

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**



**PREDICTORES PSICOSOCIALES DE ESTRÉS EN GESTANTES DE III
TRIMESTRE INSCRITAS EN CONSULTORIO EXTERNO VALDIVIA
DURANTE MAYO – JUNIO DE 2008**

Trabajo presentado como parte de
los requisitos para optar al
**GRADO DE LICENCIADA/O EN
OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**

**MARIANELA DEL PILAR CABEZAS IBARRA
CYNTHIA PAOLA SOLIZ PEREZ**

**VALDIVIA – CHILE
2008**

COMISIÓN CALIFICADORA

PROFESOR/A PATROCINANTE

Sra. Maria Teresa Cardemil Jaramillo.

PROFESOR/A COPATROCINANTE

Sr. Rodrigo Daniel Baez Matus.

PROFESOR/A INFORMANTE

Sra. Juana Margarita Romero Zambrano.

FECHA DE APROBACIÓN: _____

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a quienes colaboraron directamente en la realización de ésta, nuestra primera investigación, en especial a cada una de las mujeres que participaron en este estudio por la confianza entregada durante cada entrevista. A las profesoras Sra. María Teresa Cardemil, Sra. Juana Romero, por el apoyo constante durante todo el trabajo. Y a Rodrigo Báez por la ayuda entregada en diferentes etapas de la investigación. Igualmente queremos manifestar nuestro agradecimiento por su colaboración en este estudio, al Consultorio Externo Valdivia, en especial a la Sra. Nancy Asenjo, Matrona encargada del Programa Salud de la Mujer.

En forma especial:

Agradezco a mi familia, en especial a mis padres, Marta y Carlos, los verdaderos pilares que sostuvieron con fuerza mi mirada hacia el horizonte, que secaron mis lágrimas y alimentaron mi coraje. Almas maestras, guías modelos, personas sublimes que se involucraron en mi devenir, en mis decisiones, en mi aprendizaje y contribuyeron sin condiciones ni precio, con mis logros, con mis virtudes, con mis pasiones. A ese ser maravilloso, fuente de inspiración y motivación y pilar fundamental en el arduo camino de mi aprendizaje. Gracias por apoyarme, amarme y hacer de mi una persona completa.

Cynthia...fuiste pieza clave en esta etapa de mi carrera profesional...incondicional en muchos momentos y en una etapa de mi vida muy hermosa, me brindaste sabios consejos...Gracias.

A ustedes les dedico, no sólo éste trabajo, sino cada aplauso, bendición y reconocimiento que recibo. Por reflejar sus bondades sobre mi y permitir guardar en mi interior lo mejor de ustedes, agradezco justo ahora y por siempre.

Marianela Cabezas

Este trabajo se lo dedico a mi hermosa hijita Aliz, inmensa fuente de amor incondicional, sosiego en los días tempestuosos, gracias por brindarme la fuerza necesaria para seguir creciendo siempre para ti.

A mis padres Edita y Carlos que me han apoyado en todo momento y me han ayudado a encontrar las respuestas mas complejas. A mi abuela Hilda que ha estado conmigo siempre.

Y a ti Miguel, que caminas a mi lado e iluminas con tu amor mi alma, a ti que me enseñaste a creer que los sueños se hacen realidad.

Marianela, has estado ahí cuando mas he necesitado, has sido parte de esta importante esta etapa de mi vida.

Gracias por creer, por estar y por ser las personas hermosas que me han acompañado y lo seguirán haciendo.

Cynthia Soliz

INDICE DE MATERIAS

CONTENIDO	PÁGINA
RESUMEN	
SUMMARY	
1. INTRODUCCION	1
1.1 Objetivo general	2
1.2 Objetivos específicos	2
2. MARCO TEORICO	3
2.1 Trastornos de la salud mental	3
2.2 Eventos vitales estresantes	4
2.3 Factores estresantes	4
2.4 Determinantes psicosociales de estrés y ansiedad durante la gestación	5
2.4.1 Tareas psicosociales de la gestación	5
2.4.2 Periodos críticos del embarazo	6
2.5 Recursos de afrontamiento	8
2.6 Impacto del Estrés y Ansiedad en la gestación	9
3 MATERIAL Y METODO	12
3.1 Diseño metodológico	12
3.2 Población en estudio y localización	12
3.3 Instrumentos utilizados en la recolección de información	12
3.4 Procesamiento y análisis estadístico de los datos	13
3.5 Definición y operacionalización de variables	14
3.5.1 Determinantes biológicos	14
3.5.2 Determinantes psicológicos	14
3.5.3 Determinantes socioculturales	14
3.5.4 Determinantes ambientales	15
4 RESULTADOS	16
5 DISCUSIÓN	24
6 CONCLUSIONES	26
7 BIBLIOGRAFIA	28

INDICE DE ANEXOS

CONTENIDO		PÁGINA
A1	Acta de consentimiento informado para la investigación clínica	32
A2	Cuestionario de información general y entrevista	33
A3	Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe	38
A4	Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg	40

RESUMEN

Ciertas etapas de vida son generadoras de estrés. En particular para la mujer, la gestación demanda una serie de adaptaciones que pueden ser desequilibrantes, generándose estados de tensión y ansiedad. Cuando los mecanismos de adaptación son deficientes, la mujer puede experimentar un desequilibrio con implicaciones no sólo en la esfera biológica, sino que también podría generar repercusiones de gran magnitud en la esfera social y psicológica, así como en el desarrollo biosicosocial del futuro hijo/a.

Por las razones antes descritas, se realizó una investigación de tipo cuantitativa, descriptiva y transversal, cuyo objetivo fue conocer los predictores psicosociales de estrés y recursos de afrontamiento utilizados por gestantes de III trimestre inscritas en Consultorio Externo Valdivia, en Control Prenatal durante el período mayo – junio de 2008. Del total de gestantes en tercer trimestre se evaluó una muestra de 35 mujeres, seleccionadas con la Subescala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, considerando a la ansiedad como primera manifestación de estrés. También se utilizaron herramientas de medición como la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe y un Cuestionario de Información General semiestructurado basado en la Pauta de detección de riesgo psicosocial que sugiere el Manual de Atención personalizada con enfoque familiar en el Proceso Reproductivo del Ministerio de Salud.

Los hallazgos de este estudio señalan que, los principales predictores psicosociales de estrés serían, la escasa planificación del embarazo, problemas económicos, hacinamiento y violencia intrafamiliar, los que contribuyen a una inadecuada adaptación y empoderamiento del rol materno. Entre los recursos de afrontamiento más utilizados por las mujeres con síntomas de ansiedad y depresión en la resolución de conflictos y adaptación al entorno, destaca el apoyo familiar y soporte social, con frecuencia también se señala la confianza en la capacidad resolutiva del equipo de salud. Como recursos limitantes en la resolución de conflictos destacaron el déficit de recursos materiales y baja autoestima.

A partir de los datos obtenidos, emerge un desafío para los profesionales, tomando en consideración la importancia de éstas patologías muchas veces subvaloradas, pesquisando, derivando y vigilando alteraciones de la salud mental, por su real trascendencia en la evolución normal de la gestación, puerperio y repercusión en el desarrollo normal del hijo/a.

PALABRAS CLAVES: Estrés y embarazo, Estrategias de afrontamiento, Ansiedad y depresión en el embarazo.

SUMMARY

Some stages of life are generating of stress. In particular for woman, the gestation demands a series of adaptations that can be unbalancing, generating states of tension and anxiety. When adaptation mechanism are deficient, the woman can experience an imbalance that not only will repel in biological sphere but also can generate repercussions of great magnitude in the social and psychological sphere as well as in the biopsicosocial development of the future child.

For this reason, was made an quantitative, descriptive and cross-sectional investigation, whose objective was to know predicting psycho-social stress and the coping used by pregnant woman of III trimester in Consultorio Externo Valdivia, on Prenatal Control during the period May- June of 2008. It was contemplated of the total pregnant in third trimester, a sample of 35, obtained of the application of Anxiety and Depression Goldberg Scale, tool of detection for anxiety, like first manifestation of stress, besides Social Readjustment Scale of Holmes and Rahe and also a Semistructured Questionnaire of general information based on the Psicossocial Risk Detection Manual that suggests the Health Ministry.

The findings of this study indicate that, principal psycho-social predictors of stress were: poor planning of pregnancy, economic problems, overcrowding and familiar violence, contribute to the inadequate adaptation, appropriation of the maternal roll and facing of the process. About the resources of facing used by the women with anxiety symptoms and depression in the resolution of conflicts and adaptation to the surroundings, emphasizes the familiar support and social support, frequently also was indicated the confidence in the decisive capacity of the health professionals. As bounding resources in resolution conflicts emphasized poor material resources and low self-esteem.

Because of all this information, appears an important challenge for the professionals, considering the importance of these pathologies most of the time undervalued, identifying and monitoring mental health pathologies, because of the transcendental importance on the normal pregnancy evolution, and repercussion on normal child development.

KEY WORDS: Stress and pregnancy, Coping, Anxiety and depression in pregnancy.

1. INTRODUCCION

La atención del embarazo, parto y puerperio, como procesos naturales de la reproducción humana constituyen una oportunidad para realizar intervenciones en los determinantes psicosociales de salud susceptibles de ser modificados cuando están altamente asociados a un daño (MINSAL, 2007).

Existe una multiplicidad de factores de riesgo conocidos y ampliamente estudiados durante la gestación, otros por el contrario han sido poco considerados, dentro de estos se encuentra el estrés.

Considerando que actualmente vivimos en una sociedad comprometida con el crecimiento y desarrollo, en donde las exigencias impuestas para lograr este fin obligan a las personas a poner a prueba sus límites y a superarse constantemente, es fácil comprender que el estrés esté presente en la vida diaria como un mecanismo de protección del individuo, que le permite adaptarse a estímulos nocivos o amenazantes, aunque éste mecanismo de adaptación pueda tornarse en contra, dependiendo del tipo, intensidad y duración del estímulo, así como de las características propias de la persona.

Las situaciones generadoras de estrés en la mujer son variadas: estudiar, trabajar, hacerse cargo del hogar, así como otras múltiples actividades, pueden por sí solas, generar altos niveles de estrés, si los mecanismos de adaptación son deficientes. Así como las situaciones antes mencionadas, el embarazo puede establecerse como una etapa de crisis en la vida de la mujer, ya que la gestación implica tareas de desarrollo biopsicosocial con objetivos difíciles y comprometidos, cada vez más exigentes. La mujer consciente de ello, experimenta preocupación y miedo. El evento reproductivo la enfrenta a la realidad, intensificando su percepción de la misma, constituyéndose de hecho en una crisis de maduración, considerada como una crisis psicológica, un período de desequilibrio agudo, que tiene importantes repercusiones en la esfera emocional (MORALES C. y cols. 1990).

Es conocido que el estrés a lo largo de los diferentes períodos del embarazo puede influir o favorecer el desarrollo de patologías tanto maternas como fetales, por lo que es natural que exista preocupación y miedos que incluyen, temor por ella misma, por su salud durante el embarazo y el parto, así como el miedo al dolor y la muerte. También se contempla el temor por el hijo/a, incluyendo el miedo al aborto, a la malformación congénita y a la muerte intrauterina.

Aunque es conocido que el estrés materno puede provocar el parto prematuro o afectar el crecimiento intrauterino del feto, investigaciones recientes demuestran que el estrés y la ansiedad de la madre pueden además tener repercusiones significativas sobre la salud mental infantil. En concreto, es probable que la ansiedad y el estrés materno en la segunda mitad del embarazo pueda producir cambios persistentes en el sistema de adaptación al estrés del hijo/a cambios que lo harán más vulnerable e incrementarán considerablemente el riesgo de padecer trastornos de conducta, emocionales o de hiperactividad (OLZA I. 2005).

Por las razones antes descritas, se decidió estudiar a mujeres gestantes, considerando como etapa propicia para esta investigación, el tercer trimestre de embarazo, ya que durante este período se espera que las tareas evolutivas relacionadas con la incorporación, diferenciación fetal y redistribución de roles familiares se hayan cumplido en su mayoría y resta tal vez la etapa de mayor incertidumbre, que incluye la inminencia del parto y el resultado final del mismo. Por lo tanto, dependiendo de las características psicológicas, biológicas, sociales y culturales, esta última fase de la gestación se vivirá con mayor o menor dificultad.

Poco se sabe de la psicopatología del estrés y la ansiedad en el embarazo y los factores que lo conducen. Esta investigación pionera a nivel local, contribuirá a identificar los predictores de estrés y ansiedad en gestantes, aportando información relevante para realizar un manejo pertinente de los cuidados prenatales, enfocado hacia las reales y actuales necesidades de nuestra población. Con la finalidad de identificar oportunamente los cuadros de estrés y ansiedad en el embarazo, logrando una disminución y control adecuado de los factores de riesgo que puedan interferir en el desarrollo y desenlace de este proceso fisiológico, el que guiado de forma correcta, debiera vivirse como un proceso de adaptación materna, fetal y familiar.

1.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer los predictores psicocociales de estrés y recursos de afrontamiento utilizados por gestantes de III trimestre con síntomas de ansiedad, inscritas en Consultorio Externo Valdivia, en Control Prenatal durante el período mayo – junio de 2008.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.2.1 Identificar la presencia de ansiedad como principal manifestación de estrés en la población gestante inscrita en el Consultorio Externo Valdivia.
- 1.2.2 Describir el perfil sociobiodemográfico de las gestantes con síntomas de ansiedad.
- 1.2.3 Identificar los estresores psicosociales presentes en la población en estudio.
- 1.2.4 Identificar los recursos de afrontamiento utilizados por las gestantes en su relación de adaptación con el entorno.
- 1.2.5 Determinar la relación existente entre ansiedad y eventos vitales presentes en las mujeres en estudio.
- 1.2.6 Determinar la relación existente entre ansiedad y síntomas depresivos de la muestra en estudio.

2. MARCO TEORICO

2.1 TRASTORNOS DE LA SALUD MENTAL

El concepto de estrés tiene su origen en investigaciones de corte biológico, sin embargo, el reconocimiento de la incapacidad de los factores físico-químicos para explicar la ocurrencia de muchos trastornos en las sociedades modernas ha llevado a buscar nuevas categorías de factores capaces de producir trastornos. En consecuencia, el concepto de estrés se ha ampliado hasta incluir factores psicosociales, como fuentes importantes del mismo.

El organismo es una máquina muy eficiente y siempre trata de mantener el equilibrio del ambiente interno. La homeostasis se caracteriza por un nivel adecuado de salud en todos sus componentes. Vivimos en una época en la cual todos estamos expuestos diariamente a cierto grado de estrés. Si la intensidad del estrés es alta, nuestro nivel homeostático se altera, lo cual afecta negativamente la salud.

El término estrés ha sido empleado, durante muchos años para denotar tensión mental. Para este estudio se considera la definición planteada por LONG B. (1999):

“El estrés es una respuesta integral del organismo, incluyendo componentes intelectuales, conductuales, emocionales y fisiológicos, frente a un estímulo que es percibido como dañino o como una amenaza en los niveles consciente o inconsciente. La respuesta sirve como un mecanismo de protección. Dicha respuesta es producida para permitir que el individuo se adapte o se ajuste a los estímulos nocivos o amenazantes y varía en intensidad. La respuesta cambia dependiendo del tipo, de la intensidad y de la duración del estímulo y es modificada por las características de la persona”.

El *Síndrome de Adaptación General* representa un conjunto de respuestas fisiológicas y psicológicas generales ante las demandas de un estrés (positivo o negativo). Es una tríada de procesos de adaptación sucesivos en respuesta a los estímulos continuos (a largo plazo o crónico) del estrés. Cuando se habla de *síndrome*, se hace referencia a una variedad o grupo de signos y síntomas recurrentes de carácter físico, mentales y de comportamiento indicativo de una enfermedad. La *adaptación*, representa el conjunto de cambios que hace posible que el cuerpo se adapte para poder afrontar con efectividad el estrés. Las funciones orgánicas del cuerpo humano se modifican automáticamente, de manera que puedan ajustarse a los estresores constantes que lo perturban, en su medio ambiente psicosocial y físico (LOPATEGUI E. 2000).

La ansiedad es un estado emocional en el que se experimenta una sensación de angustia y desesperación permanentes, por causas no conocidas a nivel consciente, que engloba aspectos cognitivos displacenteros de tensión y aprehensión, aspectos fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del Sistema Nervioso Autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos (FRIEDMAN H. 2004).

Mientras que la ansiedad es una emoción, el estrés es un proceso que genera emociones, pero en sí mismo no es una emoción. La ansiedad se desencadena ante cualquier cambio que altere la rutina.

El estrés se desarrolla desde una perspectiva ambientalista y sobre el supuesto de especificidad situacional, mientras que la ansiedad surge del ámbito intrapsíquico de determinantes internos y estables.

La depresión es una “tristeza exagerada unida a pesimismo”. El pesimismo constituye la manifestación esencial que distingue la depresión de los sentimientos ordinarios de tristeza o desánimo que cada cual experimenta de vez en cuando. De forma característica la depresión contiene un grado de pesimismo desproporcionado con las circunstancias (FRIEDMAN H. 2004).

2.2 EVENTOS VITALES ESTRESANTES

En cuanto a los orígenes o fuentes de estrés, la atención de los investigadores se ha centrado en los eventos vitales estresantes. Este concepto se enfoca en los modelos de estrés psicosocial. Los acontecimientos vitales pueden ser extraordinarios y muy traumáticos, pero a veces son eventos relativamente normales, como el matrimonio, el cambio de trabajo, etc. A este respecto existen dos enfoques fundamentales.

El primer enfoque define los eventos vitales estresantes como experiencias objetivas que rompen o amenazan con romper las actividades normales de una persona, causando un reajuste fundamental en su conducta. Desde esta perspectiva, cualquier circunstancia que requiera un cambio en la vida de los individuos es considerada como un estresor social.

El segundo enfoque sostiene que la naturaleza de los eventos vitales estresantes queda definida en su función de indeseabilidad. No todos los cambios son estresantes, sino solo aquellos que son indeseables para el individuo.

Considerando estos enfoques y para efectos de este estudio, los eventos vitales se definen como: *Aquellos acontecimientos que requieren un reajuste de las actividades cotidianas de los individuos y son percibidos por éstos como indeseables* (STUART G. 2006).

Los acontecimientos vitales adversos son un poderoso factor desencadenante de depresión. Estos sucesos incluyen, pérdida de autoestima, discordia interpersonal, hechos indeseables desde el punto de vista social.

2.3 FACTORES ESTRESANTES

Un factor estresante se puede definir como un estímulo dañino o amenazante que puede suscitar una respuesta al estrés. Un factor estresante puede ser real o potencial, biofísico, químico o psicosocio-cultural (LONG B. 1999). A continuación se categorizan y se describen en detalle:

- *Psicosociales*: Estos son el resultado de una interacción entre el comportamiento social y la manera en que nuestros sentidos y nuestras mentes interpretan estos comportamientos. En otras palabras, el estrés social se determina por el *significado que le asignamos a los eventos de nuestras vidas*. Comprendiendo que cada persona tiene un patrón de prioridades distinto, también su estrés será diferente. Algunos ejemplos de estos tipos de estresores que con frecuencia surgen durante el transcurso de la vida son: desengaños, conflictos, cambios de trabajo, pérdidas personales, problemas económicos, presión de tiempo, jubilación, dificultades para tomar decisiones, cambios en la familia.
- *Bioecológicos*: Las causas bioecológicas se originan de toda actividad derivada de las funciones normales y anormales de los órganos y sistema corporal, incluyendo los que produce el ejercicio, y aquellos factores estresantes que surgen de nuestro ambiente físico o ecológico. Entre las funciones orgánicas se incluye todo tipo de enfermedad causada por bacterias, virus, sustancias tóxicas (drogas, nicotina, alcohol), deficiencias alimentarias (de vitaminas, sales, entre otros), obesidad, hambre, sed y todo tipo de estímulo químico-fisiológico que cause dolor. El ejercicio representa cualquier tipo de actividad física o deportes. Son aquellos eventos que demandan al cuerpo una mayor cantidad de energía para realizar un esfuerzo deportivo o actividad física, como son, el correr, nadar, entre otros. Los factores ambientales son condicionamientos del medio físico que obligan al individuo, de vez en cuando, a una reacción de estrés, tales como: calor, frío, ruido, estímulos ópticos, la contaminación del aire, heridas o traumas, entre otras.
- *Personalidad*: Se originan de la dinámica del propio individuo, su percepción sobre sí mismo, y el significado que le asigna a las situaciones estresantes, lo cual se manifiesta en actitudes y comportamientos de riesgo que resultan en alteraciones psíquicas y somáticas. Es por eso que algunas personalidades parecen ser más propensas al estrés que otras.

2.4 DETERMINANTES PSICOSOCIALES DE ESTRES Y ANSIEDAD DURANTE LA GESTACIÓN

La gestación implica una tarea de desarrollo psicosocial o más exactamente una sucesión de tareas u objetivos. Se trata de tareas difíciles y comprometidas cada vez más exigentes. Simultáneamente hay importante sobrecarga física y una concreta amenaza de daño, incluso de muerte, no sólo para la mujer sino también para el feto. La mujer esta consciente de ello y experimenta preocupación y miedo (DONAT 2001).

2.4.1 Tareas psicosociales de la gestación

El embarazo pone a la mujer cara a cara con la realidad, intensificando su percepción de la misma. El darse cuenta y hacerse cargo de la realidad es, tal vez, la característica más importante de la madurez y el embarazo es una crisis de maduración. SALVATIERRA (1989) ha señalado que cada trimestre de la gestación tiene sus propias tareas psicosociales:

- *Primer trimestre:* La mujer debe aceptar la *impregnación*, incorporando a la pareja sexual como parte de sí misma. Los cambios biológicos estimulan la regresión, lo que corresponde a la concienciación de sus sentimientos latentes de origen infantil y a la adopción de conductas de control. La reactivación de las relaciones con la madre se genera ya en este trimestre.
- *Segundo trimestre:* En ésta etapa el feto comienza a dar señales de vida a través de movimientos activos percibidos directamente por la madre. La mujer debe incorporar afectivamente al feto como parte de sí misma, lo que inicialmente es una identificación y paulatinamente *hacerse amiga de él*.
- *Tercer trimestre:* La madre debe prepararse para el parto asegurando el pasaje del niño al mundo exterior sin peligro para ninguno de los dos. Es un tiempo de fantasías intensamente dirigidas a la caracterización del próximo hijo con rasgos físicos y psíquicos, que lo singularizan como *otro ser* distinto de la madre. Se vuelve imprescindible la necesidad de percibir al feto como un ser independiente.

2.4.2 Períodos críticos del embarazo

Los límites temporales de las tareas son fluidos, existiendo imbricaciones, adelantos y atrasos. SALVATIERRA V. (1989) habla de tres *momentos* críticos o períodos de estrés incrementado:

- *La percepción del embarazo.* Antiguamente la falta de menstruación daba paso a un período de incertidumbre. Actualmente el laboratorio y la ecografía permiten la confirmación inmediata, habitualmente al comienzo del segundo mes post-menstruación. Un período de espera hasta la confirmación diagnóstica puede tanto favorecer la aparición de estrés como permitir una adaptación progresiva. Muchas mujeres toleran mal la incertidumbre. En todo caso, la *noticia* de la gestación confirmada es un acontecimiento mayor.
- *La percepción de movimientos fetales,* alrededor del quinto mes. Aunque actualmente el feto se oye y se ve mucho antes, gracias al ultrasonido. Por otro lado, también la percepción directa del feto constituye un fuerte impacto emocional.
- *La percepción de la inminencia del parto* a través de la observación del calendario, con el inexorable paso de los días anunciando su inminencia, va generando un estrés progresivo, pero también aumenta por la fatigosa distensión del abdomen y las contracciones uterinas de Braxton Hicks, ya en el último mes.

Cada uno de estos momentos genera estrés y conlleva un trabajo de adaptación y maduración para alcanzar los objetivos psicosociales descritos anteriormente. Es muy posible que la época del embarazo en que comienzan a lograrse dichos objetivos sea al final del segundo trimestre, alrededor de las 30-35 semanas, en donde se constata, en la mayoría de embarazadas, un aumento de *dependencia, pasividad e introversión*, que persiste hasta varias semanas después del nacimiento. Características que han sido consideradas como típicas de la madurez femenina y del papel maternal.

La crisis de la gestación alcanza su final en el parto, de forma inevitable. Este carácter de inevitabilidad, que obliga a una solución, esté dispuesta o no la mujer. La crisis del embarazo es un disturbio temporalmente limitado por un hecho que, por sus características traumáticas y porque implica una división del Yo femenino, tiene gran impacto emocional. En el parto hay alteraciones de la percepción y de la conciencia, pérdida de raciocinio y perturbaciones del autocontrol. La individualidad, la autosuficiencia y la superestructura cultural se reducen.

Sobre la gestante no actúa solamente el acontecimiento embarazo y la amenaza del parto, sino una serie de estresores o sucesos externos que pueden modificar o exacerbar el estrés. El enfoque de la gestación como crisis de maduración y amenaza en sí misma es muy restringido e individualista y deja fuera la consideración de una serie de cuestiones sociales a las que se enfrentan las mujeres, especialmente en nuestra civilización, ya que actúan como fuentes adicionales de estrés.

Existen diversas fuentes de estrés de origen externo que generan tensión y agotamiento emocional. SALVATIERRA (1989) las clasifica en:

- *Circunstancias de trabajo y empleo:* Es sabido que los problemas reproductivos de toda índole ocurren en mayor número en mujeres de clase económicamente baja. En parte se debe a deficiencias nutritivas y otras carencias, pero también a un patrón de sucesos vitales traumáticos recurrentes, característicos de la vida de esta clase social. En sociedades industrializadas un gran número de mujeres que se embarazan tienen un *trabajo fuera de casa*. La gestación plantea una elección entre las dos tareas, sobre todo una vez que nazca el hijo/a. La mujer sabe que su trabajo puede ser incompatible con la maternidad. En el caso más favorable, un *empleo durante el embarazo* significa un esfuerzo y estrés adicional.
- *Problemas de salud:* Son variados y generan cierta dependencia y preocupación, con reactivación de temores ante médicos y hospitales. Más complejos son los casos de enfermedad actual en la gestante, que consideraremos dentro del epígrafe de *embarazo de alto riesgo*. Una enfermedad del propio marido o de algún hijo anterior bien podría gatillar estrés en la mujer.
- *Condiciones de vida:* Singularmente las características de la vivienda, tienen notable capacidad estresante. El hacinamiento, la insuficiencia de instalaciones, la falta de intimidad, son fuente de irritaciones menores, pero continuas, que generan malestar crónico en la pareja.
- *Red de apoyo:* La relación e interacción con la familia de origen causa estrés con frecuencia. A veces por alejamiento geográfico, con soledad de la gestante, sin suficiente apoyo emocional y material.

Las relaciones maritales o de pareja son fuente de estrés con inusitada frecuencia. Una relación marital armónica y cariñosa representa una protección, tanto para el estrés intrínseco de la gestación, como para los estresores externos.

El soporte social, se define como la percepción que tiene el sujeto, a partir de su inserción en las redes sociales, de ser cuidado, amado, valorado y estimado. El elemento fundamental no es la mera inserción objetiva en una red social densa, sino la existencia de relaciones con un significado de apoyo emocional, informacional y material (POLAINO 1998).

2.5 RECURSOS DE AFRONTAMIENTO

Numerosos aspectos de las personas y de su entorno afectan la forma como sobrelleva el estrés. El afrontamiento es un proceso cambiante en el cual el individuo, debe contar con ciertas estrategias de tipo defensivas y con aquellas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno, lo que va a depender principalmente de los recursos con los que cuente la persona y de las limitaciones que dificulten su uso (LAZARUS R. 1986).

Se considera como recursos aquellas propiedades del individuo detalladas a continuación:

- *Salud y energía:* El importante papel desempeñado por el bienestar físico se hace particularmente evidente cuando hay que resistir problemas e interacciones estresantes que exigen una movilización.
- *Creencias positivas:* Verse a uno mismo positivamente, puede considerarse como un importante recurso psicológico de afrontamiento. Se incluyen aquellas creencias generales y específicas que sirven de base para la esperanza y que favorecen el afrontamiento en las condiciones más adversas.
- *Técnicas de resolución de problemas:* Incluyen, habilidad para conseguir información, analizar situaciones, examinar posibles alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado.
- *Habilidades sociales:* Son un importante recurso de afrontamiento debido al importante papel de la actividad social en la adaptación humana. Se refiere a la capacidad de comunicarse y de interactuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva. Facilitan la resolución de los problemas en coordinación con otras personas y aumentan la capacidad de atraer su cooperación y apoyo.
- *Apoyo social:* El hecho de tener alguien de quien recibir apoyo emocional, informativo y/o tangible es un recurso de afrontamiento muy útil para superar situaciones de estrés. Las personas con mayor apoyo social tienden a utilizar formas de afrontamiento más adaptativas, y el apoyo social se asocia a una mejor adaptación afectiva ante hechos estresantes. Así, el apoyo social durante el embarazo reduce la incidencia de complicaciones durante el mismo y en el parto.
- *Recursos materiales:* Hacen referencia al dinero y a los bienes y servicios que pueden adquirirse con él. Los recursos económicos aumentan de forma importante las opciones

de afrontamiento en la mayoría de las situaciones estresantes, ya que proporciona el acceso más fácil y a menudo más efectivo a la asistencia legal, médica, financiera y de cualquier otro tipo.

Parte importante de las estrategias para afrontar el estrés son aprendidas muy temprano en la vida. Cuando las respuestas aprendidas son efectivas, la persona puede vivir la situación estresante con un impacto emocional ajustado, sin presentar molestias ni conductas riesgosas. Las reacciones que reflejan una inadecuada adaptación al estrés, se manifiestan frecuentemente por somatizaciones durante el embarazo, por ejemplo; agudización o prolongación de las molestias más allá del primer trimestre (hiperémesis gravídica). Cuando han existido conflictos severos en la familia de origen, se puede generar un aprendizaje inadecuado de mecanismos de adaptación al estrés, tales como, el abuso de alcohol y drogas, conducta violenta y desorganizada frente a la frustración, aislamiento social o intentos de suicidio reiterados. Cuando la gestante no tiene mecanismos eficientes de adaptación al estrés pueden generarse conductas riesgosas para la salud materna-fetal, aumentando la probabilidad de crisis. (SALVATIERRA V. 1989)

2.6 IMPACTO DEL ESTRÉS Y ANSIEDAD EN LA GESTACION

Desde la antigüedad se pensaba que el estado emocional de la madre embarazada podía afectar al feto. De hecho la mayoría de las embarazadas intuyen que su estado anímico influye en su hijo y cuando están estresadas suelen manifestar su preocupación acerca de como afectará su nerviosismo al feto.

Los efectos más conocidos del estrés materno son el parto prematuro y bajo peso al nacer. En general, el hallazgo más repetido es que la ansiedad materna prenatal favorece el parto prematuro, efecto al parecer dosis dependiente (HEDEGAARD M. et al 1993).

En la actualidad existen múltiples estudios que caracterizan a las mujeres que a raíz de altos niveles de estrés están más expuestas a un parto prematuro, señalando que las mujeres económicamente desfavorecidas experimentan mayor número de acontecimientos de vida estresantes, sumidas en relaciones matrimoniales insatisfactorias con episodios de violencia intrafamiliar. El entorno social, saneamiento básico y las características físicas del barrio, han sido considerados como factores que aumentan la exposición al estrés ya que influirían en la disponibilidad de apoyo social y adaptación a las estrategias de afrontamiento, es decir, poseen menos apoyo social para limitar los efectos de los estresores (BEHRMAN R. et al 2007).

Los estudios de DAYAN J. et al (2006) sobre el efecto del estrés, ansiedad prenatal y parto prematuro, se centraron en observar las consecuencias del estrés en los resultados obstétricos. Así por ejemplo, se sabe que las mujeres con acontecimientos vitales estresantes durante el primer trimestre del embarazo tienen un mayor riesgo de tener un aborto espontáneo y malformaciones congénitas por una alteración del desarrollo de la cresta neural, como por ejemplo, el labio leporino. Además señalaron que existe una asociación altamente significativa entre la existencia de depresión materna y prematuridad del hijo/a. Mientras que la ansiedad prenatal por si sola no predice la posibilidad de un parto prematuro en mujeres en control prenatal normal.

También se ha observado la relación entre el estado emocional materno, el comportamiento fetal y la variabilidad de la frecuencia cardiaca fetal. A mayor estrés materno parece haber menor reactividad de la frecuencia fetal, lo que puede favorecer la conducta inhibida en la infancia. (DI PIETRO et al 1996).

La hipótesis de que la ansiedad o el estrés materno durante el embarazo afectan el neurodesarrollo del feto es antigua, pero sólo recientemente se han realizado estudios lo suficientemente amplios para contrastarla. En las dos últimas décadas una serie de estudios han permitido avanzar en la comprensión de los mecanismos por los que se produce dicho efecto. Los hallazgos han producido un cambio significativo en la psiquiatría perinatal, ya que si durante décadas se prestó mucha atención a los efectos de la depresión posparto en el desarrollo del lactante ahora se ha visto que el efecto del estrés materno probablemente sea mucho más grave y duradero en el infante de lo que se pensaba y sus efectos sobre el neurodesarrollo más severos que los de la depresión posparto. Los estudios de dos autores entendidos en la materia han confirmado que el estrés materno durante el período fetal puede afectar el desarrollo cerebral y condicionar el desarrollo emocional y conductual del niño incluso hasta el inicio de la edad adulta (HANSEN D. 1994; WEINSTOCK M. 2001).

Las implicaciones de estos hallazgos son variadas y suponen un cambio de perspectiva; antes se pensaba que las complicaciones obstétricas eran una *causa* de futuros problemas mentales, ahora se piensa que son en realidad *consecuencia* de un trastorno afectivo o de ansiedad prenatal. Algunos de los efectos que se atribuían a la depresión posparto pueden ser consecuencia del estrés prenatal, añadiendo que el estrés materno aumenta el riesgo de que ocurran una serie de problemas. Por ejemplo, duplica las posibilidades de que el niño sufra del desorden conocido como Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD). El alto grado de cortisol en el líquido amniótico es lo que provocaría el daño. Los fetos expuestos a niveles elevados de cortisol durante su desarrollo tenían un coeficiente intelectual más bajos a los 18 meses de vida. Esto tiene grandes implicancias para la salud pública. Alrededor de un millón de niños en el Reino Unido tienen problemas de desarrollo neurológico, como retrasos cognitivos, ADHD, ansiedad y otros. Un 15% de estos casos pueden estar relacionados con el estrés prenatal (GLOVER V. et al 2002)

Los principales estudios prospectivos sobre el efecto del estrés y ansiedad materna en la conducta infantil han observado una asociación muy significativa entre la ansiedad materna en el tercer trimestre y las alteraciones de conducta y problemas emocionales en la primera infancia.

La investigación ALSPAC (Avon Longitudinal Study of Parents and Children) ha sido el estudio de seguimiento más importante por su magnitud y ha confirmado el efecto tan duradero que tiene la ansiedad en el embarazo sobre el desarrollo del hijo/a. Se trata del seguimiento de una cohorte de embarazadas del condado británico de Avon desde el año 1992 hasta la fecha. OLZA (2005) señala que la ansiedad materna en la semana 32 predecía problemas graves de conducta en niños. En ellos la ansiedad materna prenatal se asoció con hiperactividad y déficit de atención a los cuatro años. A los seis y siete años los niños de madres que habían tenido ansiedad en el tercer trimestre seguían mostrando más problemas de conducta y alteraciones emocionales después de controlar el efecto de los aspectos obstétricos, psicosociales, ansiedad y depresión posparto. El efecto a los 7 años era similar al observado a

los 4 años, lo que concuerda con el efecto prolongado observado en los estudios de animales. Concluyen que hay evidencia del efecto *programación del estrés prenatal en el desarrollo del feto* que dura al menos hasta la mitad de la infancia. Además se observó que el efecto de la ansiedad materna es diferente en distintos momentos del embarazo, así, niveles altos de ansiedad materna en la semana 18 se asocian con una mayor incidencia de zurdos o problemas de lateralidad independientemente de otros factores, lo que sugiere que probablemente haya diferentes mecanismos patogenéticos en distintos momentos del embarazo. Esto es consistente con el hallazgo de que en el feto humano el eje HHS (Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal) no comienza a funcionar hasta la mitad del embarazo. En este estudio la ansiedad prenatal predecía fuertemente problemas por igual en las tres áreas: hiperactividad, problemas emocionales, trastornos de conducta, incrementándose en un 60% el riesgo de problemas severos. La ansiedad y el estrés en el embarazo también se asocian con un mayor número de visitas a la matrona o gineco-obstetra, visitas relacionadas con miedo al parto y a las contracciones uterinas. Las madres con ansiedad prenatal tienen más cesáreas programadas y anestesia epidural. Hay una asociación clínica entre la ansiedad prenatal y el incremento de las consultas y uso médico, incluyendo las cesáreas (OLZA I. 2005).

3. MATERIAL Y METODO

3.1 DISEÑO METODOLOGICO

Este estudio de tipo cuantitativo, transversal-descriptivo, recogió y analizó datos objetivos, medibles y cuantificables, centrándose en aquellos datos susceptibles de cuantificar en un tiempo determinado, con el propósito de describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, caracterizando un fenómeno o situación concreta, indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores (HERNÁNDEZ R. 2003).

En este estudio se seleccionó aquellos factores que describe la literatura como generadores de estrés en la mujer gestante, para luego cuantificarlos y analizarlos independientemente.

3.2 POBLACION EN ESTUDIO

Se utilizó una muestra probabilística simple constituida por mujeres cursando el tercer trimestre de gestación –desde las 28– semanas controladas en el Centro de Atención Primaria de Salud de la ciudad de Valdivia, Consultorio Externo, durante los meses de Mayo-Junio del año 2008. La muestra se tamizó considerando para fines de este estudio sólo aquellas gestantes que presentaran síntomas de ansiedad, como primera manifestación de estrés, detectadas con la Subescala de Medición de Ansiedad de Goldberg, validada en nuestro país, resultando un total de 35 casos que se sometieron a investigación, lo que corresponde a un 61.4% de la población total de gestantes.

El Tamaño muestral fue calculado con Statcalc, con un nivel de confianza del 95% y un intervalo de confianza del 5%.

La muestra que participó en la investigación lo hizo voluntariamente, firmando previamente un “Acta de consentimiento informado para la investigación clínica” (Anexo A1), la que evidencia la intención y confidencialidad del estudio, asegurando el resguardo ético.

3.3 INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA RECOLECCION DE INFORMACION

Se aplicaron dos instrumentos validados, uno de ellos fue la Escala de Ansiedad y Depresión de GOLDBERG Y COLS. (1998) (Anexo A4), concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria: ansiedad y depresión. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, utilizado también en la clínica como un indicador de prevalencia, gravedad y evolución de dichos trastornos. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la Atención Primaria y tiene una sensibilidad de 83.1%, especificidad 81.8% y valor predictivo positivo de 5.3%, cuando el test resulta positivo existe una alta probabilidad de padecer ansiedad o depresión. La probabilidad es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas.

La prueba consta de dos Subescalas: una para la detección de la Ansiedad, y la otra para la detección de la Depresión. Ambas escalas tienen 9 preguntas, pero las 5 últimas preguntas de

cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias. Todos los ítems tienen la misma puntuación y siguen un orden de gravedad creciente. La probabilidad de padecer un trastorno es directamente proporcional al número de respuestas positivas. Los últimos ítems de cada escala aparecen en las mujeres con trastornos más severos. Los síntomas contenidos en las escalas están referidos a los 15 días previos a la consulta. El punto de corte para las Subescalas de Ansiedad y Depresión es de 4 y 2 puntos respectivamente.

Otro instrumento utilizado fue la Escala de Reajuste Social de HOLMES Y RAHE (1990) (Anexo A3), la que contiene una serie de eventos vitales a los cuales se les asigna un valor distinto dependiendo del grado de estrés que cada acontecimiento generalmente ocasiona. Así, luego de identificar los acontecimientos vitales ocurridos durante el último año, estas cifras se suman y se obtiene una puntuación, en donde un valor mayor de 250 puntos significa que la persona se enfrenta a una situación de sobre estrés, con alta probabilidad de enfermar. Por otro lado si el puntaje obtenido fluctúa entre 250 y 150 puntos, la persona tiene alta probabilidad de generar una condición de sobre estrés.

Para medir las variables relacionadas con determinantes biológicos, socioculturales y ambientales, se aplicó un Cuestionario de preguntas cerradas y semi-estructuradas conformado por siete ítems (Anexo A2) basado en la Pauta de detección de riesgo psicosocial que sugiere el Manual de Atención personalizada con enfoque familiar en el Proceso Reproductivo del Ministerio de Salud.

Se realizó una prueba piloto, la que fue aplicada a una muestra reducida (n=8) con las mismas características requeridas para la realización del estudio, con la finalidad de evaluar la comprensión de las preguntas así como solucionar las dificultades que aparecieran. Una vez realizados algunos cambios en el cuestionario, se procedió a su definitiva elaboración y utilización.

Aquellas mujeres en estudio que presentaron signos de alteración o durante la exploración cuidadosa y exhaustiva, se determinó la presencia de predictores psicosociales de estrés y estados de tensión durante la gestación, fueron referidas oportunamente al equipo de salud, para la elaboración de un plan de apoyo, previa aplicación de instrumentos de medición recomendados por el Ministerio de Salud y ejecución de acciones de promoción de salud acorde a las necesidades identificadas en cada gestante.

3.4 PROCESAMIENTO Y ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS

Una vez obtenida la información necesaria se realizó la codificación de los datos en planilla de tabulación del programa computacional Microsoft Office Excel 2003, con respaldo de información. Asignadas las variables los datos obtenidos se trataron estadísticamente utilizando el paquete informático Epi-info 6.0. Los datos se presentan en tablas de distribución de frecuencias para calcular frecuencias absolutas y relativas, lo que permite obtener una visión numérica y sintetizada de los datos para una adecuada interpretación, caracterización y análisis de las diferentes variables planteadas en la investigación.

3.5 DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Las variables descritas a continuación se escogieron de acuerdo a la información recolectada a partir de la bibliografía revisada, estudios sobre el tema y las recomendaciones del Manual de Atención en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de Chile.

3.5.1 Determinantes biológicos

Antecedentes gineco-obstétricos: Paridad (primigesta, multípara), antecedente de mala historia obstétrica (aborto, mortinato, hijo/a con malformaciones), estado nutricional (bajo peso, normal, sobrepeso, obesidad).

Problemas salud personal y familiar: Antecedentes de enfermedad actual de la gestante o algún miembro de la familia.

Adicción tabaco/drogas/alcohol: Consumo actual de tabaco, alcohol o droga (marihuana, pasta base, cocaína, benzodiazepinas u otro medicamento sin prescripción médica).

3.5.2 Determinantes psicológicos

Aspectos psicológicos del embarazo: Planificación del embarazo, aceptación del embarazo, situaciones generadoras de malestar, incomodidad o desánimo, temores respecto a su futuro hijo/a o al parto.

Eventos de vida estresantes o traumáticos: Fueron evaluados a través de la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe, la cual consiste en otorgar una puntuación determinada a diferentes tipos de eventos vitales, y con esto es posible detectar la presencia de estrés.

Factores generadores de ansiedad y/o depresión: Estado de ánimo actual, existencia de problemas emocionales, percepción de la imagen corporal actual, aplicación de Escala de medición de Ansiedad y Depresión de Goldberg.

Estrategias de afrontamiento: Salud y energía, creencias positivas, técnicas para la resolución de problemas, habilidades sociales, apoyo social, recursos materiales, todas estas estrategias han sido incorporadas como preguntas en los diferentes ítems del Cuestionario semi-estructurado.

3.5.3 Determinantes socioculturales

Antecedentes personales: Edad (años cumplidos), estado civil (soltera, casada, conviviente, separada, viuda), escolaridad (analfabeta, básica incompleta, básica completa, media incompleta, media completa, técnica incompleta, técnica completa, superior incompleta, superior completa), ocupación/actividad laboral (sin ocupación, dueña de casa, estudiante, trabajo remunerado, otro), sistema previsional (no tiene, FONASA, AFP, pensión invalidez, subsidio municipal, otro).

Condiciones de trabajo: Problemas en el trabajo a causa del embarazo, cumplimiento de los beneficios legales.

Soporte social: Existencia de persona/s significativas, red de apoyo secundaria (amigos, colegas), Participación en algún grupo social.

Recursos financieros: Desempleo familiar, problemas financieros, existencia de ingresos mensuales suficientes para cubrir necesidades básicas.

Relación de pareja/familiar: Existencia de pareja actual, relación de pareja y familiar, apoyo de la pareja y familia, compañía a controles prenatales, distribución de roles en el hogar.

Violencia Intrafamiliar: Existencia de agresión física y/o psicológica en el último año y durante el embarazo y conexión con la persona relacionada con el hecho.

3.5.4 Determinantes ambientales

Servicios y suministros básicos: Existencia de saneamiento básico (agua potable, sistema de eliminación de excretas, red de alcantarillado, luz eléctrica)

Calidad de la vivienda: Habitaciones necesarias para los miembros de la familia (hacinamiento), seguridad estructural de la vivienda (otorga seguridad para el cuidado de los hijos).

Satisfacción usuario servicios de salud: Conformidad/satisfacción con atención médica recibida, confianza en los profesionales de la salud, participación taller de preparación para el parto.

4. RESULTADOS

Del universo de gestantes de III trimestre inscritas en el Consultorio Externo Valdivia, asistentes a Control Prenatal, durante mayo – junio de 2008 se entrevistó a 57 de ellas, quienes accedieron a participar voluntariamente de la investigación. Del total de mujeres encuestadas, 35 gestantes presentaron signos y síntomas de ansiedad, con un punto de corte de 4 en la Escala de Ansiedad de Goldberg, siendo esta última herramienta de medición, el principal tamizaje para la obtención de la muestra final (n = 35). A continuación se presentarán los resultados obtenidos según los objetivos formulados.

4.1 ANSIEDAD COMO PRINCIPAL MANIFESTACION DE ESTRES

Tabla 1. Subescala Ansiedad de Goldberg aplicada a gestantes cursando III trimestre, inscritas en Consultorio Externo Valdivia, en Control Prenatal, durante mayo - junio de 2008.

SUBESCALA DE ANSIEDAD GOLDBERG	Nº (n = 35)	%
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o En tensión?	35	100
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	34	97
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	31	88
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	23	65
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	16	45
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	15	48
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	3	2
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	29	82
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	19	54

De las 35 gestantes con síntomas de ansiedad, se aprecia que los porcentajes de respuestas afirmativas se concentran con mayor intensidad sobre el punto de corte lo que –en concordancia con la especificación entregada para la interpretación de resultados– indica que estas respuestas corresponden a los primeros síntomas de ansiedad manifestados por un individuo, en tanto que bajo el punto de corte y en orden creciente los síntomas se acentúan y se intensifican dando cabida a la aparición de otros trastornos del ánimo de mayor severidad.

4.2 PERFIL DE LA MUESTRA

Del total de gestantes en estudio el rango de edad fluctuó entre los 15 a 41 años con un promedio de 24 años, la mayor concentración etarea (60%) se localizó entre los 20 a 34 años –considerada como edad reproductiva óptima– en tanto que las adolescentes alcanzaron un 31,4% del total de la muestra. En relación con el estado civil destaca que un 43% eran solteras, 40% convivían y un tan sólo un 17% de las gestantes estaban casadas. El nivel de instrucción que predominó fue la educación media, representado por el 82,8% del total de mujeres, sin embargo un tercio de ellas aún no completaba este nivel de enseñanza. En cuanto a la ocupación, tan solo un 14,3% de las gestantes refirió realizar un trabajo remunerado y por lo tanto ser económicamente independiente. 1 de cada 2 señaló ser dueña de casa. Con respecto al sistema previsional la totalidad de las gestantes relataron estar acogidas al Fondo Nacional de Salud (FONASA), lo que se traduce en un factor protector para la salud.

La edad gestacional de ingreso a control prenatal fluctuaba entre las 7 a 20 semanas de gestación, con un promedio de 14 semanas. Con respecto a la paridad, se evidenció un leve predominio de gestantes multíparas con un 54,2%, en tanto que las primigestas alcanzaron un 45,7% del total. Un 68,6% refirió no haber planificado su embarazo, entre las razones expresadas destaca principalmente la ausencia de métodos de regulación de fertilidad. Este elevado porcentaje de embarazos no planificados en su mayoría se relacionan con primigestas adolescentes. A pesar de no haber planificado el embarazo, actualmente la totalidad de ellas declara haberlo aceptado. Al menos un 70% de la muestra tenía estados nutricionales alterados por exceso, 1 de cada 2 presentaba obesidad.

La mayor parte de las gestantes se encontraba en una relación de pareja (77,1%), de las cuales un 70,4% calificaron su relación como “regular”, principalmente según refirieron por conflictos a raíz de diferencias de opinión con la familia política. Cabe aclarar que la mayoría de estas parejas vivían de allegados en casa de parientes. A pesar de tener una regular o mala relación de pareja, la mayor parte de las gestantes señaló sentirse apoyada, recibiendo contención emocional y económica, además 9 de cada 10 mujeres señalaron sentirse respaldadas por la familia de origen. No obstante, 1 de cada 3 declararon más de un episodio de agresión verbal, dentro de los últimos seis meses. Tendencia que se conservó en el total de gestantes, en donde un 37% declaró agresión verbal durante el último año, denunciando en la mayoría de los casos como agresor al esposo/pareja (50%), ex-pareja (33,4%) o familiar (16,6%).

Con respecto a las gestantes que refirieron no tener pareja actualmente, cabe señalar que 9 de cada 10 mujeres definieron su relación familiar como buena, contando con apoyo en un 66,6% de los casos. Seis de cada diez gestantes señalaron ser acompañadas a los controles prenatales por sus parejas o alguna figura de apego/significativa. Con respecto a la distribución de roles

en el hogar un 65% de las gestantes indicaron una desigual distribución de las tareas del hogar, con escasas posibilidades de ayuda doméstica por parte de sus parejas.

De la condición habitacional de las gestantes se evidenció que un segmento importante de la muestra (43%) vivía en condiciones de hacinamiento, ya que consideraron que el número de habitaciones no era el adecuado para todos los miembros de la familia, las mujeres bajo convivencia o casadas, declararon que la vivienda no permitía generar condiciones de intimidad con la pareja. Sin embargo un 69% de las gestantes confesó sentirse cómoda en su hogar. Un 80% consideró que la vivienda le otorgaba seguridad para el cuidado de sus hijos contando en su totalidad con saneamiento básico completo.

Nueve de cada diez gestantes declaró tener problemas financieros. Dentro de las cuales, un 5,2% se vieron afectadas por problemas de desempleo familiar durante el embarazo, y un 82,8% señalaron que el dinero disponible no les alcanzaba para sus gastos

Con respecto a hábitos nocivos, del total de gestantes entrevistadas en 3 casos (8,5%) reconocieron haber fumado cigarrillos durante el embarazo, en tanto que un 5,7% (n=2) ingirió alguna bebida alcohólica durante el último mes.

Si bien las gestantes de este estudio no presentaron ninguna patología de base con necesidad de control en atención secundaria, un 54,2% de ellas señalaron 5 patologías menores durante este embarazo, de las cuales las de mayor incidencia fueron, anemia en tratamiento (52,6%), infección del tracto urinario tratada (21%), resistencia a insulina (10%) y escabiosis (5,2%). Un 54,2% de las gestantes señalaron dificultades familiares por patología de alguno de los miembros de la familia, dentro de las cuales las patologías de mayor incidencia fueron: hipertensión arterial (47,4%), diabetes (31,5%), problemas respiratorios (10,5%), depresión (5,3%).

Otro dato importante a destacar es que la totalidad de las gestantes declaró sentirse satisfechas con la atención en salud otorgada, manifestando confianza en la capacidad de los profesionales de salud para resolver sus necesidades de atención.

4.3 ANSIEDAD Y EVENTOS VITALES

Tabla 2. Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe aplicada a gestantes de III trimestre, con síntomas de ansiedad y depresión, inscritas en Consultorio Externo Valdivia, en Control Prenatal, durante mayo - junio de 2008.

Niveles	Ansiedad*		Ansiedad + Depresión*		Total	
	N=20	%	n=15	%	n=35	%
0-149 puntos	5	25	4	26.6	9	25.7
150-249puntos	13	65	6	40	19	54.3
250-300 puntos	2	10	5	33.4	7	20

* Síntomas de ansiedad y depresión según Escala de Goldberg.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la Escala de Reajuste Social se aprecia que 1 de cada 2 mujeres del total de la muestra tenía alto riesgo de presentar estrés, con una mediana de 175 puntos. En tanto que las gestantes que se encontraron en condición de estrés correspondieron a un quinto del total. El número de eventos ocurridos en los últimos 6 meses en la muestra estudiada fluctuó entre 1 y 8 (cabe considerar que el embarazo es un evento incluido en esta escala, por eso ninguna de las mujeres tiene menos de 60 puntos), con una mediana de 3 eventos. 80% de las gestantes tuvo entre 1 y 4 eventos y 20% tuvo 5 o más, éstas últimas sobrellevando una condición de sobre-estrés. Los cinco eventos referidos con mayor frecuencia fueron: problemas financieros (13,2%), deudas familiares (12,4%), Problemas con la familia política (9,4%), Reconciliación de pareja (7,5%), Problemas de salud familiar (5,6%).

En cuanto a la relación existente entre síntomas de ansiedad y presencia de estrés pesquisada con la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe, se evidenció una relación positiva entre ambos, en donde 1 de cada 5 gestantes con síntomas de ansiedad presentó además estrés.

4.4 ANSIEDAD Y DEPRESION

Tabla 3. Subescala de Depresión de Goldberg aplicada a gestantes cursando III trimestre, con síntomas de ansiedad inscritas en Consultorio Externo Valdivia, en Control Prenatal, durante mayo - junio de 2008.

SUBESCALA DE DEPRESIÓN GOLDBERG	Nº (n = 35)	%
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	16	45
2. ¿ Siente que ya no disfruta o ha perdido interés por actividades que antes le resultaban agradables?	10	28
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	8	22
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	10	28
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	12	34
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	2	5
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	7	20
8. ¿Se ha sentido usted aletargado?	10	28
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	5	14

De acuerdo a las respuestas entregadas por las gestantes, se aprecia que, aquellas que alcanzaron un mayor puntaje fueron las preguntas consideradas como sintomatología leve e inicial de un trastorno depresivo, ya que ambas se encuentran sobre el punto de corte para esta evaluación, en tanto que, las preguntas restantes obtuvieron una fluctuación de puntajes, en donde el de mayor relevancia numérica fue la dificultad para concentrarse con un 64%. Es preciso destacar que la gravedad de los síntomas es en orden creciente. La sintomatología señalada con más frecuencia sobre el punto de corte fue el déficit de energía. Bajo el punto de corte la moda fue el déficit de concentración.

Con respecto a la relación entre ansiedad y depresión es preciso señalar que del total de gestantes con ansiedad, 7 de cada 10 presentaron síntomas depresivos según la Subescala de depresión de Goldberg.

En cuanto a la relación existente entre síntomas depresivos y eventos vitales –valorados con la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe– se evidenció una relación positiva entre ambos, en donde 1 de cada 7 gestantes con ansiedad y estrés simultáneamente presentó síntomas de depresión (Tabla 2).

Tabla 4. Perfil sociobiodemográfico de gestantes con síntomas de ansiedad y depresión, cursando III trimestre, inscritas en Consultorio Externo Valdivia, en Control Prenatal, durante mayo - junio de 2008.

Variables	Categorías	Total Ansiedad		Ansiedad Depresión	
		n=35	%	n=25	%
Edad	15 – 19 años	11	31.5	7	28
	20 – 34 años	21	60	12	48
	>35 años	3	8.5	6	24
Estado civil	Casada	6	17.2	6	24
	Conviviente	15	42.8	10	40
	Soltera	14	40	9	36
Escolaridad	E. Básica	3	8.5	4	16
	E. Media	28	80.1	15	60
	T. Profesional	3	8.5	6	24
	E. Superior	1	2.9	0	0.0
Ocupación	Sin ocupación	3	8.5	4	16
	Dueña de casa	19	54.3	12	48
	Estudiante	8	22.9	6	24
	T. Remunerado	5	14.3	3	12
Paridad	Primigesta	16	45.7	10	40
	Múltipara	19	54.3	15	60

Del total de gestantes con síntomas depresivos (71.4%) se obtiene un perfil sociobiodemográfico que señala que, la mayor parte de la muestra corresponde mujeres en edad reproductiva, multíparas (60%), convivientes (40%) y dueñas de casa (48%), conservándose la tendencia de la totalidad de la muestra.

4.5 ESTRESORES BIOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES

Tabla 5. Distribución Factores generadores de temor frente al evento del parto, según paridad, percibidos por gestantes de III trimestre, con síntomas de ansiedad, inscritas en Consultorio Externo Valdivia, en Control Prenatal, durante mayo - junio de 2008.

Factor generador de temor	Primigesta		Multípara		Total	
	n=13	%	n=11	%	N=24	%
Intolerancia al dolor	6	46.5	0	0.0	6	25
Muerte fetal	1	7.6	4	36.3	5	20.8
Asfixia neonatal	0	0.0	3	27.5	3	12.5
Parto prematuro	4	30.7	2	18.1	6	25
Malformaciones	1	7.6	2	18.1	3	12.5
Parto distócico	1	7.6	0	0.0	1	4.2

Se consultó también a las gestantes sobre la existencia de temores frente al evento del parto (n=24). Un 46.5% de las primigestas mencionó con frecuencia intolerancia al dolor y/o agotamiento por contracciones uterinas. Mientras que las multíparas refirieron temor a la muerte fetal y asfixia neonatal como principal aprensión.

Tabla 6. Distribución Factores generadores de malestar frente al evento del parto, según paridad, percibidos por gestantes de III trimestre, con síntomas de ansiedad, inscritas en Consultorio Externo Valdivia, en Control Prenatal, durante mayo - junio de 2008.

Factor generador de malestar	Primigesta		Multípara		Total	
	n=14	%	n=12	%	n=26	%
Vómitos y náuseas	6	42.8	3	25	9	34.6
Difícil aceptación embarazo	5	35.9	2	16.7	7	27.1
Pirosis/Intolerancia al Fe	1	7.1	3	25	4	15.3
Aumento brusco de peso	0	0.0	1	8.3	1	3.8
Labilidad emocional	1	7.1	2	16.7	3	11.6
Agotamiento	1	7.1	1	8.3	2	7.6

En relación a los aspectos generadores de malestar e incomodidad durante el embarazo, tanto las primigestas como las multíparas señalaron con frecuencia vómitos y náuseas matinales (34.6%) (factor que –según manifiestan– ocasiona ansiedad por la baja tolerancia a la primera comida del día), seguido por poco más de un cuarto del total de mujeres (27.1%) que refirieron una difícil aceptación (inicial) del embarazo, principalmente según relatan por no ser planificado.

4.6 RECURSOS DE AFRONTAMIENTO

A continuación se describen las estrategias de afrontamiento y limitantes psicosociales que presentaron las gestantes con síntomas de ansiedad.

4.6.1 Salud y energía

Siete de cada diez gestantes refirió sentirse triste y pesimista la mayor parte del tiempo, un 77,1% señaló que ha perdido interés por las cosas que resultaban gratas o le gustaba hacer. Percepción que se vio influida también por la estación del año en la que se realizó el estudio, ya que en invierno las personas disminuyen su actividad física, lo que fue corroborado por las gestantes de la muestra, sumado a esto están los problemas económicos, de vivienda (en relación con hacinamiento, calefacción escasa). Otro punto a considerar es que debido al incremento de masa corporal –en muchos de los casos desproporcionados– sumado a la sobrecarga propia del embarazo, las mujeres se sienten aletargadas, con notoria disminución de la capacidad de movilidad física. Por consiguiente, lo antes mencionado constituye una limitación para la adecuada adaptación y resolución de conflictos.

4.6.2 Habilidades sociales

Respecto a la participación social –aquellas iniciativas sociales en las que las personas toman parte consciente en un espacio, posicionándose y sumándose a ciertos grupos para llevar a cabo determinadas causas– destaca que tan sólo 1 de cada 10 de las gestantes generó empatía con estas actividades, declarando pertenecer a algún grupo o actividad social, lo que constituye una limitante para la resolución de conflictos.

4.6.3 Apoyo social

Recibir apoyo emocional, informativo y/o tangible es un recurso de afrontamiento muy útil para superar las situaciones de estrés, por ello resulta importante destacar que las gestantes refirieron contar con apoyo tanto de su red primaria, como también señalaron recibieron apoyo por parte de amigos/as y del equipo de salud de su centro de atención. Siendo éste el principal recurso de afrontamiento utilizado por las mujeres del estudio.

4.6.4 Recursos materiales

Según declaran las gestantes un 91,4% de ellas tienen problemas financieros, señalando que el dinero disponible no les alcanza para cubrir sus necesidades básicas. Actuando como limitante, disminuyendo la oportunidad de acceder de forma fácil a la asistencia legal, médica, financiera entre otras.

4.6.5 Creencias positivas

En relación a la autoestima, se evidenció que las gestantes presentaban condición nutricional de sobrepeso y obesidad, lo que afectó negativamente la valoración de la autoimagen tanto por el estado nutricional como por los cambios en la fisonomía propios del estado gravídico, según manifestaron las gestantes.

Dentro de los recursos más utilizados por las gestantes con síntomas depresivos, destaca el apoyo social y la confianza depositada en los profesionales de la salud en la búsqueda de solución de conflictos y continua adaptación al entorno.

5. DISCUSION

Actualmente existen ciertas herramientas de medición de estrés y ansiedad que facilitan la identificación de factores de riesgo psicosocial en las gestantes. Dentro de este contexto se utilizó la Escala de Ansiedad de Goldberg como tamizaje para la detección de ansiedad, considerándose ésta como principal manifestación de estrés en el embarazo. De acuerdo con ésta escala de medición, 6 de cada 10 gestantes de III trimestre presentaban síntomas de ansiedad.

Un aspecto que nos parece importante resaltar es la relevancia que cobran los diferentes determinantes/dimensiones psicosociales durante la gestación. Esto queda demostrado por la elevada frecuencia de situaciones condicionantes de estrés que fueron detectadas en este estudio, entre las que destacan: 68,6% de las gestantes no había planificado su embarazo, 1 de cada 3 era adolescente, 7 de cada 10 presentó síntomas depresivos (con un punto de corte mayor a 2 en la Escala de Goldberg), 54.3% de la muestra tenía riesgo de sufrir estrés y 20% presentaban una condición de estrés. Estos resultados se suman a los obtenidos en otros estudios donde se muestra la magnitud que diferentes factores psicosociales pueden tener durante la gestación. Un estudio de similares características realizado por ALVARADO R. *et al* (2002), detectó que al menos 56% de las mujeres entrevistadas no había planificado su embarazo, 32% consideraban la gestación como un evento negativo en sus vidas, 6 de cada 10 tenían síntomas de estrés emocional. Tendencias que se conservan e intensifican en este estudio, revelando un autocuidado deficiente, carencias económicas y alteraciones en la salud mental de las gestantes.

Impresiona también la alta prevalencia de violencia intrafamiliar, 1 de cada 3 mujeres declara más de un episodio de agresión verbal en los últimos seis meses. La violencia doméstica hacia la mujer es un problema poco reconocido e insuficientemente valorado, a pesar de que es un hecho frecuente y una causa significativa de morbilidad y mortalidad femenina. Estimaciones del Banco Mundial indican que la violencia, especialmente dirigida hacia la mujer, hace que ésta pierda uno de cada cinco días de vida saludables en su edad reproductiva. Un aspecto ampliamente documentado en la literatura es la relación directa entre violencia durante el embarazo y bajo peso al nacer, esto conlleva una serie de limitaciones en el inicio de la vida de cualquier menor. Es necesario considerar que los efectos del maltrato durante el embarazo son tanto físicos como emocionales. La mujer maltratada desarrolla un cuadro de estrés permanente, que se asocia con depresión, angustia, baja autoestima, suicidio y homicidio (VALDEZ L. 1996).

Por otra parte 9 de cada 10 gestantes declara tener problemas financieros y 7 de cada 10 mujeres señala vivir en condiciones de hacinamiento. En general, la frecuencia de estrés es mayor en la clase económica baja. El estrés psicosocial propio de la pobreza puede incrementar la susceptibilidad a enfermedades como la depresión entre otras, en especial porque al individuo le falta soporte social, no tiene salida para sus frustraciones y siente que su situación puede agravarse (FRIEDMAN H. 2004). La realidad nacional expuesta a través de la Encuesta Casen 2006 reveló que el 14,3% de las mujeres son pobres. La pobreza se ha feminizado más

en este periodo, porque en los hogares indigentes y en los hogares pobres ha crecido la jefatura femenina. Usualmente son madres jóvenes con niños pequeños. De acuerdo con cifras de la encuesta Casen, el 74% de ellas pertenece a los dos quintiles de menores ingresos. Según el Ministerio de Salud, 1 de cada 5 adolescentes de escasos recursos son madres, mientras en los estratos altos 1 de cada 30 (MIDEPLAN, 2006).

La gestación implica tareas de desarrollo psicosocial cada vez más exigentes, la mujer consciente de ello experimenta preocupación y ansiedad. Claramente existe una multiplicidad de factores que en forma entremezclada –en mayor o menor proporción– actúan como predictores psicosociales de estrés durante la gestación. De acuerdo a lo señalado por las gestantes se mencionaron 6 factores generadores de temor frente al evento del parto, 46.5% de las primigestas señaló con frecuencia intolerancia al dolor y/o agotamiento por contracciones uterinas. Mientras que las multíparas refirieron muerte fetal y asfixia neonatal como principal aprensión. Otras de las causas que se mencionan son el temor a la prematuridad, a las malformaciones y al parto distócico. El estrés en esta etapa se debe al temor al parto inminente, a las probabilidades de peligro y daño para el binomio. Durante este período y el parto, mucha de la angustia y miedo que se genera se debe a la tradición cultural, la cual puede incrementarse por la tensión que se produce en las primigestas, por la desinformación y creencias erradas que rodean el proceso de la maternidad (DIAZ, 1999).

Los aspectos psicosociales que actúan como protectores son aquellos que favorecen y estimulan la resistencia personal ante condiciones ambientales que predisponen al deterioro del estado de salud. Los recursos que posee la gestante son una fuente importante de factores protectores y de solución de conflictos. Sin embargo los resultados muestran que las formas de afrontamiento de salud–energía y desarrollo personal son utilizadas precariamente por las mujeres, con una baja participación social y limitados recursos económicos. La presencia de factores de riesgo psicosocial y mecanismos de afrontamiento deficitarios durante la gestación aumenta la probabilidad de presentar síntomas físicos, emocionales, conductas de riesgo, maltrato a los hijos/as, violencia e incluso enfermedades, tales como depresión, hipertensión arterial y otras (MINSAL 2007).

Según los resultados obtenidos con las diferentes herramientas de medición utilizadas, las gestantes en su mayoría no cuentan con estrategias de afrontamiento adecuadas para la resolución de conflictos, se evidencia mayor cantidad de limitaciones, específicamente relacionados con alteraciones en la salud mental, precarias técnicas de resolución de conflictos, escasas habilidades sociales y recursos materiales, lo que refleja la relación positiva que se establece entre elevados índices de ansiedad, síntomas de depresión y acontecimientos vitales estresantes. Resultados similares a los obtenidos por ALVARADO R. *et al* (2002).

6. CONCLUSIONES

El estudio de los predictores psicosociales de estrés y ansiedad durante la gestación constituyó un gran desafío para las investigadoras, ya que este tema hasta hace al menos una década era subestimado como generador de patología o facilitador de complicaciones durante el embarazo y menos aún se consideraba el impacto y la trascendencia en la vida del futuro hijo/a. En la actualidad existe un creciente interés en la identificación de causas de trastornos de la salud mental en gestantes y consecuencias de su impacto en la vida del binomio madre-hijo/a y familia.

La aplicación de una prueba de tamizaje validada en nuestro país, para la detección de ansiedad en una población de mujeres que cursaban un embarazo normal aparente –tanto médica como psicológicamente– permitió identificar 6 de cada 10 gestantes de tercer trimestre con síntomas de ansiedad, de las cuales, 7 de cada 10 presentaron síntomas de depresión según la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Expresando una relación positiva entre ansiedad, estrés y depresión, con alta incidencia de eventos vitales medibles con la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe.

Dentro de los aspectos médico–sociales de la Obstetricia actual, hay una serie de hechos que cobran un especial relieve. En este contexto, la gestación durante los inicios de la vida reproductiva, la escasa planificación de éstos, problemas económicos, hacinamiento y violencia intrafamiliar, destacan dentro de los hallazgos encontrados y contribuyen de sobremanera a la inadecuada adaptación, empoderamiento del rol materno y afrontamiento del proceso en sí.

Entre los recursos de afrontamiento utilizados por las mujeres con síntomas de ansiedad y depresión en la resolución de conflictos y adaptación al entorno, destaca el apoyo familiar y soporte social, con frecuencia también se señala la confianza en la capacidad resolutoria del equipo de salud. Como recursos limitantes en la resolución de conflictos destacaron el déficit de recursos materiales y déficit de motivación para realizar actividades recreativas.

Un punto a favor para la realización de esta investigación es que el grupo de gestantes en estudio no recibió intervención biopsicosocial específica más que la atención prenatal habitual entregada por el equipo de salud. Es preciso señalar que en el centro de atención primaria donde se realizó este estudio, aún no se habían implementado en su totalidad los talleres integrados Chile Crece Contigo, bajo el marco del Sistema de Protección a la primera infancia,

Las autoras consideran como limitación del estudio, el período del año en que se recolectó la información, pudiendo ésta influenciar circunstancialmente las respuestas adaptativas de las gestantes en estudio, generando apatía y letargo, por la reducción de horas solares, predominando un clima urbano inhóspito y un incremento de depresión estacional.

En virtud de los resultados obtenidos en esta investigación se puede concluir que, el estudio de predictores biopsicosociales de estrés, la pesquisa de ansiedad y evaluación de

recursos de afrontamiento en el embarazo, permiten, visualizar alteraciones de la salud mental, que en un control prenatal habitual sería difícil identificar. En los últimos años se ha recogido una cantidad considerable de evidencia científica que respalda esta afirmación, es importante destacar que los trastornos del ánimo que se configuran como patologías de salud mental durante la gestación, exponen tanto a la madre como al feto a un riesgo directamente proporcional al tipo y grado de trastorno que puedan presentar, no tan solo desde el punto de vista biológico, facilitando un parto prematuro o influyendo en el peso de nacimiento, sino que también puede conllevar problemas de salud mental en el hijo/a, incluyendo en este contexto problemas de tipo conductual, déficit atencional, hiperactividad, entre otros.

La dificultad y exigencia de las tareas psicosociales del embarazo, justifican la necesidad de apoyo profesional a las mujeres, para superar inseguridades y problemas emocionales y así lograr una adecuada adaptación durante la gestación. Es de suma importancia que matronas/es involucradas/os en el cuidado del binomio madre-hijo/a, consideren éstos aspectos en el quehacer diario, ya que, son quienes guían, cuidan y acompañan la mayor parte del tiempo a la gestante y familia.

A partir de los datos obtenidos, emerge un desafío para los profesionales, tomando en consideración la importancia de estas patologías muchas veces subvaloradas, pesquisando, derivando y vigilando alteraciones de la salud mental, por su real trascendencia en la evolución normal de la gestación, puerperio y repercusión en el desarrollo normal del hijo/a.

Como conclusión final, próximas investigaciones sobre el tema deberían profundizar los predictores psicosociales de estrés identificados, abarcando una muestra más amplia e instrumentos de valoración como la Escala de Estrategias de Afrontamiento, Apgar familiar y Escala de Valoración Socioeconómica, entre otros.

7. BIBLIOGRAFIA

- ALVARADO, R.; E. MEDINA; W. ARANDA. 2002. The effect of psychosocial variables during pregnancy on birth weight and gestational age of the newborn. *Revista Médica de Chile*. 130: 561-68.
- BEHRMAN, R. *et al* 2007. Preterm Birth: Causes, Consequences and Prevention, Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Healthy Outcomes Board on Health Sciences Policy and Institute of Medicine. 4:124-147. (Disponible online en: http://books.nap.edu/catalog.php?record_id=11622).
- DAYAN, J. *et al* 2006. Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosom Med*. 68(6):938-46. (Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17079701?ordinal_pos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=1&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17079701?ordinal_pos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=1&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed)).
- DÍAZ, R.; F. AGUILAR; G. SANTILLÁN. 1999. Estrés y embarazo. *Revista Asociación Dental Mexicana*. 56 (1): 27-31.
- DI PIETRO, J.; D. HODGSON; K. COSTIGAN; T. JOHNSON. 1996. Fetal antecedents of infant temperament. *Child Development* 67: 2568-2583.
- DONAT, F. 2001. *Enfermería maternal y ginecológica*. Editorial Masson. 7: 156-158.
- FRIEDMAN, H. 2004. *Manual de diagnóstico médico*. Editorial Masson. 1:16-17.
- GLOVER V; T. O'CONNOR. 2002. Effects of antenatal stress and anxiety: Implications for development and psychiatry. *Journal Psychiatry*. 180:398-91. (Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/180/5/389>).

- GOLDBERG Y COLS. 1998. Escala de ansiedad y depresión. En: GIL, R. 2007. Neuropsicología. Editorial Elsevier, España.1: 18.
- HANSEN, D.; H. LOU; M. NORDENTOFT, et al. 1994. Prenatal stressors of human life affect fetal brain development. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 36: 826-832.
- HEDEGAARD, M.; T. HENRIKSEN; S. SABROE. 1993. Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *BMJ Journal*. 307: 235-239. (Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1678180>).
- HERNÁNDEZ, R. 2003. Metodología de la investigación. Editorial Mac Graw-Hill Interamericana. México. 7: 271-273.
- HOLMES, T.; R. RAHE. 1990. Escala de Reajuste Social. En: LOPEZ-IBOR, J. 1999. Lecciones de psicología medica. Editorial Elsevier, España 8: 604-606.
- LAZARUZ, R.; S. FOLKMAN. 1986. Estrés y procesos cognitivos; El proceso de afrontamiento: una alternativa a las formulaciones tradicionales. Editorial Martínez Roca, España.460-462.
- LONG, B.1999. Enfermería Médico Quirúrgica. Factores estresantes, estrés y manejo del estrés. Editorial Hartcourt Brace., España 6 (2): 650-654.
- LOPATEGUI, E. 2000. Estrés: Concepto, causas y control. Fisiología del ejercicio. (Disponible en: <http://www.saludmed.com/Documentos/Estres.html>)
- MIDEPLAN, 2006. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) (Disponible en: <http://www.mideplan.cl>)

- MINSAL, 2007. Manual de Atención Personalizada con Enfoque Familiar en el Proceso Reproductivo. Departamento Ciclo Vital. Pauta de Detección Riesgo Psicosocial. 3: 26- 42.
- MOLINA, M.; C. FERRADA; R. PEREZ; et al. 2004. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Revista Médica Chile*.132.65-70.
- MORALES, C. et al. 1990. Situación marital y emocional de un grupo de mujeres gestantes de alto riesgo. *Reproducción Humana Perinatal*. 4: 2.
- OLZA, I. 2005. Estrés y ansiedad durante la gestación y alteraciones de conducta en el niño. Centro de Salud Moncloa Madrid. (Disponible en: http://www.holistika.net/parto_natural/el_bebe/ansiedad_durante_el_embarazo_y_alteraciones_de_conducta_en_el_nino.asp).
- POLAINO, A. 1998. Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia. Editorial Rialp Barcelona, España. 281- 287.
- SALVATIERRA, V.1989. Psicología del embarazo y sus trastornos. Editorial Martínez Roca, España. 3: 36-92.
- STUART, G.; M. LARAIA 2006. Enfermería psiquiátrica, Principios y práctica. Editorial Elsevier, España 19: 342-343.
- VALDEZ, R.; L. SANIN. 1996. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Pública de México*. Instituto Nacional de Salud Pública. 38: 352-362. (Disponible en: www.insp.mx/rsp/_files/File/1996/num_5/DOMES385.pdf).
- WEINSTOCK, M. 2001 Alterations induced by gestational stress in brain morphology and behaviour of the offspring. *Progress in Neurobiology*. 65: 427-451.

8. ANEXOS

ANEXO 1

A1

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA**INVESTIGADORAS RESPONSABLES:** Marianela Cabezas Ibarra - Cynthia Soliz Pérez

TITULO DE LA TESIS: *PREDICTORES BIOPSIICOSOCIALES DE ESTRÉS EN MUJERES GESTANTES DE III TRIMESTRE, INSCRITAS EN CONSULTORIO EXTERNO VALDIVIA DURANTE MAYO-JUNIO DE 2008.*

Se me ha solicitado participar de una investigación que estudia los predictores biopsicosociales de estrés en mujeres gestantes de III trimestre.

Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en que se disponga de los registros en fichas clínicas respecto a mis antecedentes personales y de mi pareja, como que se me solicite contestar cuestionarios relativos a aspectos sociales y psicológicos.

Yo entiendo que:

- 1) Que no se me aplicará, ningún procedimiento ni intervención que ocasione riesgo para mi salud.
- 2) Cualquier consulta que desee hacer en relación con mi participación en esta investigación deberá ser contestada por las investigadoras responsables (Marianela Cabezas fono: 07-8480651. Cynthia Soliz fono: 08-5704953).
- 3) Me comprometo a entregar la información solicitada entendiendo que los resultados de este estudio serán publicados, pero mi nombre o identidad no será revelada y mis datos permanecerán en forma confidencial.
- 4) Este consentimiento ha sido dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado a hacerlo.

 Entrevistador

 Participante

Valdivia,..... de 2008.

ANEXO 2

A2

CUESTIONARIO DE INFORMACION GENERAL Y ENTREVISTA

Nombre: _____

Centro de Atención Primaria: _____ Fecha: _____

Información del cuestionario: El presente cuestionario esta dirigido a la mujer gestante que ha accedido a participar de la investigación a través de un consentimiento informado.

En este cuestionario se desarrollaran preguntas cerradas, con la finalidad de obtener información general sobre la persona que será la unidad de estudio, como primera instancia de conocimiento de la misma. Además de la obtención de datos personales relevantes para la realización de la investigación.

Instrucciones de uso: Encierre en un círculo la alternativa elegida o escriba cuando corresponda.

I. ANTECEDENTES PERSONALES	
1. <i>¿Qué edad tiene Usted?</i>	_____Años cumplidos
2. <i>¿Cual es su estado civil?</i>	1. Soltera. 2. Casada. 3. Conviviente. 4. Separada. 5. Viuda.
3. <i>¿Qué escolaridad tiene Ud.?</i>	1. Analfabeta. 2. Básica incompleta. 3. Básica completa. 4. Media incompleta. 5. Media completa. 6. Técnica incompleta. 7. Técnica completa. 8. Superior incompleta. 9. Superior completa.
4. <i>¿Qué tipo de ocupación o trabajo tiene Ud?</i>	1. No tiene ocupación. 2. Dueña de casa. 3. Estudiante. 4. Trabajo remunerado dentro del hogar. 5. Trabajo remunerado fuera del hogar. 6. Otro. Especifique_____

II. HABITOS Y AUTOCUIDADO	
1. <i>¿Actualmente fuma cigarrillos? Si la respuesta es si, ¿Cuántos cigarrillos fumó la última semana?</i>	1. Si 2. No
2. <i>En el último mes, ¿Ha consumido alguna droga (marihuana, pasta base, cocaína, benzodiazepinas u otros medicamentos sin prescripción médica etc.?)</i>	1. Si 2. No
3. <i>¿Ha consumido bebidas alcohólicas desde que sabe que está embarazada?</i>	1. Si 2. No
III. SALUD MENTAL	
1. <i>¿Se ha sentido triste decaída y pesimista casi todos los días?</i>	1. Si 2. No
2. <i>¿Alguna vez en su vida ha tenido problemas emocionales?</i>	1. Si 2. No
3. <i>¿Siente que ya no disfruta o ha perdido interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas?</i>	1. Si 2. No
4. <i>¿Afecta su autoestima el cambio en la imagen corporal?</i>	1. Si 2. No
5. <i>¿Pertenece a algún grupo o actividad social en la que participe una vez al mes?</i>	1. Si 2. No
6. <i>¿Hay algún lugar en el que se pueda relajar y estar tranquila?</i>	1. Si 2. No
IV. ANTECEDENTES OBSTETRICOS Y EMBARAZO ACTUAL	
1. <i>¿Este es su primer embarazo?</i>	1. Si 2. No
2. <i>¿Ha tenido alguna pérdida o aborto?</i>	1. Si 2. No

3. <i>¿El embarazo actual fue planificado?</i>	1. Si 2. No
4. <i>¿El embarazo ha sido aceptado?</i>	1. Si 2. No
5. <i>¿Ha pensado en la posibilidad que ocurra alguna complicación durante la gestación?</i>	1. Habitualmente 2. A veces 3. Lo pensó en algún momento 4. Nunca
6. <i>¿Ha sucedido alguna situación del embarazo que le produjo malestar, incomodidad o desánimo? Mencione _____</i>	1. Si 2. No
7. <i>¿Siente algún temor respecto al su hijo/a o al parto? ¿Cuál?, Mencione _____</i>	1. Si 2. No
8. <i>¿Le preocupa no poder tolerar el dolor de las contracciones uterinas?</i>	1. Si 2. No
9. <i>¿Le preocupa tener un hijo enfermo y/o con malformaciones congénitas?</i>	1. Si 2. No
10. <i>¿Presenta Ud. Alguna enfermedad actualmente? Especifique</i>	1. Si 2: No
11. <i>Si Ud. Trabaja actualmente, ¿Se ha sentido afectada por algún problema en el trabajo a causa del embarazo?</i>	1. Si 2. No
12. <i>¿Se ha visto afectada por problemas de desempleo familiar durante su embarazo?</i>	1. Si 2. No
13. <i>¿Se ha visto Ud. O su familia afectados por problemas financieros durante su embarazo?</i>	1. Si 2. No
V. CONDICIONES DE HABITABILIDAD	
1. <i>¿Considera que el número de habitaciones es el adecuado para todos los miembros de la familia?</i>	1. Si 2. No
2. <i>¿La vivienda permite generar condiciones de intimidad con la pareja?</i>	1. Si 2. No

3. <i>¿Considera que la vivienda actual le otorga seguridad para el cuidado de sus futuros hijos?</i>	1. Si 2. No
4. <i>¿Cuenta su vivienda con saneamiento básico (agua potable, eliminación de excretas, red de alcantarillado, luz eléctrica)?</i>	1. Si 2. No
5. <i>¿Se siente cómoda en su hogar?</i>	1. Si 2. No
VI. RELACIÓN FAMILIAR Y DE PAREJA	
1. <i>¿Actualmente tiene pareja?</i>	1. Si 2. No
2. <i>¿Cómo definiría su relación de pareja?</i>	1. Buena. 2. Regular. 3. Mala
3. <i>¿Cómo considera que es la relación familiar?</i>	1. Buena. 2. Regular. 3. Mala.
4. <i>¿Ha sentido el apoyo de su familia durante este embarazo?</i>	1. Siempre 2. Casi siempre 2. Algunas veces 3. Nunca
5. <i>¿Se siente apoyada ahora?</i>	1. Si 2. No
6. <i>¿Tiene amigas que la apoyen si lo requiere?</i>	1. Si 2. No
7. <i>¿Su pareja o alguna otra persona le ha acompañado a sus controles prenatales?</i>	1. Si 2. No
8. <i>¿Su pareja le ha dicho que no debería estar embarazada?</i>	1. Si 2. No
9. <i>¿Le habla fuerte o con malas palabras controla sus salidas, la amenaza?</i>	1. Si 2. No
10. <i>¿Ha sido golpeada o lastimada de cualquier forma en el último año?</i>	1. Si 2. No

11. <i>¿Fue usted alguna vez abusada o golpeada físicamente durante el embarazo?</i>	1. Si 2. No
12. <i>Si la respuesta anterior es si, ¿Cuál o cuales de las siguientes personas ha estado relaciona con el hecho?</i>	1. Esposo o pareja 2. Ex pareja 3. Un familiar 4. Un extraño
13. <i>¿Se siente segura en su relación actual?</i>	1. Si 2. No
14. <i>¿Cuándo se presenta algún conflicto siente apoyo por parte de su familia?</i>	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Nunca
15. <i>¿Siente que el dinero disponible en su hogar les alcanza para sus gastos?</i>	1. Si 2. No
16. <i>¿En su casa se comparten las tareas del hogar?</i>	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Nunca
17. <i>¿Algún miembro de la familia presenta actualmente problemas serios de salud? ¿Cuál? _____</i>	1. Si 2. No
VII. ATENCIÓN EN SALUD	
1. <i>¿Durante sus controles prenatales y/o a través de algún taller, ha recibido preparación física y/o psicológica para afrontar el proceso de embarazo?</i>	1. Si. 2. No. 3. Especifique _____
2. <i>Cuándo ha requerido atención medica. ¿Ha quedado conforme con la atención recibida?</i>	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Nunca
3. <i>¿Confía en la capacidad de los profesionales de la salud para resolver necesidades de atención médica?</i>	1. Si 2. No
4. <i>¿Se siente satisfecha con la atención en salud otorgada?</i>	1. Si 2. No
5. <i>¿Cuántas veces ha debido consultar en la guardia obstétrica durante esta gestación?</i>	Indique N° de veces _____

ANEXO 3

A3

ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL DE HOLMES Y RAHE

Utilizando la Escala de reajuste social, elaborada por Thomas Holmes y Richard Rahe, es posible detectar el grado de estrés que sufre un ser humano. A través de ella se pueden consultar los cambios significativos que una persona ha experimentado en los últimos 12 meses de su vida y que han podido incidir en su situación mental o física.

En la siguiente tabla podrá consultar cambios significativos en su vida y ver el valor de estrés que le ocasionan. ENCIERRE CUALQUIER ITEM QUE HAYA ESPERIMENTADO EN SU VIDA EN LOS ULTIMOS 12 MESES. Después sume el total.

ACONTECIMIENTOS	VALOR ESTRÉS
Muerte de la pareja, padre o novio	100
Divorcio (propio o de los padres)	65
Pubertad	65
Embarazo	65
Separación marital o termino de noviazgo	60
Prisión	60
Muerte de algún miembro de la familia	60
Ruptura de compromiso marital	55
Compromiso matrimonio	50
Grave herida o enfermedad personal	45
Matrimonio	45
Entrar a la Universidad	45
Cambio de independencia o responsabilidad	45
Uso de drogas o alcohol	45
Perder trabajo o ser expulsado de escuela	45
Cambio en el uso de drogas o alcohol	45
Reconciliación con la pareja, familia o novio	40
Problemas en la escuela o en el trabajo	40
Problema serio de salud personal o de algún miembro de la familia	40
Trabajar y estudiar al mismo tiempo	35
Trabajar más de 40 horas a la semana	35
Cambio de carrera	35
Cambio de frecuencia de salidas sociales con miembros del sexo contrario	35
Problemas de ajuste sexual (confusión en la identidad sexual)	35
Nuevo miembro de la familia (nacimientos, nuevas uniones conyugales)	35
Cambio en las responsabilidades del trabajo	35
Cambio en el estado financiero	30

Muerte de un amigo cercano (no miembro de la familia)	30
Cambio del tipo de trabajo	30
Cambio en el número de discusiones con la pareja, padres o amigos	30
Dormir menos de 8 horas al día	25
Problemas con la familia política o la familia del novio	25
Logro sobresaliente personal (premio, etc.)	25
La pareja o padres comienzan o dejan de trabajar	20
Comienzo o fin de escuela	20
Cambios en condiciones de vida (visitas, remodelaciones, etc.)	20
Cambios en hábitos personales (empezar o dejar una dieta, fumar, etc.)	20
Alergias crónicas	20
Problemas con el jefe	20
Cambio de horas de trabajo	15
Cambios de residencia	15
Cambio a una nueva escuela (no por graduación)	10
Período premenstrual	15
Cambio de actividad religiosa	15
Deuda personal o de la familia	10
Cambio en la frecuencia de reuniones familiares	10
Vacaciones	10
Vacaciones de navidad	10
Violación menor de la ley	5

Interpretación: Si ha experimentado un nivel de estrés de 250 puntos o más en el último año, aún con una tolerancia "normal" puede encontrarse en una situación de "sobre-estrés". Personas con una "baja tolerancia al estrés" pueden encontrarse sobre-estresadas a niveles de 150 puntos o menos.

ANEXO 4

A4

ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG Y COLS. 1998.

Esta escala ha sido validada internacionalmente para la medición ansiedad y depresión y consta de 2 subescalas, una de ellas es la subescala de ansiedad que consta de 9 preguntas a las cuales se les otorga puntuación (un punto por cada pregunta positiva) si hay 4 preguntas positivas se continua con la segunda etapa hasta completar las 18 preguntas si en esta etapa hay mas de 4 respuestas positivas significa que la persona presenta algún grado de ansiedad. La subescala de depresión funciona de la misma forma, pero el punto de corte para depresión es una puntuación mayor a 3.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	SI	NO
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión		
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3. ¿Se ha sentido muy irritable?		
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
TOTAL ANSIEDAD: > 4		

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	SI	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?		
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
TOTAL DEPRESIÓN: > 2		