esta experiencia. Este hecho se cumple con mayor probabilidad en el caso del alto riesgo; en esa situación el acontecimiento más estresante suele ser el embarazo mismo, por los problemas eventuales que conlleva para la salud de la madre y del feto, así como por las consecuencias que su tratamiento conlleva para el resto de la familia debido a que la madre entra a un tratamiento que le exige total dedicación a su cuidado personal, generalmente hospitalizada, en una situación que le incapacita para atender a los demás asuntos propios de su hogar.

Un 80% de las primigrávidas admiten sentimientos de frustración y ansiedad cuando se enteran que están embarazadas. La ambivalencia ante la primera noticia, y en el curso del primer trimestre, es común incluso si el embarazo ha sido deseado (Salvatierra, 1989). Un factor importante de ambigüedad, por lo mismo generador de ansiedad, es la inseguridad acerca de cuál será el resultado final del embarazo, situación que se incrementa en los casos en que existen complicaciones que lo convierten en un acontecimiento de alto riesgo. Por otra parte, a los cambios y molestias físicas que acompañan al embarazo normal, como trastornos, náuseas, vértigo, aumento de peso y deformación corporal, debe agregársele la situación de enfermedad propia del alto riesgo; todas éstas son fuentes adicionales generadoras de estrés.

El estrés prenatal

Se han propuesto diversas interpretaciones del concepto de “estrés”. Los investigadores coinciden en que éstas 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. Las dos primeras conceptualizaciones han recibido muchas críticas por su carácter de tipo circular (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 (Flórez, 1995). En ese sentido, el estrés es un proceso necesario y propio de la adaptación del organismo al medio. Esta interpretación del estrés guió el presente estudio sobre estrés prenatal, dentro de un marco que asume al embarazo como 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.

En la atención ginecoobstétrica el problema del estrés aparece con mucha frecuencia, algunas veces como factor etiológico, y otras como un factor asociado, relevante 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). 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 psicoprofiláctica 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 la cirugía (anestesia, malestar, etc.) y los peligros que conlleva para la salud de la madre y del hijo.

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 sí lo desean presentan más temores relacionados con la integridad del bebé. El embarazo no planeado, y sobre todo el no deseado, aumenta la situación de ansiedad y malestar en la gestante.

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 la resultante de toda la tradición oral y escrita, formal e informal, que la mujer recibe acerca del embarazo y del parto. Ese cúmulo de información puede ser generadora de estrés o de 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 (Goethals y Thiery, 1986).

Los dos trabajos de metaanálisis más recientes que evalúan el impacto del estrés prenatal sobre los resultados del embarazo son el de Istvan (1986) y el de Lobel (1994). Ambos autores coinciden en afirmar la presencia de altos índices de morbilidad 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 morbilidad, 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 a indicadores psicosociales; sin embargo el que más ha empezado a recibir atención es el estrés prenatal.

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 8 reportaban algún grado de mal resultado en gestantes afectadas por la ansiedad. Su conclusión general es que, aunque sí existen bases para afirmar que el estrés prenatal constituye un predictor de mal 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 que se adopta en el presente estudio. 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.

El objetivo del presente estudio fué hacer un análisis amplio de los eventos estresores presentes en la vida de mujeres embarazadas con preeclampsia, desde una perspectiva interaccional acerca del estrés, y proponer un instrumento de evaluación que pueda ser utilizado en el futuro para el estudio objetivo del estrés prenatal y de sus consecuencias psicobiológicas sobre la madre y sobre el hijo.

METODO

Diseño

Se trató de un estudio esencialmente descriptivo (Hernández, Fernández y Baptista, 1991), dirigido a describir las manifestaciones del estrés prenatal entre mujeres embarazadas con preeclampsia. Aunque en este caso el objetivo principal fué estudiar cómo se manifiesta el fenómeno del estrés prenatal, adicionalmente se establecieron algunas comparaciones entre el mismo y otras variables de tipo sociodemográfico y psicológico, objetivos que son más propios de un diseño de tipo correlacional.

Sujetos

El estudio se realizó con 100 pacientes captadas en el servicio de toxemias del Instituto Materno Infantil (IMI) de Santa Fé de Bogotá. Sus principales características sociodemográficas se presentan en la sección de resultados.

Instrumento

El instrumento básico fué una entrevista, basada en una propuesta anterior de Salvatierra (1989), de cuya aplicación se obtuvieron las respuestas que permitieron hacer la descripción del estrés prenatal en diversas categorías o manifestaciones, así como sus asociaciones con algunas variables.

Procedimiento

El procedimiento seguido para observar el estrés prenatal y elaborar el inventario para su medición fué el siguiente:

1) Se aplicaba la entrevista semiestructurada en situación individual a cada paciente, por parte del mismo entrevistador. 2) Una vez aplicadas las 100 entrevistas, se hizo una clasificación de las categorías de respuesta que daban las pacientes a cada ítem de la entrevista. Dicha clasificación fue hecha por un psicólogo profesional, con la colaboración de dos estudiantes de décimo semestre de psicología. Ejemplo: A la pregunta “eventos especiales sucedidos durante este embarazo que usted considera que le afectan emocional o físicamente”, algunas categorías de respuesta fueron: “creo que mi esposo no se ha preocupado lo suficiente”, “la náusea y el vómito me han molestado mucho”, “como estoy hospitalizada mi patrona va conseguir otra persona y me va a dejar sin trabajo”, etc. 3) Se calificaron las respuestas de cada paciente: para ello se tomó el listado de categorías establecido antes, y en cada categoría se asignaba el puntaje “1” si la paciente presentaba el comportamiento descrito, ó “0” en caso contrario. Ejemplo, si la persona contestaba “la náusea y el vómito me han molestado mucho”, se le calificaba 1 en esa categoría, la cual se incluyó posteriormente dentro de las clases de eventos estresores denominados “temores relacionados con su propio estado físico”. Los dos estudiantes decidieron independientemente si una paciente se calificaba 1 ó 0 para cada categoría; en caso de desacuerdo, el psicólogo profesional terciaba para decidir la calificación. 4) Se hizo una

agrupación de las categorías de comportamiento en grandes grupos de eventos estresantes, tomando como criterio la naturaleza de dichos eventos. Ejemplo: categorías de eventos estresantes que se referían a malestares o temores relacionados con su propio estado físico, se agruparon bajo la denominación “temores relacionados con su propio estado físico”; categorías de eventos estresantes referidos al bebé, se agruparon bajo la denominación “temores relacionados con el bebé”; categorías de eventos estresantes que se referían a malestares o temores relacionados con el parto, se agruparon bajo la denominación “temores relacionados con el parto”, etc. 5) Se hizo un análisis para establecer cuáles eran las categorías de comportamiento que aparecían con mayor frecuencia. Esto es, para cada categoría se sumó el número de pacientes que reportaban el comportamiento descrito. Se tomaron luego como significativas aquellas categorías de comportamiento que eran reportadas por lo menos por 30 pacientes (30% de la muestra estudiada). 6) Se realizó un análisis factorial siguiendo el método de rotación varimax, con el fin de establecer los factores que mejor aglutinaban a las categorías de comportamiento que alcanzaban el criterio del 30%. 7) Se elaboró la versión final del inventario, tomando los items más significativos según el criterio anterior. 8) Se realizaron algunos análisis de varianza y otras comparaciones, tomando como base los puntajes de los sujetos en la versión final del inventario solamente.

RESULTADOS

Datos Demográficos

La muestra estuvo constituida por 100 pacientes con preeclampsia, con una edad promedio de 27.37 años ($s=6.82$; Min=16; Máx=42).

Por estado civil se distribuyeron así: casadas (26), en unión libre (51), solteras (22), y separada (1).

Por ocupación, se observó que la mayoría (67) se dedicaban al hogar, empleadas en fábricas u oficinas (14), empleadas en el servicio doméstico (10), estudiante (1), y 8 se ocupaban en otros oficios (al parecer trabajadoras sexuales).

El nivel educacional predominante fué bachillerato incompleto (33), seguido de primaria completa (26), primaria incompleta (17), bachillerato completo (17), universitarias (6) y universitaria incompleta (1).

En cuanto al diagnóstico al momento de ingreso, la mayoría (57) padecían preeclampsia leve, seguidas de pacientes con preeclampsia severa (19), y otros diagnósticos, especialmente síndrome de hellp (24).

La presión sistólica promedio al ingreso fué de 143.57 mm/Hg (s=17.98) y la diastólica fué de 92.35 mm/Hg (s=11.87).

Estresores Internos al Embarazo

En esta categoría se incluyen los temores de las pacientes en relación consigo mismas, en relación con el bebé, y en relación con el parto.

Temores relacionados con su propio estado físico:

Se conceptualizan aquí como “temores relacionados consigo mismas”, porque se refieren a amenazas o malestares percibidos contra su propio estado físico. El análisis condujo a la clasificación de las respuestas de las pacientes en 11 categorías: 1) Miedo a la preeclampsia*; 2) malestar físico por dolor de cabeza; 3) malestar físico por presencia de náusea y vómito; 4) malestar por encontrarse hospitalizada*; 5) temor a requerir de una cirugía diferente a cesárea; 6) temor al daño al que se podría ver expuesta (ej. infección) si el niño se le muriera dentro del útero*; 7) temor a sufrir en el parto; 8) temor a quedar embarazada de

nuevo; 9) temor a ser desembarazada antes de tiempo; 10) temor a una eventual cesárea; 11) temor a morir*.

Tal como señaló en la sección de método, la presencia de una categoría de temor se califica como “1” y la ausencia se califica como “0”. El análisis de las frecuencias de estresores de las pacientes en relación consigo mismas pone en evidencia que existen algunos que resultan relevantes porque son muy frecuentes; tal es el caso del 1, 4, 6 y 11 (señalados con asteriscos). Se considera como criterio de una frecuencia significativa, el hecho de que el temor sea reportado por un mínimo del 30% de las pacientes (30 de las 100).

El promedio de calificación de las 100 pacientes, tomando como referencia los 4 temores más significativos, fue 1.47, y la $s=0.93$; el rango de puntajes osciló entre 0 y 4. El análisis factorial de los 4 temores más relevantes condujo a la postulación de dos factores principales, cuyas cargas factoriales obtenidas mediante el método de rotación varimax se presentan la tabla 1.

INTRODUCIR LA TABLA 1 APROXIMADAMENTE AQUI

El factor I aglutina dos temores genéricos del embarazo (el 6=temor a no sentir el niño y el 11=temor a la muerte), mientras que el factor II aglutina dos temores más específicos del riesgo (el 1=temor a la preeclampsia y el 4=el malestar generado por la hospitalización requerida para el control del riesgo). En consecuencia, el factor II podría denominarse “temores para consigo misma derivados del alto riesgo”, y el factor I “temores para consigo misma propios del embarazo”.

Temores relacionados con el bebé:

Se conceptualizan como “temores relacionados con el bebé”, porque se refieren a amenazas o malestares percibidos contra el estado físico del niño en gestación o cuando vaya a

ser un recién nacido. El análisis condujo a la clasificación de las respuestas de las pacientes en 8 categorías: 1) Temores por la presencia de sufrimientos del feto*; 2) temor a abortar*; 3) temor a que el niño naciera con malformaciones*; 4) temor a que el niño se muriera en el útero*; 5) temor a que el niño naciera con alteraciones mentales*; 6) temor a que el embarazo fuera gemelar; 7) temor a que hubiera que dejar hospitalizado el niño cuando naciera; 8) temor a que fuera un bebé prematuro.

El promedio de los puntajes, tomando los 5 temores más significativos, fue de 2.57, con una $s=1.33$; el rango de puntajes osciló entre 0 y 5. El análisis factorial de los 5 temores más relevantes condujo a la postulación de dos factores principales, cuyas cargas factoriales obtenidas mediante el método de rotación varimax se presentan en la tabla 2. El factor I se refiere a temores respecto del bebé asociados al alto riesgo obstétrico (temores 2, 3, 4 y 5), mientras que el factor II (temor por el bienestar fetal) es un estresor presente en cualquier tipo de embarazo.

INTRODUCIR LA TABLA 2 APROXIMADAMENTE AQUI

Temores relacionados con el parto:

Se conceptualizan como “temores relacionados con el parto”, porque se refieren a amenazas o malestares percibidos contra el estado físico de la propia paciente o del niño en gestación cuando éste vaya a nacer. El análisis condujo a la clasificación de las respuestas de las pacientes en 7 categorías: 1) Temor a perder el control y empezar a gritar durante el parto*; 2) temor a no poder relajarse y no poder colaborar en el parto*; 3) temor a desgarrarse durante el parto*; 4) temor a que el niño no pueda pasar el canal vaginal y/o sufra una lesión durante el parto*; 5) temor a sufrir excesivo dolor durante el parto; 6) temor a complicarse y morir en el parto; 7) temor a infectarse durante el parto.

El promedio de los puntajes, tomando los 4 temores más significativos, fué de 1.98, y la $s=1.14$; el rango de puntajes osciló entre 0 y 4. El análisis factorial de los 4 temores más relevantes condujo a la postulación de dos factores principales, cuyas cargas factoriales obtenidas mediante el método de rotación varimax se presentan en la tabla 3. El factor I aglutina a los estresores asociados al temor por la pérdida de control. El factor II aglutina a los estresores asociados con el daño físico (de la madre o del bebé) durante el parto. Llama la atención la baja relevancia de los temores asociados con el dolor.

INTRODUCIR LA TABLA 3 APROXIMADAMENTE AQUI

Estresores externos al embarazo

En esta categoría se incluyen los temores de las pacientes en relación con otros problemas de salud diferentes a la preeclampsia, sus preocupaciones por el acceso a los servicios de salud, los estresores económicos, los laborales, los estresores familiares, y los estresores referentes a su relación de pareja.

Temores relacionados con otros problemas de salud:

Se conceptualizan como “temores relacionados con otros problemas de salud”, porque se refieren al temor de las pacientes a padecer enfermedades diferentes a la propia preeclampsia. El análisis condujo a la clasificación de las respuestas de las pacientes en 3 categorías: 1) temor a padecer alguna complicación (enfermedad) inespecífica*; 2) temor a que el embarazo se complique por alguna enfermedad diferente a la preeclampsia*; 3) temor a padecer problemas de salud incapacitantes.

El promedio de los puntajes, tomando los 2 temores más significativos, fué de 0.8, con una $s=0.59$ el rango de puntajes osciló entre 0 y 2. El análisis factorial de los tres temores

condujo a la postulación de dos factores principales, cuyas cargas factoriales obtenidas mediante

INTRODUCIR LA TABLA 4 APROXIMADAMENTE AQUI

el método de rotación varimax se presentan en la Tabla 4. El factor I aglutina los dos estresores más frecuentes, y se asocia al temor a padecer un problema de salud inespecífico que complique el embarazo. El factor II se refiere al temor de padecer alguna enfermedad incapacitante.

Estresores de tipo económico:

Se refieren a amenazas percibidas en relación con la situación económica, especialmente en referencia a las finanzas del hogar. El análisis condujo a la clasificación de las respuestas de las pacientes en 3 categorías: 1) preocupación por falta de dinero para los gastos diarios de la casa*; 2) preocupación por los problemas económicos especiales surgidos a raíz del embarazo; 3) preocupación por la mala situación económica en general.

Estresores de tipo laboral:

Se refieren a amenazas percibidas en relación con el propio trabajo o el del cónyuge. El análisis condujo a la clasificación de las respuestas de las pacientes en 4 categorías: 1) preocupación porque ella no puede trabajar o porque su compañero se encuentra desempleado; 2) preocupación por los problemas laborales que le está generando la hospitalización; 3) preocupación por el trabajo excesivo que le aguarda; 4) preocupación porque el embarazo le está afectando en el aspecto laboral, en general*.

Estresores relacionados con la situación familiar y de pareja:

Se refieren a las amenazas percibidas por la mujer en torno a la situación de su hogar o de su relación de pareja a raíz de las consecuencias del embarazo de alto riesgo. El análisis condujo a la clasificación de las respuestas de las pacientes en 9 categorías: 1) preocupación por la suerte de futuros embarazos; 2) preocupación por la presencia de algún problema familiar; 3) preocupación por la actitud negativa de la familia; 4) preocupación por la situación familiar; 5) preocupación porque el embarazo está afectando a la familia negativamente; 6) preocupación por los problemas con su pareja durante el presente embarazo; 7) se siente afectada negativamente por la situación de su relación de pareja; 8) percibe una actitud negativa de su pareja; 9) el embarazo está causándole problemas en su relación de pareja.

Ninguna categoría de estresor alcanzó el criterio de relevancia del 30%. Una razón de ese resultado puede ser que unas categorías de respuesta parecen intersectarse con otras; si se conjuntaran, entonces se observarían frecuencias más elevadas y se concluiría en el consecuente criterio de relevancia.

Con el fin de establecer las principales categorías o clases de estresores relacionados con la situación familiar y de pareja, se realizó un análisis factorial, mediante el método de rotación varimax, el cual condujo al resultado que se presenta en la tabla 5. El factor I aglutina los temores asociados a la situación de pareja (6, 7, 8, y 9); el factor II aglutina a los temores asociados a la situación familiar en sentido amplio (1, 2, 3, 4, y 5). Esto indica la validez del argumento anterior acerca de la intersección que se da entre diversos temores, y justifica la necesaria inclusión de estas dos categorías en un inventario de eventos estresantes durante el embarazo de alto riesgo.

INCLUIR LA TABLA 5 APROXIMADAMENTE AQUI

Estructura global del inventario de estrés prenatal para pacientes con preeclampsia

Tomando en cuenta las categorías de temores observados y las frecuencias que reportaron las pacientes, se propone finalmente la estructura descrita en la Tabla 6 para construir un inventario de evaluación del estrés prenatal en pacientes con preeclampsia.

INTRODUCIR LA TABLA 6 APROXIMADAMENTE AQUI

Las cargas factoriales que se señalan corresponden a un último análisis factorial que se efectuó, mediante el método de rotación varimax, tomando en cuenta solamente los puntajes obtenidos por las pacientes en los 17 temores incluidos (los que se consideraron más relevantes por su frecuencia), con el fin de establecer si se pueden ubicar en las categorías de estresores internos o estresores externos al embarazo. En el análisis factorial no se tomaron en cuenta los 2 temores correspondientes a situación familiar y a situación de pareja, dado que éstos se incluyen como categorías generales por las razones antes expuestas, pero no se cuenta con un puntaje particular de las pacientes en cada una de ellas.

Como puede observarse en la Tabla 6, efectivamente, la estructura final del inventario de temores abarca dos categorías claramente delimitadas: la que corresponde a las situaciones internas, inherentes al embarazo, y la que corresponde a las situaciones externas al mismo. En el anexo 1 se presenta el nuevo inventario en su versión final.

Otras características del inventario de estrés prenatal

Los siguientes datos se obtuvieron a partir de las respuestas de las 100 pacientes en los 17 ítems de la estructura final de 19 para los cuales se contaba con respuestas individuales:

Confiabilidad:

Al tratarse de ítems calificados como 1 ó 0, la confiabilidad del inventario se calculó mediante el método de Kuder-Richardson 20 (KR20), el cual evalúa su consistencia interna (Magnusson, 1972). El coeficiente KR20 arrojó un valor de 0.70, altamente significativo.

Análisis de la variabilidad en función de las variables sociodemográficas:

Para establecer si el estrés prenatal en pacientes con alto riesgo obstétrico está determinado por alguna característica sociodemográfica en particular, se realizó un análisis de varianza mediante la prueba de Kruskal-Wallis, el cual arrojó el resultado que se presenta en la Tabla 7. Como se puede apreciar, en ningún caso se obtuvo un valor de K significativo, lo que conduce a concluir que el estrés prenatal en paciente de alto riesgo obstétrico no varía en función de las anteriores variables sociodemográficas, ni en función de las actitudes ante el embarazo.

INTRODUCIR LA TABLA 7 APROXIMADAMENTE AQUI

Asociaciones entre estrés prenatal, edad, ansiedad, y depresión:

En situaciones de embarazo normal se ha sugerido la presencia de una correlación significativa entre las anteriores variables. Para averiguar si en el caso del alto riesgo por preeclampsia sucede lo mismo, se obtuvieron los coeficientes de correlación que se presentan en la Tabla 8. La ansiedad de rasgo y estado se evaluó mediante el test IDARE (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1994) y la depresión mediante el test de Beck (Beck y Col., 1983). Tal como se puede concluir por las correlaciones observadas, no existe una asociación significativa entre el estrés prenatal, de una parte, y la ansiedad de estado, la ansiedad de rasgo, o la depresión, de otra. Tampoco la hay entre el estrés prenatal y la edad. Por el contrario, sí se presentan asociaciones significativas entre la ansiedad de estado, la ansiedad de rasgo y la depresión.

INTRODUCIR LA TABLA 8 APROXIMADAMENTE AQUI

DISCUSION

El embarazo de alto riesgo configura una situación particular en la que la mujer se enfrenta a una serie de situaciones específicas que le representan amenazas, y que debe afrontar haciendo uso de diversos recursos de tipo biológico, psicológico y social. Estas situaciones amenazantes tienden a ser específicas y diferentes a las de un embarazo normal, aunque pueden agruparse en clases de eventos similares a las que se han descrito para el embarazo normal. En el presente estudio se llegó a la descripción de un cuadro de eventos estresantes similares a los que otros autores han descrito para la situación de alto riesgo obstétrico (Goulet, Polomeno y Harel, 1996). Existen eventos estresantes internos y externos al embarazo; los que tradicionalmente se han descrito, pero también otros que son más específicos y propios del alto riesgo.

Es así como en el caso de los malestares físicos que usualmente padece la gestante, algunos malestares son compartidos por todas (ej. náusea, dolor de cabeza, y temor a la pérdida del bebé), pero otros malestares son propios del estado de alto riesgo (ej. malestar por la hospitalización prolongada). También es significativo en este aspecto la preocupación muy frecuente por la posibilidad de padecer algún problema de salud inespecífico; parece como si la gestante de alto riesgo asumiera un rol particular de enferma. Lo mismo puede afirmarse de las preocupaciones relacionadas con el bebé, donde aparecen algunos temores muy intensos, como el temor a la muerte intrauterina o el temor a que el niño nazca con malformaciones o con deficiencias mentales.

El alto riesgo tiende a constituir un hecho “mayor” que ensombrece u opaca otros hechos que en una situación normal tendrían más significación. Es así como, en relación con el

parto, entre las embarazadas con preeclampsia se reporta con muy poca frecuencia el temor a los dolores, mientras que sí se reporta más el temor al daño físico que eventualmente pueda sufrir el bebé. También llama la atención la baja frecuencia de temores relativos a la situación familiar y de pareja, sin que eso signifique ausencia total de los mismos. De la misma forma, en el aspecto económico son pocas las preocupaciones, a pesar de que la muestra estudiada pertenece a una capa económicamente deprimida. Cognoscitivamente, la situación configurada es de una percepción selectiva y de pensamientos automáticos, en la que se favorecen los indicios de peligro implicados en el riesgo obstétrico. Los análisis de varianza practicados, que NO arrojaron valores significativos respecto de la variabilidad en función de diversas condiciones sociodemográficas, constituye un hecho que tiende a confirmar la anterior interpretación.

La evaluación objetiva del estrés prenatal constituye una condición indispensable para poder adelantar otros estudios, particularmente en dos líneas de mucho interés: 1) Estudios acerca de la efectividad de diversos procedimientos psicobiológicos dirigidos al control del estrés prenatal. Entre estos procedimientos se destacan los de tipo cognoscitivo y los de relajación. Algunos procedimientos deben ser más efectivos frente a unos perfiles de estrés prenatal que frente a otros (Flórez, 1998). 2) Estudios dirigidos a evaluar el impacto psicobiológico del estrés prenatal, tanto sobre la madre como sobre el hijo.

Vale la pena destacar que el inventario resultante del presente estudio goza de dos características psicométricas de la mayor trascendencia: posee una validez de construcción, emanada de los múltiples análisis de frecuencias y análisis factoriales que dieron origen a su composición final, y tiene una confiabilidad alta, tal como lo demostró el valor del coeficiente Kuder-Richardson obtenido. Aunque se elaboró específicamente para pacientes con preeclampsia, puede aplicarse en pacientes con otros tipos de alto riesgo obstétrico; en esos casos debe cambiarse la redacción del ítem 1 que hacen alusión específica a la preeclampsia, y reemplazarse por una redacción más apropiada al riesgo de que se trate en la situación particular en que se vaya a utilizar el inventario.

Una observación importante es la referente a la falta de asociaciones entre las mediciones del estrés prenatal, la ansiedad de rasgo, la ansiedad de estado, y la depresión. Eso significa que el estrés prenatal representa un estado psicofisiológico particular que no resulta bien evaluado por los inventarios tradicionales de ansiedad, sino que debe medirse a través de un instrumento específicamente diseñado para ese propósito. En este sentido, los resultados del presente estudio contribuyen a explicar por qué otros estudios que buscan relacionar el estrés prenatal con los resultados del embarazo son contradictorios: esa contradicción emana de la falta de validez de los instrumentos que se han utilizado para evaluar el estrés prenatal, que en muchos casos se ha pretendido medir con los inventarios tradicionales de ansiedad.

El inventario de evaluación del estrés prenatal resultante de la presente investigación se elaboró bajo una conceptualización interaccionista del estrés, la cual privilegia la percepción que la persona tiene de las amenazas externas y de sus propias capacidades de afrontamiento. Una validación ulterior de esta línea de trabajo se obtendrá en la medida en que el uso del inventario sea útil en la práctica clínica de implementación de procedimientos para el control del estrés prenatal, y en la investigación acerca de su impacto sobre el estado psicobiológico de la madre y del hijo.

REFERENCIAS

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión* (S. del Viso Pabón Trad.) Bilbao: DDB. (Original publicado en 1979).
- Flórez, L. (1995). Un modelo factorial para el análisis de los aspectos psicológicos que intervienen en la relación estrés-enfermedad. En: L. Flórez, (Ed.) *Psicología y Salud*. México: UNAM-ENEP Zaragoza, pgs. 24-46.
- Flórez, L. (1998). Análisis experimental del impacto psicobiológico de un programa de atención psicológica a maternas con preeclampsia. *Tesis doctoral no publicada*. Facultad de Psicología, U. Nacional Autónoma de México.

- 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 Obstetrics and Gynaecology*. Acco: Leuven, pgs. 151-162.
- Goulet, C., Polomeno, V. & Harel, F. (1996). Canadian cross-cultural comparison of the high-risk pregnancy stress scale. *Stress Medicine*, **12**: 145-154.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Istvan, J. (1986). Stress, anxiety and birth outcomes: A critical review of the evidence. *Psychological Bulletin*, **100**: 331-348.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. (M. Zaplana Trad.) Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Light, H.K. y Fenster, C. (1974). Maternal concerns during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **118**: 46-50.
- Lobel, M. (1994) Conceptualizations, measurement, and effects of prenatal maternal stress on birth outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, **17**: 225-272.
- Magnusson, D. (1972). *Teoría de los tests*. México: Trillas.
- Salvatierra, V. (1989). *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1994) *STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo* (4a. Ed.). Madrid: TEA.
- Standley, K., Soule, B., y Copans, S.A. (1979). Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **135**: 22-26.

ANEXO 1

INVENTARIO PARA LA EVALUACION DEL ESTRES PRENATAL EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA

Señale si usted presenta o no presenta actualmente alguno de los temores, malestares, o preocupaciones que se indican a continuación:

1. Temor a la preeclampsia	SI	NO
2. Temor a que el bebé sufra algún padecimiento antes de nacer	SI	NO
3. Temor a perder el control y gritar durante el parto	SI	NO
4. Temor a padecer otros problemas de salud no relacionados con el embarazo	SI	NO
5. Temor a abortar	SI	NO
6. Temor a no poderse relajar ni colaborar durante el parto	SI	NO
7. Temor a la presencia de eventuales problemas económicos	SI	NO
8. Preocupación por la situación laboral actual suya y/o de su cónyuge	SI	NO
9. Preocupación por alguna situación familiar	SI	NO
10. Temor a que el embarazo se complique por la presencia de alguna enfermedad diferente a la preeclampsia	SI	NO
11. Temor de que el bebé nazca con alguna malformación	SI	NO
12. Temor a desgarrarse durante el parto	SI	NO
13. Preocupación por algún inconveniente con su cónyuge	SI	NO
14. Malestar por la hospitalización	SI	NO
15. Temor de que el bebé se muera antes de nacer	SI	NO
16. Temor de que el bebé sufra durante el parto	SI	NO
17. Temor de que el bebé nazca con alguna alteración mental	SI	NO
18. Temor por algún perjuicio que sufriría su propio organismo si el bebé se muere antes de nacer	SI	NO
19. Temor a morirle usted	SI	NO

CATEGORIA DE TEMORES	ITEMS	ESTADISTICAS
RELACIONADOS CONSIGO MISMAS	1, 14, 18, 19	M = 1.47; s = 0.93
RELACIONADOS CON EL BEBE	2, 5, 11, 15, 17	M = 2.57; s = 1.33
RELACIONADOS CON EL PARTO	3, 6, 12, 16	M = 1.98; s = 1.14
RELACIONADOS CON LA SALUD	4, 10	M = 0.80; s = 0.59
RELACIONADOS CON LA SITUACION LABORAL	8	
RELACIONADOS CON LA SITUACION ECONOMICA	7	
RELACIONADOS CON LA SITUACION FAMILIAR	9	
RELACIONADOS CON LA SITUACION DE PAREJA	13	

TABLA 1

Matriz factorial mediante método de rotación varimax de los temores de las pacientes para consigo mismas

TEMOR	CARGAS FACTORIALES	
	Factor I	Factor II
1	-0.28	0.73
4	0.21	0.80
6	0.73	-0.03
11	0.75	0.01

TABLA 2

Matriz factorial mediante método de rotación varimax de los temores de las pacientes para con los bebés

TEMOR	CARGAS FACTORIALES	
	Factor I	Factor II
1	0.27	0.78
2	0.54	0.09
3	0.39	-0.67
4	0.72	0.01
5	0.76	-0.16

TABLA 3

Matriz factorial mediante método de rotación varimax de los temores de las pacientes para con el parto

TEMOR	CARGAS FACTORIALES	
	Factor I	Factor II
1	0.84	-0.14
4	0.77	0.20
6	0.31	0.58
11	-0.19	0.85

TABLA 4

Matriz factorial mediante método de rotación varimax de los temores de las pacientes referentes a otras enfermedades

TEMOR	CARGAS FACTORIALES	
	Factor I	Factor II
1	0.62	0.54
2	0.85	-0.21
3	-0.13	0.88

TABLA 5

Matriz factorial mediante método de rotación varimax de los temores de las pacientes referentes a la situación familiar y de pareja

TEMOR	CARGAS FACTORIALES	
	Factor I	Factor II
1	0.21	0.43
2	0.18	0.30
3	0.17	0.65
4	-0.20	0.60
5	-0.01	0.76
6	0.68	0.20
7	0.55	0.17
8	0.81	-0.01
9	0.81	-0.02

TABLA 6

Estructura final del inventario de evaluación del estrés prenatal en pacientes con preeclampsia

TIPO DE TEMORES	CANTIDAD DE ITEMS	CARGAS FACTORIALES	
		Factor I	Factor II
EN RELACION CON DAÑO FISICO A ELLAS MISMAS	4	0.72	0.15
EN RELACION CON DAÑO AL BEBE	5	0.77	-0.12
EN RELACION CON EL PARTO	4	0.76	-0.28
EN RELACION CON OTRAS ENFERMEDADES	2	0.73	0.07
EN RELACION COIN LA SITUACION ECONOMICA	1	0.21	0.76
EN RELACION CON LA SITUACION LABORAL	1	-0.26	0.67
EN RELACION CON LA SITUACION FAMILIAR	1		
EN RELACION CON LA SITUACION DE PAREJA	1		

TABLA 7

Análisis de varianza en función los datos sociodemográficos y las actitudes

FUENTE DE VARIACION	Kruskal-Wallis	p
NIVEL EDUCACIONAL	2.73	0.74 (ns)
ESTADO CIVIL	4.76	0.19 (ns)
OCUPACION	5.71	0.22 (ns)
DIAGNOSTICO	10.91	0.28 (ns)
ACTITUD ANTE EL EMBARAZO	1.46	0.23 (ns)

TABLA 8

Correlaciones entre el estrés prenatal y otras variables

VARIABLE	Edad	Ans-Rasgo	Ans-Estado	Depresión
Estrés prenatal	0.18 (0.08)	-0.09 (0.37)	0.08 (0.39)	-0.03 (0.76)
Ansiedad de rasgo			0.57 (0.001)	0.65 (0.001)
Ansiedad de estado				0.65 (0.001)

Entre paréntesis se anota la probabilidad de azar del coeficiente r de Pearson obtenido