



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Estrés como factor psicosocial asociado a preeclampsia en un hospital materno infantil del Estado de México.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:

Martínez Rodríguez Joaquín.

No. De cuenta 306262780.

INVESTIGACION DERIVADA DEL PROGRAMA DE APOYO A
PROYECTOS DE INVESTIGACION E INNOVACION TECNÓLOGICA.
PAPITT N° IN 308814-3

TITULADA: INTERVENCION INTEGRAL DE ENFERMERÍA PARA
DISMINUIR FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREECLAMPSIA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MARIA DE LOS ANGELES TORRES LAGUNAS.



MÉXICO, D.F.

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

SUMARIO

	Página
AGRADECIMIENTOS	2
DEDICATORIAS	4
PRESENTACIÓN	6
CAPITULO I.	INTRODUCCIÓN
1.1	Situación problemática 8
1.2	Contexto del estudio 11
1.3	Objeto de estudio 17
1.4	Pregunta de investigación 17
1.5	Objetivos de estudio 17
1.6	Justificación y relevancia del estudio 18
CAPITULO II.	MARCO TEÓRICO
2.1	Marco conceptual 20
2.2	Marco Teórico - Empírico 23
CAPITULO III.	ABORDAJE METODOLÓGICO
3.1	Tipo de estudio 37
3.2	Escenario de estudio 37
3.3	Sujetos de estudio 37
3.4	Recolección de datos 39
3.5	Análisis e interpretación de resultados 41
3.6	Consideraciones éticas 41
3.7	Rigor Científico
CAPITULO IV.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN
CAPITULO V.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
APENDICES	58

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la vida, por enseñarme un camino y cuidar mis pasos gracias por darme las lecciones que hoy hacen de mí lo que soy y sentirme orgulloso, por darme este logro y las fuerzas para seguir adelante.

A mi **Universidad Nacional Autónoma de México**, que en conjunto con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia me han dado tanto dentro y fuera de sus aulas.

Al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica UNAM- DGAPA- PAPIIT N° IN308814-3 el cual financio este trabajo de titulación al aceptarme como becaria dentro de su proyecto.

A la Dra. María de los Ángeles Torres Lagunas, con respeto y agradecimiento por brindarme de su tiempo, su paciencia y por compartir conmigo sus enseñanzas, sus experiencias personales y profesionales, por ser un ejemplo a seguir, y brindarme todas esas experiencias, gracias por guiarme y motivarme para seguir mi crecimiento profesional.

A M.A.S.E.. Raúl Rutilo Gómez López, por mostrarme los pilares para ser una mejor persona y profesional, gracias por todos los consejos y enseñanzas que rebasaron las aulas y el hospital, por sembrar en mí un estilo de vida y ser un ejemplo, muchas gracias.

A L.E.O. Angélica Ivonne Esparza Sandoval, por la paciencia infinita que siempre me brindo en cada enseñanza.

Al profesional de enfermería y medico de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Materno Infantil “Vicente Guerrero” del municipio de Chimalhuacán y del Hospital General Ajusco Medio “Dra. Obdulia Rodríguez Rodríguez”; por su paciencia, enseñanzas, y por compartir sus experiencias, criterios y habilidades clínicas que inculcaron en mi como profesional, gracias por la oportunidad y reconocimiento que se le brinda al Licenciado en Enfermería

A mis compañeras pasantes del programa “Maternidad sin riesgos” Erika Yessenia Juárez Rodríguez, Ana Orozco Pachuca y Daniela Plata García que se volvieron unas grandes amigas, por enseñarme que el trabajo en equipo es lo mejor que se puede hacer para seguir adelante.

DEDICATORIAS

A Mis Padres:

Daniel Martínez García

Patricia Rodríguez Reyes

Por todo el gran amor que siempre me han brindado, gracias por todos los valores que con paciencia y cariño me mostraron y que hoy guían mi camino profesional, por su apoyo incondicional y amor de padres que siempre tengo presente, en verdad gracias por mostrarme que en familia no hay obstáculo tan inmenso que nos detengan por esto y más este logro se los dedico a ustedes.

A mis hermanos:

Daniel Martínez Rodríguez y Marco Antonio Martínez Rodríguez

A ustedes por siempre apoyarme en todo momento, por ser mis mejores amigos, compañeros de juegos y darme lecciones que solo los hermanos menores pueden darle al mayor, por ser la banda musical más desafinada e irremediabilmente más armoniosa en la que he pertenecido.

A mi novia:

Erika Yessenia Juárez Rodríguez no tengo palabras para agradecerte todo lo que haces por mí, por el apoyo y el estar siempre conmigo, espero sepas que valiosa eres para mí, mi admiración y respeto siempre.

A ti primo y Abuelos:

Omar Martínez, porque te hice una promesa que ahora cumplo, Petra García y Joaquín Martínez por los recuerdos que tengo de ustedes descansen en paz.

Cristina Reyes y Maximino Rodríguez por todo el amor de abuelos que siempre tuve a manos llenas.

PRESENTACIÓN

El presente trabajo de investigación titulado “Estrés como factor psicosocial asociado a preeclampsia en un Hospital Materno Infantil del Estado de México”, tiene como propósito dar a conocer que el estrés se relaciona de manera cercana con la aparición de preeclampsia, siendo este un potenciador de estados hipertensivos durante el embarazo, dentro del municipio de Chimalhuacán en el Estado de México, ya que dentro de esta comunidad se han encontrado grandes índices de esta patología y se ha caracterizado por padecer de grandes carencias para cubrir las necesidades básicas y gran desigualdad social.

En el siguiente trabajo, en el capítulo I se aborda al estrés y preeclampsia como problemática, así como la planeación metodológica. Posteriormente, en el capítulo II, se darán a conocer los referentes teóricos utilizados para el conocimiento, análisis y abordaje del estudio, en el cual se considero utilizar una Adaptación de la Escala de Estrés Percibido (PSS) para México.

En el capítulo III se describe el proceso en el que se realizó el presente estudio de investigación y las técnicas metodológicas empleadas para el mismo con base al modelo cuantitativo.

Después, en el capítulo IV se concentra el análisis de resultados de manera particular en cada una de las situaciones reflejadas por el estrés en las mujeres dentro de su embarazo y puerperio, continuando con la emisión de postulados.

Se concluye la investigación con las consideraciones finales con base en los hallazgos obtenidos, las recomendaciones y lo referentes bibliográficos anexando los apéndices para la misma.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.

1.1 Situación problemática

El estrés y su estrecha relación con diversos problemas de salud, principalmente se ha visto asociado a patologías de origen cardiaco e hipertensivas en nuestro país, el estrés sigue siendo un problema de salud pública que se ha estudiado poco, sobre todo si se habla de la relación con la preeclampsia. Este estudio, nace de la necesidad de comprender y analizar el estrés como un factor psicosocial asociado a la aparición de estados hipertensivos durante el embarazo.

Desde este punto de vista nace la necesidad de dar una explicación más amplia sobre éste tema, ya que la preeclampsia sigue encabezando las listas de muerte materna en nuestro país, esta patología es considerada de origen multifactorial, y aun se desconocen los factores que la originan, dentro de esta patología, se ha encontrado una gran relación con las emociones, principalmente el estrés mal manejado y ciertas condiciones que alteran la circulación materna-placentaria de los cuales se abordaran con mayor profundidad en capítulos posteriores. Siguiendo este orden de ideas, es de suma importancia el desarrollo de este estudio ya, que el estrés juega el rol de potenciador de varias patologías donde la preeclampsia no es la excepción.

Por ello que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe tener siempre presente el contexto de cada situación que viven las mujeres, aprender a manejar las emociones que viven día con día nuestras madres mexicanas, conocer el contexto social que vivimos y dar respuesta a esta problemática en base a evidencia.

Este estudio se realiza en el municipio de Chimalhuacán en el Estado de México, esto debido a que es una entidad federativa que presenta un alto índice de desigualdad social, carencias, falta de oportunidades, desempleo y violencia solo por mencionar algunas. Encontramos que las mujeres dentro de estas comunidades, no solo padecen de mala o nula calidad en los servicios públicos, también deben lidiar con la carencia de empleos para embarazadas, deben de recorrer grandes distancias para llegar a los servicios de salud, la baja escolaridad y oportunidad de seguir estudiando, el alto costo de pasajes para su traslado, pero sobre todo, las condiciones desfavorables para las mujeres, como la violencia, la discriminación a la mujer gestante, el tener que trabajar largas horas, ser ama de casa, y un sinnúmero de situaciones que repercuten seriamente sobre la salud de las mismas.

En este contexto los profesionales de la salud, deben ser capaces de dar respuesta a las demandas de la población, en especial a el binomio madre-hijo, ya que estos son los pilares del núcleo familiar y de la sociedad, esto debido a que el periodo reproductivo en la mujer requiere de una mayor demanda adaptativa por el gran peso social, emocional y biológico.

Durante mi servicio social en el programa “Maternidad sin riesgos” y como becario del proyecto PAPIIT “Intervención Integral de Enfermería para disminuir factores de riesgo psicosociales asociado a preeclampsia” tuve la oportunidad de convivir con mujeres con dicho diagnóstico médico y con complicaciones del mismo, participé realizando encuestas, algunas veces proporcionando apoyo psicológico así como resolviendo dudas que pudieran presentar, esta participación fue muy grata, ya que me permitió un acercamiento personal y profesional con las mujeres, darme el tiempo necesario para conocer un poco de su historia de vida y darme cuenta que estos factores psicosociales repercutían de manera estrecha las condiciones de salud.

Cabe destacar que se pudieron observar condicionantes sociales que incrementaban los niveles de ansiedad y estrés, por otra parte tuve la suerte de rotar tres meses por el consultorio de “Embarazo de Bajo Riesgo”, donde pude observar mayormente las condicionantes sociales que generan estos estados; por ello me surge la preocupación de encontrar no solo evidencia de la patología, si no encontrar una relación con el factor psicosocial estrés, que pueden ser determinante para la salud materna.

1.2 Contexto del estudio

El estrés se encuentra presente en nuestra vida cotidiana, es una respuesta natural de relación con el cuerpo y el entorno social, cuando el cuerpo no es capaz de retomar su equilibrio después de un evento estresante o es expuesto constantemente a estresores se vuelve patológico.

El estrés y la preeclampsia siguen siendo un problema de salud pública en nuestro país y de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estrés laboral provoca el 25 % de los 75 mil infartos al año registrados en México y misma institución refiere que el 75% de los trabajadores y trabajadoras mexicanas sufren de estrés siendo estos el primer lugar en estrés laboral seguido de China y Estados Unidos (Palacios & Cecibell, 2011). También predice que para el año 2020 la depresión por estrés crónico será la segunda causa de invalidez en el mundo y de igual manera calcula que el 25% de los pacientes examinados por un médico de cabecera presentan síntomas de ansiedad y un 15% de la población desarrollara algún trastorno relacionado con esta dolencia. (OMS, Octubre 2012).

En México agravando la situación laboral, las mujeres trabajan 76.3 horas semanales, entre trabajo remunerado y domestico y por otro lado los hombres solo trabajan 56.4 horas, la mayoría de ellas gana dos salarios mínimos por jornada a diferencia de sus homólogos ganado tres salarios mínimos de

acuerdo con datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (Herrera & Rodríguez, 2005).

Un reportaje de CNN México, menciona que ocupamos el segundo lugar en índice de mujeres con estrés, solo por debajo de la India, en dicho reportaje, 74 % de las mujeres mexicanas dijeron sentirse estresadas, afirmaban que no tenían tiempo para relajarse a comparación de un 87 % de la otra nación. Mismo informe refiere que dicha condición puede deberse a que las empresas y lugares de trabajo se han desarrollado, mientras la sociedad se ha mantenido estática, lo que significa que las mujeres deben hacer malabares con una carrera moderna y una vida familiar ocupada, y por si fuera poco deben de cumplir con las normas tradicionales.(Davison, 2010)

Si el estrés laboral afecta seriamente en la salud de madres mexicanas, el no tener ingresos propios no deja de ser alarmante, según datos de la FAO 40% de las mujeres en América latina no tiene ingresos propios, y en México 32% de las mujeres rurales mayores de 15 años carecen de un salario (Sainz Maite, 2011).

Por otro lado, la incidencia de preeclampsia a nivel mundial oscilan entre el 2% y 10% de los embarazos, La OMS estima que la incidencia de esta patología es siete veces mayor en los países en desarrollo comparado con los desarrollados, (Vargas, Acosta, & Moreno, 2012) y México no es la excepción, esta enfermedad se presenta en aproximadamente del 5% al 10 % de todos los embarazos ocupando la principal causa de muerte materna hasta 2012 con un

22 % para preeclampsia y eclampsia seguida de hemorragia posparto y el aborto. (de Mortalidad Materna)

Según datos de El Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM) en su informe de 2012, refiere que el Estado de México tuvo 130 muertes maternas, de las cuales 33.8% pertenecieron a enfermedades hipertensivas inducidas por el embarazo, esto aunado a la carencia de servicios de salud que no contaban dichas mujeres, mismo informe refiere que un 20.8 % no contaban con seguridad social, esto debido a la carencia de empleos para la mujer, para adquirir servicios médicos, un 76.2 % indicación que se dedicaban al hogar y un 79.2 % con escolaridad no especificada (de Mortalidad Materna) siendo esto un factor a tomar en cuenta para poder cubrir un rubro importante como es la protección social ante una posible enfermedad.

Este panorama se agrava para las mujeres mexicanas, siendo su vida cotidiana un factor principal para la generación de estrés y otras patologías, en la Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones Humanas (ENDIREH 2011) nos menciona que un 56.4 % de las mujeres casadas o en unión libre indico haber sufrido periódicamente algún tipo de violencia por parte de su ultima pareja. El tipo de violencia más común fue la emocional, con un porcentaje de 89.2% dentro de las que se entraban: amenazas, humillaciones, ofensas de tipo psicológico entre otras, un 56.4 % del total acepto tener violencia económica, un 26.3 % acepto violencia física y por ultimo un 11.7 % refirió violencia sexual, aclarando que es un hecho grave y es un dolor

silencioso ya que es el tipo de violencia suele ser el más oculto y menos demandado. (Serrano) Siendo estas condiciones propicias para la generación de estrés, ya que la violencia en cualquiera de sus versiones se ha demostrado en repetidos artículos que es una condicionante para la aparición de estrés, depresión e incluso formas más graves como el suicidio e intentos del mismo.

El Estado de México, como ya se ha mencionado, es una entidad que sufre de muchas carencias, siendo este un ambiente no favorable para la mujer, se estima que 57 de cada 100 mujeres son violentadas por parte de su pareja a lo largo de la relación, esto sumado a la ignorancia con un probable de 4 de cada 10 que no cuentan con educación (Serrano) todo esto seguido de las demandas sociales y psíquicas que la mujer vive de forma cotidiana, el crecimiento y las demandas del sistema económico que propician un caldo de cultivo para la aparición de enfermedades relacionadas con la psique, siendo estas expuestas continuamente a factores de estrés agotando pronto sus herramientas para el afrontamiento de este padecimiento.

Para concluir este capítulo mencionaremos que durante los últimos años se han realizado estudios donde sugieren que la presencia de estrés crónico durante el embarazo podría comportarse como factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones de la preeclampsia. En un estudio titulado *“Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas del parto prematuro en el embarazo”* realizado en Chile en 2009 Problemas económicos, presencia de agresión psicológica familiar, presencia

de algún evento estresante y/o depresión, presencia de alguna enfermedad y/o hospitalización de un familiar, y presencia de violencia al interior del hogar, así también se encontró que el apoyo familiar se asoció con ausencia de síndrome hipertensivo inducido por el embarazo y/o síntomas de parto prematuro, mientras que el apoyo familiar es un factor protector de estas patologías. (Muñoz & Oliva, 2009)

Por otro lado en un estudio titulado "*Hipertensión inducida por el embarazo: un estudio multicéntrico*" realizado en México durante el 2005 evaluaron la situación psicosocial percibida durante el proceso gestacional por dos grupos, un grupo formado por 114 mujeres en quienes se estableció el diagnóstico de hipertensión inducida por el embarazo (HIE) y el otro por mujeres que fueron calificadas como "sanas".(Morgan-Ortiz, Calderón-Lara, Martínez-Félix, González-Beltrán, & Quevedo-Castro, 2010)

Aplicaron a todas las participantes un cuestionario para la identificación de estresores psicosociales y apoyo psicosocial. Encontrándose una percepción más favorable de la situación psicosocial en las integrantes del grupo control mientras que en el grupo de casos la situación psicosocial identificada fue desfavorable, lo que sugirió su vinculación con los mecanismos biológicos responsables de la expresión de la HIE.

Jaime Salvador en su estudio “*Situación psicosocial y toxemias del embarazo*” desarrollado en México en el año 2000 aplicaron un cuestionario semi-estructurado para la identificación de estresores psicosociales y apoyo psicosocial en un grupo de mujeres con y sin preeclampsia, encontrando que la percepción de fuentes de estrés fue mayor en el grupo de casos (mujeres con preeclampsia) y la de fuentes de apoyo favoreció al grupo control (mujeres sin preeclampsia). (Salvador-Moysén, Martínez-López, Lechuga-Quiñones, Ruiz-Astorga, & Terrones-González, 2000)

1.3 Objeto de estudio

Estrés como factor psicosocial asociado a preeclampsia en un hospital materno infantil del Estado de México.

1.4 Pregunta de investigación

¿Es el estrés un factor que se puede asociar a la aparición de preeclampsia?

1.5 Objetivos de estudio

General:

Analizar el estrés asociado a preeclampsia en mujeres embarazadas y puérperas en un hospital materno infantil del Estado de México.

Específicos:

-Describir el estrés como un factor psicosocial asociado a la aparición de preeclampsia en un hospital materno infantil del Estado de México.

-Analizar la relación de estrés con la aparición de preeclampsia en mujeres embarazadas y puérperas en un hospital materno infantil del Estado de México.

1.6 Justificación y relevancia del estudio.

La siguiente investigación se deriva del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica. PAPITT No. 308814-3 Titulada: Intervención Integral de Enfermería para Disminuir Factores de Riesgo Asociados a Preeclampsia. Aportará elementos empíricos, teóricos y metodológicos al estudio del estrés como factor psicosocial asociado a la aparición de preeclampsia. Este estudio nace de la necesidad de analizar y entender la situación problemática de las principales causas de morbilidad-mortalidad materna neonatal, ya que por más de dos décadas en nuestro país ha encabezado la lista de muertes maternas, e involucra a todos los profesionales de la salud entre ellos al personal de enfermería.

Se pueden encontrar algunos estudios cuantitativos y cualitativos sobre la relación de estrés y preeclampsia sobretodo en el extranjero y algunos a nivel nacional, principalmente enfocados hacia las madres adolescentes, y otros con abordajes moleculares y fisiopatológicos, la importancia de comprender esta relación por parte de los Licenciado en Enfermería y Obstetricia es porque somos el soporte en la prevención y cuidado de la salud materno-neonatal, sin olvidar las historias de vida que tiene cada persona y que pueden condicionan en gran medida a ser lo que somos e influir directamente en lo que nos puede “enfermar”, para poder generar cambios conductuales y sociales que permitan la mejora en el cuidado al ser humano, y sobre todo a las mujeres en estado

gravídico por la gran relevancia de estas en la sociedad, ya que son constantemente expuestas a los cambios fisiológicos y sociales que viven durante este periodo.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.

2.1 MARCO CONCEPTUAL

El estrés del inglés “stress” lo define la real academia de la lengua española como tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves. (de la Lengua Española, 1992)

Para el Descriptor de Ciencias de la Salud (DsCS) lo define como la reacción de estrés excesivo al propio ambiente ocupacional o profesional. Se presentan sentimientos de agotamiento emocional y físicos asociados a una sensación de frustración y fracaso (BIREME, 2015), (National Center for Biotechnology Information, 2015) teniendo como sinónimos desgaste profesional, estrés laboral, agotamiento psíquico y agotamiento emocional.

Por otra parte el Medical Subject Heading (MeSH 2015), lo define como el efecto desfavorable de los factores ambientales (estresores), sobre las funciones fisiológicas de un organismo. Estrés fisiológico sin resolver prolongadamente puede afectar la homeostasis del organismo, y puede conducir a condiciones perjudiciales o patológicas.

Y por último la OMS lo describe como la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior, es decir, la respuesta global a condiciones

externas que perturban el equilibrio emocional y fisiológico de la persona (OMS Octubre 2014).

Por otro lado según el Descriptor de Ciencias de la Salud (DeSC 2015) y el Medical Subject Heading (MeSH 2015), definen a la preeclampsia en español y pre-eclampsia en inglés como la complicación del embarazo caracterizada por un complejo de síntomas que incluyen hipertensión materna y proteinuria, con o sin edema patológico. Los síntomas pueden ir de más benigno a grave. La preeclampsia generalmente se produce después de la semana 20 del embarazo pero puede desarrollarse antes, en presencia de enfermedad trombotica y nos da como sinónimos gestosis y toxemia del embarazo. (BIREME, 2015), (National Center for Biotechnology Information, 2015)

La preeclampsia también llamada toxemia del embarazo, es un padecimiento único del ser humano, el inicio de esta patología suele ser insidioso y no acompañarse de síntomas, son frecuentes las cefaleas intensas y persistentes, alteraciones de la visión, acúfenos dolor abdominal y/o alteraciones de laboratorio. Consiste en un aumento de la presión arterial manejando cifras tensionales para la diastólica igual o mayor a 90 mmHg o bien 15 mmHg sobre la tensión normal de la paciente, y de la diastólica rangos superiores o iguales a 140 mmHg o 30 mmHg a la normal, en dos tomas con una diferencia de 4 a 6 horas, o el aumento de la Presión Arterial Media (PAM) a más de 106 mmHg.

La presión arterial debe ser tomada de preferencia en el brazo derecho a la altura del corazón, con la paciente sentada y en reposo.

La proteinuria en una muestra de 24 horas debe ser mayor o igual a 300mg o igual a una cruz en una cinta reactiva que es equivalente a 100mg/dl en una prueba rápida sin datos de infección.

Puede o no acompañarse de edema, este se define como la acumulación excesiva de líquido en los tejidos demostrado por la fóvea, en las extremidades o en la cara, antes de la aparición suele disfrazarse y/o acompañarse de un aumento repentino de peso de 2 o más Kg. en una semana. Es un signo clínico arbitrario y no siempre guarda relación con la gravedad del cuadro clínico.

Sus complicaciones más frecuentes son: la eclampsia, síndrome de HELLP, edema pulmonar, Accidente Cerebro Vascular, Insuficiencia Renal, Alteraciones de la coagulación y por último la muerte. (Pritchard, Paul, & Mauri Mas, 1980; Ricardo, Alba, León, & Cruz, 2004) (Llaca & Fernández, 2000)

2.2 Marco Teórico-empírico.

Cuando hablamos de estrés inmediatamente lo relacionamos con un sinfín de problemas, casi siempre lo relacionamos con algo malo; pero no es del todo cierto, el estrés es un proceso natural del cuerpo, sirve de mecanismo de defensa ante cualquier amenaza del medio externo y para preparándonos para la huida o el combate.

Es común sentir estrés, se encuentra implícito en varias etapas de nuestra vida, desde el trabajo a la escuela, los problemas económicos y las exigencias sociales solo por mencionar algunos, debemos recordar que no nos estresan las mismas cosas y al mismo tiempo no nos afectan de la misma forma, hay situaciones que nos generas más estrés que otras, algunas duran más tiempo y otras son pasajeras, por lo tanto, es normal ser afectado por este proceso.

El estrés se ha estudiado por décadas, dentro de los teóricos más importantes encontramos a Hans Salye, quien también llamo al estrés Síndrome de Adaptación General, del cual derivo tres etapas, la primera de ellas se le conoce como Fase de Alarma, dentro de esta etapa ocurren modificaciones biológicas frente a una primera exposición al factor de estrés. Seguida por la Fase de Resistencia donde el organismo lucha contra el factor de estrés utilizando al máximo sus mecanismos de defensa y por último encontramos la Fase de Agotamiento y se caracteriza porque el organismo agota sus recursos energéticos después de un periodo prolongado de exposición al factor de estrés.

Por otra parte encontramos a John Milsom, quien abordó al estrés desde la perspectiva sistémica, definiendo al estrés como un sistema altamente complejo cuyo fin es mediar el proceso Salud - Enfermedad, dicho sistema es estructurado de una forma multidimensional. (Rivadeneira, Minici, & Dahab, 2013)

Bruce McEwen propuso la existencia de sistemas orgánicos, que permiten responder a diferentes condiciones fisiológicas y afrontar las diversas situaciones externas, hacinamiento, ruido, aislamiento y temperaturas extremas. Dentro de sus estudios planteó que dichos sistemas permiten una respuesta de adaptación dentro de rangos más amplios que los sistemas homeostáticos. Esta capacidad de lograr la estabilidad a través de cambios internos y externos se denomina alostasis. (Rivadeneira et al., 2013)

Para poder comprender mejor al estrés se ha clasificado acorde a la conceptualización de tres formas diferentes, como estímulo, como percepción o transacción.

Para esta investigación se tomará al estrés como el resultado de la relación que se establece entre la persona y su ambiente en el contexto de un proceso multivariado con específicas consecuencias en el proceso salud enfermedad y los no específicos que desvían al organismo de su estado normal de reposo, dados por agresiones y exigencias internas y/o externas. (Muñoz & Oliva, 2009) para este concepto se definirá al Estresor, como cualquier estímulo o situación que provoca una respuesta de estrés como situaciones familiares, laborales,

económicas, sociales y culturales que demandan y exceden los recursos personales. Para complementar la información se utilizará el concepto de Respuesta que es la reacción del estrés ante cualquier demanda (interna o externa) que hace al individuo y por último se mencionara a los Efectos o consecuencias del estrés sobre la salud a corto y largo plazo por la emisión de una respuesta de estrés. (Muñoz & Oliva, 2009)

El estrés se presenta en grados dada la inespecificidad de su clínica, se constituye de un estado de tensión nerviosa originado en la persona por exceso de trabajo, las aspiraciones no satisfechas, la ansiedad, entre otras, suele manifestarse a través de una serie de reacciones que van desde la fatiga prolongada, el agotamiento, cefalea, gastritis, ulcera gástrica, etc., pudiendo ocasionar incluso trastornos psicológicos. De esta manera se puede entender al estrés de dos maneras, la primera como Estrés agudo (euestres) el cual se presenta de manera corta, su duración está limitada por el tiempo, está compuesto de un mínimo, de un máximo y de regreso a un mínimo, los periodos breves de estrés trastornan el funcionamiento del organismo; sin embargo los síntomas desaparecen cuando el episodio termina. Es la forma positiva del estrés ya que es una reacción constructiva del organismo, es una respuesta rápida, eficaz y espontánea a situaciones de emergencia, su función principal es preservar la vida. Y en segundo lugar encontramos al Estrés crónico (diestres) que se caracteriza por su larga duración, es un proceso complejo, involucra factores de tipo cognitivo y emocional, que corresponden a la estructura psicológica y biológica del individuo, involucrando el contexto dado

por la realidad externa. En este tipo de estrés al igual que el anterior es causado por situaciones de la vida cotidiana, pero la persona involucrada no es capaz de reaccionar en alguna forma, es decir, el individuo agota sus recursos fisiológicos y psicológicos de defensa por la constante demanda del estresor o estresores.

El estrés es difícil para el diagnóstico puede presentarse de manera sencilla desde trastornos del sueño, dolor de cabeza, dermatosis, falta de apetito, indigestión, agitación psicomotora, fatiga, preocupación, dificultad en la concentración, intentos suicidas y disminución de la libido, que si no se detecta oportunamente puede evolucionar a un estado de ansiedad y/o depresión, por mencionar algunos síntomas podemos nombrar temblores, tensión muscular, disnea y náusea, transpiración, sequedad bucal, insomnio conciliatorio, distorsiones perceptuales, agorafobia, despersonalización y desrealización, o caer en un grado de depresión mayor. No solo trae consigo estas molestias, también el estrés tiene repercusiones inmediatas tanto físicas como lo es la elevación de la tensión arterial, alteración del pulso, modificaciones de la actividad nerviosa, cambios en el estado de ánimo y atención, alteraciones de los ciclos biológicos y de otras funciones orgánicas. (Córdor Quincho & Domínguez López, 2013)

El estrés se presenta mayormente en mujeres, incrementa en gran medida si esta se encuentra embarazada. Se pueden reconocer algunos estresores

como lo son la situación familiar, laboral, económica, social y cultural, siendo estos los más comunes, ya que estos condicionan la vida de todos.

Para favorecer un estado psicológico saludable durante el embarazo, se debe hacer consiente a la mujer de este acontecimiento, se le debe de informar sobre sus riesgos y su nueva condición. Por tanto debe tener conciencia de las siguientes tres realidades: La presencia de un nuevo ser, las profundas modificaciones biológicas, anatómicas y funcionales que alteran la imagen corporal y conducen a la transformación física y su nuevo rol social.

Todo esto genera en la mujer sentimientos ambivalentes, que pueden incrementar la ansiedad y el estrés. (Ku, 2014) (Córdor Quincho & Domínguez López, 2013)

Pero ¿Qué genera el estrés en las embarazadas? La gestación es por sí sola un experiencia estresante ya que la mujer se ve expuesta a molestias causadas por cambios biológicos como lo son las nauseas, cambio en el apetito, vómitos, deformación materna y aumento de peso, también tiene que adaptarse a cambios en su vida cotidiana como por ejemplo trasladarse a las revisiones frecuentes para el seguimiento de su embarazo, lo agresivo que puede llegar a ser una revisión médica y por si fuera poco la futura madre tiene que lidiar con la probabilidad de un peligro potencial de perder la salud ya sea la del feto o la de ella misma.

Istuan, dedicó su estudio al embarazo normal, describió que la primordial fuente de preocupación fue la salud del niño, la condición del recién nacido en el

momento del parto, la anticoncepción después del parto, la pérdida del atractivo físico, problemas financieros a coste de su salud y los efectos residuales que pudieran causar la anestesia.

Standley, siguió esta línea de investigación, encontrando que un severo miedo por el sufrimiento fetal, el tipo de resolución del embarazo y aspectos físicos relacionados con la madre son propicios para la generación de estrés. Copans, dentro de sus investigaciones, encontró que el estrés se encuentra más fácilmente en mamás primerizas, jóvenes, con un nivel bajo de educación, quienes no recibieron apoyo psicoprofiláctico y mujeres con embarazo de alto riesgo. (Córdor Quincho & Domínguez López, 2013)

No olvidemos las difíciles condiciones y demandas de la sociedad, que no solo por el hecho de estar embarazadas todo debe ser lindo, ya que cada embarazo es diferente, y por lo general estos no son planeados, los bajos salarios, las grandes distancias que debe recorrer la madre para su atención medica, los estado de pobreza que existen en la actualidad y la gran dificultad que se muestra en los países en vías de desarrollo para la satisfacción de las necesidades básicas.

La preeclampsia por su parte, siguen siendo tema de discusión, se dice que esta enfermedad es la patología de las teorías, porque no se ha demostrado a ciencia a cierta las causas. Esta enfermedad se presenta en los extremos de la vida reproductiva de las mujeres después de las 20 semanas de gestación generalmente, pero principalmente a primigestas con una incidencia de una de

cada 10 y en mayores de 35 años. El primer embarazo tiene como prioridad la protección de la madre incluso el aborto pero otro al pasar de los años el embarazo deja de ser un “soporte protector” desgastando mayormente el sistema inmunitario. Se ha visto que afecta principalmente a las primigestas pero puede ocurrir en cualquier embarazo, las condiciones corporales más frecuentes encontradas son el bajo peso de la madre y la obesidad, siendo este un grupo de riesgo.

Varios estudios coinciden en ciertas condiciones fisiológicas y de entornos para generar esta patología, solo por mencionar algunas se ha encontrado una fuerte relación entre el incremento de la resistencia de la arteria uterina, y la ansiedad, estas pueden desencadenar una isquemia útero – placentaria de la cual abordaremos más adelante en el texto.

El conflicto del tratamiento de prevención no es del todo claro, se ha implementado en algunos países el uso de aspirina como medio protector solo en poblaciones específicas, pero no se ha encontrado evidencia suficiente para la ministración selectiva. Por otro lado encontramos que el flujo Doppler uterino en el segundo trimestres ha mostrado efectos positivos para el diagnóstico, pero su uso no es del todo económico para un país como el de nosotros y al igual que la aspirina no se han encontrado evidencia suficiente para su implementación. Por otro lado Cochrane ha manifestado la ministración de calcio en suplemento para los grupos de mayor riesgo y aquellos con una bajo aporte en su dieta, el problema de la selección de pacientes para el inicio del

tratamiento puede ser una carga desde las perspectivas de salud pública (Vargas et al., 2012).

Se ha encontrado que el estrés psicosocial aumenta en un 80 % la probabilidad de un resultado prenatal desfavorable y un 44 % para complicaciones con el neonato. (Muñoz & Oliva, 2009)

Siendo la relación de estrés y preeclampsia como tema principal de este trabajo, encontramos que la probabilidad de generar preeclampsia teniendo estrés en mujeres adultas es de 2.8 veces mayor en comparación con aquellas que no padecen de esta enfermedad El estrés y la tensión nerviosa encontramos que se eleva en aquellas mujeres cuyo embarazo es complicado Herrera, Cáceres y García (2000) estudiaron los factores psicosociales de riesgo en mujeres embarazadas diagnosticadas con complicaciones perinatales, encontrando que las gestantes tenían una acumulación de eventos estresantes y ansiedad severa, unido a un riesgo relativo de 3.85, el cual se incrementaba a 10.3 cuando la gestante, concomitante, carecía de un apoyo social adecuado. (Muñoz & Oliva, 2009)

Siguiendo este orden encontramos que los factores sociales influyen en la preeclampsia con un 27 % de las muertes maternas, (Vargas et al., 2012). Por otra parte se ha identificado una asociación entre el incremento de la resistencia de la arteria uterina en relación a valores altos de ansiedad y estrés, este dato es de suma importancia contemplando que el vaso espasmo vascular generalizado es una de las características primordiales en la preeclampsia,

Golgwan (1979) estableció los niveles de balance interno (equilibrio homeostático), la relación entre mediadores de personalidad y estresores, los cuales condicionan el mantenimiento de la salud o desencadenamiento de enfermedad, a través de mecanismos inmunológicos, neuroendocrinos y bioquímicos.

Axelrod & Reisine 1984 establecieron que la respuesta fisiológica del estrés está controlada por el sistema nervioso central (SNC) y la coordinación que este ejerce sobre los tres sistemas encargados de mantener la homeostasis: autónomo, endocrino e inmune. El principal efector de la respuesta al estrés es el eje hipotálamo-hipófisis-glándulas suprarrenales (HHS).

En el hipotálamo, las neuronas de la región parvocelular del núcleo paraventricular poseen axones que se proyectan a la capa externa de la eminencia media donde secretan la hormona liberadora de corticotrofina (CRH). La hormona liberadora de corticotrofina desde la circulación porta-hipofisiaria estimula a las células corticotropas de la adenohipófisis a que secreten hormona adrenocorticotrofa (ACTH). El ACTH tiene como órgano blanco la corteza de las glándulas suprarrenales, específicamente las porciones fasciculada y reticular, que en respuesta a la estimulación de la ACTH secretan glucocorticoides; en el ser humano el principal glucocorticoide es el cortisol. Se ha demostrado que la secreción excesiva de cortisol y la hiperactividad del sistema simpático adrenomedular traen como resultado diabetes, depósito de

tejido adiposo, hipertensión y activación periférica y central de macrófagos, que aumenta el nivel de mediadores de la inflamación.

El sistema nervioso autónomo en su división simpática es otro efector de la respuesta al estrés. La exposición del organismo a condiciones adversas genera activación de las neuronas preganglionares simpáticas, ubicadas en el asta intermedio lateral de los segmentos torácicos 1 a lumbar 2 de la medula espinal, y liberación concomitante de noradrenalina por las neuronas posganglionares simpáticas. Así mismo, la activación simpática estimula a las células cromafines de la medula de las glándulas suprarrenales a que secreten adrenalina al torrente sanguíneo. La adrenalina aumenta las tasas cardíaca y respiratoria y el flujo sanguíneo a los músculos, con lo que prepara al organismo para emitir una de dos respuestas, pelear o huir.

Los principales mediadores de los efectos inmunomoduladores del estrés, glucocorticoides y las catecolaminas, adrenalina y noradrenalina, ejercen influencia directa sobre el funcionamiento de las células inmunes al acoplarse a sus receptores específicos, localizados en el citoplasma y membrana celular, respectivamente; y también ejercen efectos indirectos al alterar la producción de citocinas como el interferón gamma, el factor de necrosis tumoral y las interleucinas 1, 2 y 6 (IL-1, IL-2 e IL-6), todas necesarias para la maduración y movilización de los linfocitos y otras células inmunitarias. El estrés crónico incrementaría la producción de citocinas proinflamatorias como la IL – 6 y ésta

a la vez actuaría como un potente estimulador del eje hipotálamo – hipófisis – adrenal con el consiguiente incremento de CRH, ACTH y cortisol.

Los diferentes hallazgos como se menciona en el tema anterior apuntan la relación de estas dos patologías, en principio debemos recordar que el embarazo es un proceso inflamatorio, y la preeclampsia es una exageración de esta respuesta (Rodríguez, Egaña, Márquez, Bachmann, & Soto, 2012) (encontrando principalmente alteración en los monocitos, granulocitos, plaquetas y un aumento de citoquinas).

Aunado a esto podemos describir a continuación el proceso molecular de los mediadores de la preeclampsia. En la preeclampsia encontramos que se ve mediada por dos etapas: En la etapa de Injuria se desarrolla dentro de las primeras 20 semanas dando lugar a una “placenta anómala” a causa de una invasión defectuosa del trofoblasto extraveloso esto causando que no existan cambios en las arterias espirales dando lugar a una pérdida de elasticidad y control del vasoespasmo en el lecho vascular, generando un territorio de baja resistencia para el flujo sanguíneo, produciendo un estado de vasoespasmo y una isquemia local dando origen a una hipoxia y por lo tanto un daño placentario. En la etapa 2 encontramos: Disfunción endotelial en la cual existe una alteración endotelial por el aumento de vasodilatadores, agentes plaquetarios (endotelina 1 y TBX A2) y una disminución de sustancias vasodilatadores y antiagregantes plaquetarios (NO y PG2), este balance se ve alterado con la presencia de más Angiotensina II, llevando al organismo a un

estado de vasoconstricción. La Inflamación sistémica propia del embarazo donde encontramos la activación de monocitos, granulocitos y plaquetas, dentro de este periodo para la generación de preeclampsia existe una mayor concentración de estos.(Rodríguez et al., 2012; Vílchez, Adrián, & Ruiz, 1999)

Para continuar dentro de estas dos etapas encontramos que ocurren simultáneamente la liberación al torrente sanguíneo de la madre sustancias producidas por la placenta capaces de expandir el problema, de las cuales destacan tres moléculas la primera Derivados del estrés oxidativo secundario a una invasión defectuosa del trofoblasto generando una situación de hipoperfusión-reperfusión, generando un estado altamente de de hipoxia y normoxia, funcionando este como factor “gatillante” de enzimas ROS (sustancias oxígeno reactivas), como NADPH Y Xantins oxidasas, estas moléculas generan uno o mas electrones desapareados volviéndose inestables convirtiéndose en radicales libres y sustancias antioxidantes vertidos al torrente sanguíneo e interactuando con los fosfolípidos de la membrana y ácidos grasos formando líperoxidos como F2 isoprostano (F2 ISO) y Malondialdehido (MDA) causando un grave daño tisular. En una segunda etapa simultanea encontramos fragmentos micro del sincitiotrofoblasto derivados de la apoptosis (muerte celular programada) vertiendo los desechos subcelulares a la circulación materna envueltas en una membrana protectora impidiendo el contacto con el tejido materno y evitar un proceso inflamatorio normal. Dentro de las primeras 3 y 4 semanas estos desechos se van a pulmones donde los macrófagos reducen esta cantidad de cuerpos apoptosicos, esto ocurre de

manera normal; pero en la preeclampsia el incremento en la proliferación y función sincicial, este proceso de degradación se encuentra sobre-exigido, aumento en gran manera el flujo de material celular, no llevando este proceso de manera completa, por lo tanto partes necróticas del sincitotrofoblasto se desprenden y genera la liberación de componentes ligeramente degradado a este proceso se denomina apoptosis. Y en la tercera Factores antiangiogénicos corresponden a proteínas que se unen a factores de Angiogenesis impidiendo la unión con receptores de la membrana en las células endoteliales produciendo una disfunción del endotelio en dos etapas; la primera SFIT – 1 proteína antiangiogénica que es secretada principalmente por la placenta que corresponde a una forma trunca del receptor VEGF, debido a que es secretado al torrente sanguíneo tiende a unirse con el VEGF y PGF (factor de crecimiento placentario) evitando unirse con sus receptores, evitando así su rol angiogénico y vasodilatador (se ve elevado durante las semanas 6 y 8 aproximadamente) y la segunda etapa que corresponde al s-eng: la endogina es un coreceptor de superficie para TGF Beta el cual es un regulador de la vasoconstricción dependiente de óxido nítrico, la s-gen de forma saludable impide la unión de esta al FGF beta determinando de esta manera disfunción endotelial.

Dicho lo anterior y la explicación fisiológica del estrés y las teorías existen varios hallazgos sobre elevación de los títulos de IL-6 en Preeclampsia. Greer y

Col. reportan concentraciones plasmáticas altas de IL-6 que se correlacionaron positivamente con la molécula de adhesión de células vasculares, o VCAM-1, las cuales podrían estar involucradas con el daño endotelial. Más recientemente, se ha publicado sobre cantidades aumentadas de IL-6 e IL-8, durante el segundo trimestre, en el líquido amniótico de pacientes que después se hicieron preeclámplicas. En los eventos secuenciales que se presentan en un proceso inflamatorio, la IL-6 es una molécula que aparece después de la IL-1 y antes del TNF- α , y estimula la secreción de la IL-8, un factor quimiotáctico y activador de neutrófilos, los cuales amplificarían la inflamación con el consecuente daño vascular.

En relación con el estrés crónico, se ha encontrado en el plasma valores incrementados de citocinas proinflamatorias, como la IL-6, las cuales serían activadas por el estrés constante y duradero lo que a su vez provocaría la hiperactividad del eje hipotálamo – hipófisis – adrenal ocasionando el incremento de glucocorticoides, entre ellos, el cortisol. La hipercortisolemia, estaría asociada al aumento de mediadores de la inflamación.

Estos sucesos provocarían una reacción inflamatoria en nuestro organismo volviéndolo vulnerable frente cualquier patología. Sin embargo, si a esta condición se adiciona un estado proinflamatorio como el embarazo normal, existe mayor riesgo de que esta respuesta inflamatoria conlleve a la aparición de enfermedades como la preeclampsia.(Reyna-Villasmil, Briceño-Pérez, & Torres-Cepeda, 2009; Rodríguez et al., 2012)

CAPITULO III. ABORDAJE METODOLÓGICO.

3.1 Tipo de estudio

El presente trabajo pertenece a un estudio de casos y controles. Se incluyeron 100 pacientes que solicitaron servicio obstétrico en el hospital Materno Infantil “Vicente Guerrero” dentro de las áreas de tocoquirúrgicas y hospitalización de las cuales 50 de ellas presentaron preeclampsia y las otras 50 no presentaron ninguna patología dentro de su embarazo.

3.2 Escenario de estudio

Se realizó en el Hospital Materno Infantil “Vicente Guerrero” dentro del municipio de Chimalhuacán perteneciente al Estado de México, ya que se han identificado grandes carencias para las mujeres y el hospital presenta un gran índice de madres con preeclampsia, se solicito previo consentimiento por escrito por parte de la jefatura de Enseñanza de dicha institución y por parte de Enfermería.

3.3 Sujetos de estudio

Embarazadas y puérperas con y sin diagnostico medico de preeclampsia, sin patologías agregadas o algún trastorno hipertensivo previo a su embarazo.

3.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión.

Se incluyeron mujeres embarazadas y en puerperio hospitalizadas en el Hospital Materno – Infantil del Estado de México que hayan o estén cursando con diagnóstico de preeclampsia ya sea en el embarazo o puerperio; que aceptaron participar en el estudio firmando una carta de consentimiento informado y que no presentaban previamente trastornos hipertensivos.

Criterios de exclusión.

Mujeres embarazadas con diagnóstico previo de enfermedades hipertensivas, mujeres que decidieron por propia voluntad no participar en el estudio y aquellas que presentaron algún otro padecimiento dentro de su embarazo.

Eliminación.

No se eliminó ningún cuestionario.

3.5 Recolección de datos

Para la recolección de la información se utilizó el instrumento de valoración del Proyecto PAPIIT N° IN308814-3 Titulado: Intervención Integral de enfermería para disminuir factores de riesgo asociados a preeclampsia, el cual se conforma por una primera sección de datos generales (Anexo 1) y de escalas que valoran el nivel de estrés percibido, apoyo familiar, sintomatología depresiva y otras que se explican con mayor detalle más adelante; dichas escalas fueron previamente validadas (Torres-Lagunas, Vega-Morales, Vinalay-Carrillo, Arenas-Montaña, & Rodríguez-Alonzo, 2015).

Dentro de las escalas encontramos la adaptación de escala de estrés percibido en México (anexo 2) cuyo tiempo aproximado de aplicación es de 8 a 10 min y está conformada por 14 ítems que incluyen preguntas directas sobre los niveles de estrés experimentados durante el último mes. Utiliza un formato de respuesta tipo Likert, tiene una consistencia interna de 0.83 y alfa de Cronbach de 71

La escala de apoyo familiar y de amigos (anexo 3), esta permite evaluar el aspecto evaluativo o de calidad (la satisfacción con el apoyo recibido) y el origen del apoyo (familia o amigos). Su tiempo aproximado de aplicación es de entre 5 y 6 minutos y consta de 15 ítems agrupados en dos dimensiones: el apoyo familiar y el apoyo de amigos. Cuenta con una consistencia interna de 0.92 y alfa de Cronbach de 0.91

La escala de Depresión de Hamilton (anexo 4) evalúa el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo, está compuesta por 17 ítems y proporciona una puntuación por presencia de síntomas de ansiedad y somáticos. El alfa de Cronbach es de 0.80

La escala de Sintomatología Depresiva (Radloff) permite medir los diferentes niveles de depresión con base en su sintomatología, es auto aplicable y su tiempo aproximado de aplicación es de 8 a 10 min. Tiene 20 ítems y correlaciona negativamente con medidas de autoestima, apoyo familiar y comunicación familiar y positivamente con el conflicto familiar, la percepción del estrés y los problemas de conducta y victimización. De acuerdo a la validación realizada alcanzo un alfa de Cronbach de 0.86 (anexo 5).

También se aplicó un estudio socioeconómico (Graffar) el cual divide la condición económica en diferentes estratos dependiendo del nivel de estudios de la participante y del jefe o jefa de familia, la percepción económica para los gastos familiares, las características de la vivienda entre otros. (anexo 6)

Escala de Violencia e Índice de Severidad (Valdez y Cols) permite medir el índice de severidad de la violencia hacia las mujeres por parte de su pareja y establecer una dimensión del daño emocional y físico. Esta escala tiene una consistencia interna de 0.99 y un alfa de Cronbach de 0.74; su tiempo aproximado de aplicación es de 5 min y consta de 19 ítems (anexo 7)

Por último, el instrumento de valoración utilizado cuenta con un consentimiento informado (anexo 8) el cual explica claramente cómo será el manejo de los datos proporcionados y la confidencialidad del uso de los mismos.

3.5 Análisis e interpretación de los resultados

Para este estudio se aplicó el cuestionario a 100 pacientes, de las cuales 50 fueron los casos (Pacientes con diagnóstico de preeclampsia) y 50 controles (sin diagnóstico de preeclampsia) Para el análisis de los resultados se utilizaron los programas de Microsoft Excel versión 2007 y el SPSS en la versión 21, para la interpretación de la muestra se utilizaron las pruebas de "t de Student" para el análisis de grupo de edad, nivel socioeconómico y número de consultas prenatales, para los casos y controles se tomó la prueba estadística de Chi cuadrado teniendo como punto de validación 0.05 y el Estadístico Exacto de Fisher para los casos menores de 0.05.

3.6 Consideraciones Éticas

El estudio se realizó conforme a lo establecido por la Secretaría de Salud en la Ley General de Salud en materia de investigación; por su parte las escalas de valoración y el consentimiento informado fueron sometidas al comité de ética correspondiente de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) y a

su homologo en el Hospital Materno- Infantil “Vicente Guerrero” previo a la aplicación de las mismas.

A todas las pacientes que cumplían los criterios de inclusión se les otorgo un consentimiento informado en el cual se explicaba claramente como seria el manejo de los datos, la confidencialidad de los mismos y los fines para los que se realiza la investigación; además de esto se les explicaba verbalmente y por escrito que la decisión que tomaran acerca de su participación en el estudio no influía de ninguna manera en la calidad de la atención de salud que recibían y que no estaban obligadas a participar. Después de la lectura y la explicación del consentimiento informado se les daba la oportunidad de aclarar las dudas que pudieran surgir y de elegir su libre participación en la investigación.

La presente tesis fue diseñada con la finalidad de proporcionar un beneficio y promoción de mantener un buen estado de biospiciosocial durante la gestación, ya que si se presentara una alteración se generaría un desequilibrio materno y así la aparición de patologías, se debe asegurar que instituciones prestadoras de salud brinden atenciones durante el embarazo de manera integral y la implementación de programas de psicoprofilaxis que posibiliten la reducción y manejo de situaciones que influyan negativamente sobre las condicionantes de salud.

Esta investigación se realizó bajo el principio de no maleficencia, se tendrá en cuenta la confidencialidad de la información brindada mediante el resguardo del anonimato de cada una de las participantes. Para asegurar un adecuado

proceso de consentimiento informado se brindará toda la información pertinente en relación a la investigación, considerando riesgos y beneficios de la misma, también se procederá a resolver cualquier duda que presente alguna de las participantes y por último su participación podrá ser cancelada en cualquier momento si así lo desea.

CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

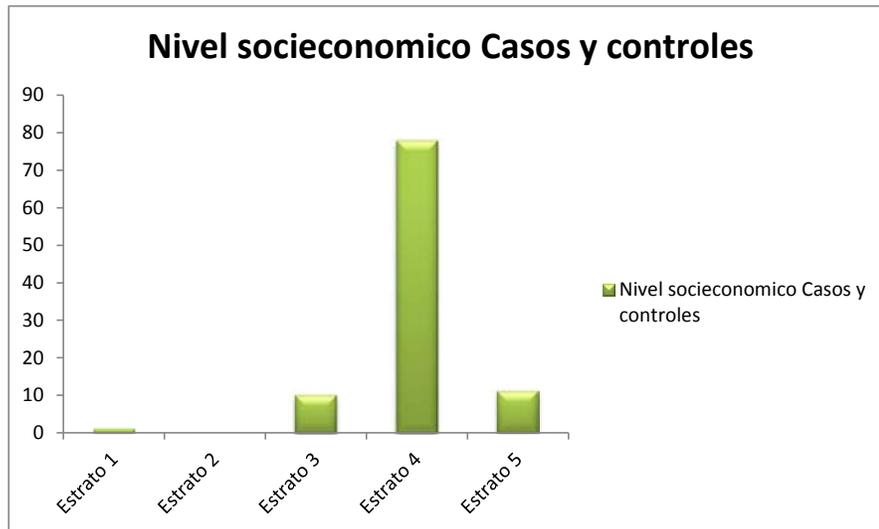
Dentro de nuestra muestra se analizaron 100 pacientes de los cuales 50 de ellas tenían el diagnóstico médico de preeclampsia y 50 controles, se aplicó la escala de estrés percibido que cuenta con 14 ítems, y dentro de estos parámetros se clasificaron en 4 posibles grados de estrés, se consideró un pequeño estudio socioeconómico y al igual que el test anterior cuenta con 5 estratos posibles. (Anexo 1)

Dentro del análisis encontramos que el grupo de edad promedio entre casos y controles fue de 25 años, las cuales acudieron en su mayoría a 6 consultas prenatales en promedio y siendo el estrato cuatro según nuestra escala de valoración perteneciente a un grupo de pobreza relativa, porque no alcanza los niveles de vida satisfactorios, son grupos vulnerables a los cambios económicos. (Tabla 1)

Estudio socioeconómico (Graffar).

Resultado.	Pacientes con pre-eclampsia.		Pacientes sin pre-eclampsia.	
	#	%	#	%
Estrato I	0	0	1	2
Estrato II	0	0	0	0
Estrato III	5	10	5	10
Estrato IV	40	80	38	76
Estrato V	5	10	6	12

Tabla 1



Gráfica 1

Para los índices de estrés se aplicó la prueba de Chi cuadrado tomando en cuenta un valor de 0.05 para la veracidad de nuestros resultados, y posterior a ello se realizó un segundo análisis con la aplicación de la prueba de Fisher para muestras pequeñas en donde los grupos analizados fueron menores de 0.05, teniendo así las siguientes tablas:

Tabla de contingencia Caso Control * grados estrés							
			Grados estrés				Total
			NUNCA ESTRESAD O	DE VEZ EN CUANDO ESTRESADO	A MENUDO ESTRESADO	MUY ESTRESAD O	
Caso Control	caso	Recuento	1	15	33	1	50
		% dentro de Caso Control	2,0%	30,0%	66,0%	2,0%	100,0%
	control	Recuento	0	17	32	1	50
		% dentro de Caso Control	0,0%	34,0%	64,0%	2,0%	100,0%
Total		Recuento	1	32	65	2	100
		% dentro de Caso Control	1,0%	32,0%	65,0%	2,0%	100,0%

Tabla 2

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,140 ^a	3	,767
Razón de verosimilitudes	1,527	3	,676
Asociación lineal por lineal	,000	1	1,000
N de casos válidos	100		
a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,50.			

Tabla 3

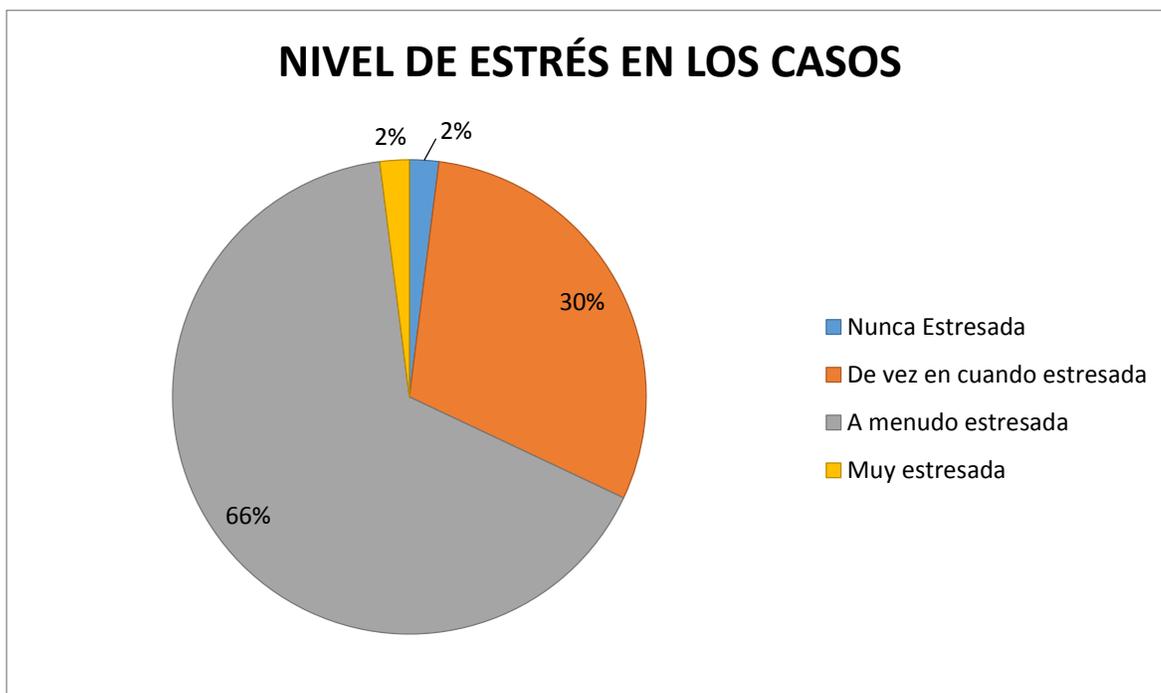
Tabla de contingencia Caso Control * estrés agrupado					
			estrés agrupado		Total
			1,00	2,00	
Caso Control	caso	Recuento	7	43	50
		% dentro de Caso Control	14,0%	86,0%	100,0%
	control	Recuento	1	49	50
		% dentro de Caso Control	2,0%	98,0%	100,0%
Total		Recuento	8	92	100
		% dentro de Caso Control	8,0%	92,0%	100,0%

Tabla 4

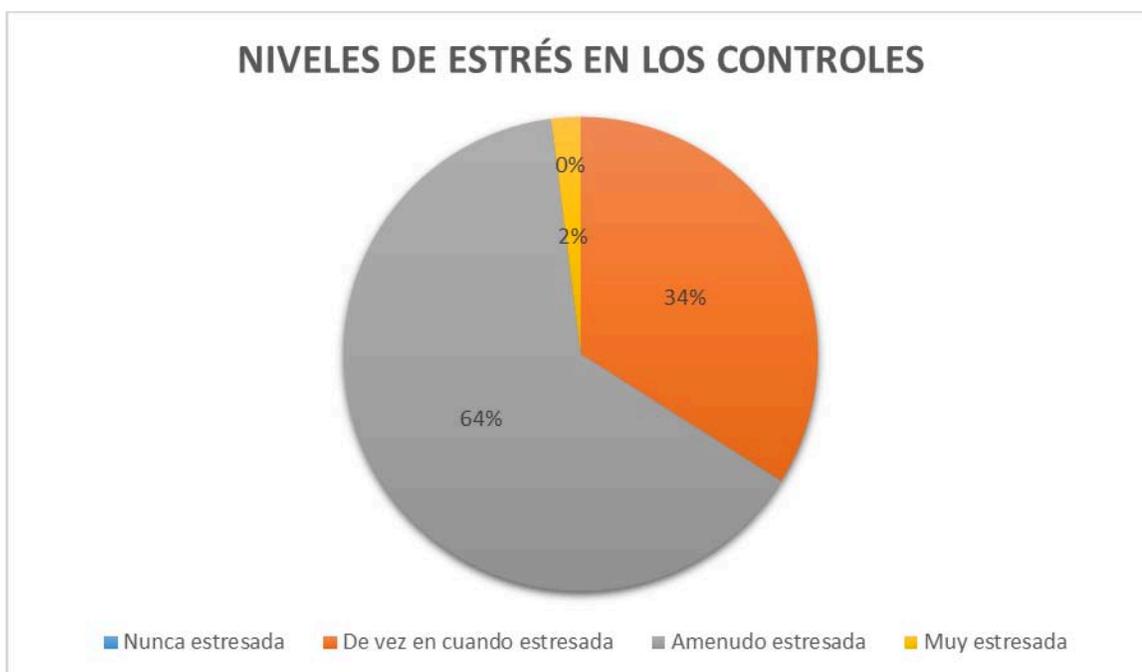
Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,891 ^a	1	,027		
Corrección por continuidad ^b	3,397	1	,065		
Razón de verosimilitudes	5,454	1	,020		
Estadístico exacto de Fisher				,059	,030
Asociación lineal por lineal	4,842	1	,028		
N de casos válidos	100				
a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,00.					
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.					

Tabla 5

El estrés según los resultados arrojados dentro de nuestras pruebas estadísticas, no se encuentra una gran variación para los grados de estrés, ambos grupos presentaron un nivel similar. (Gráfica 1 y 2)

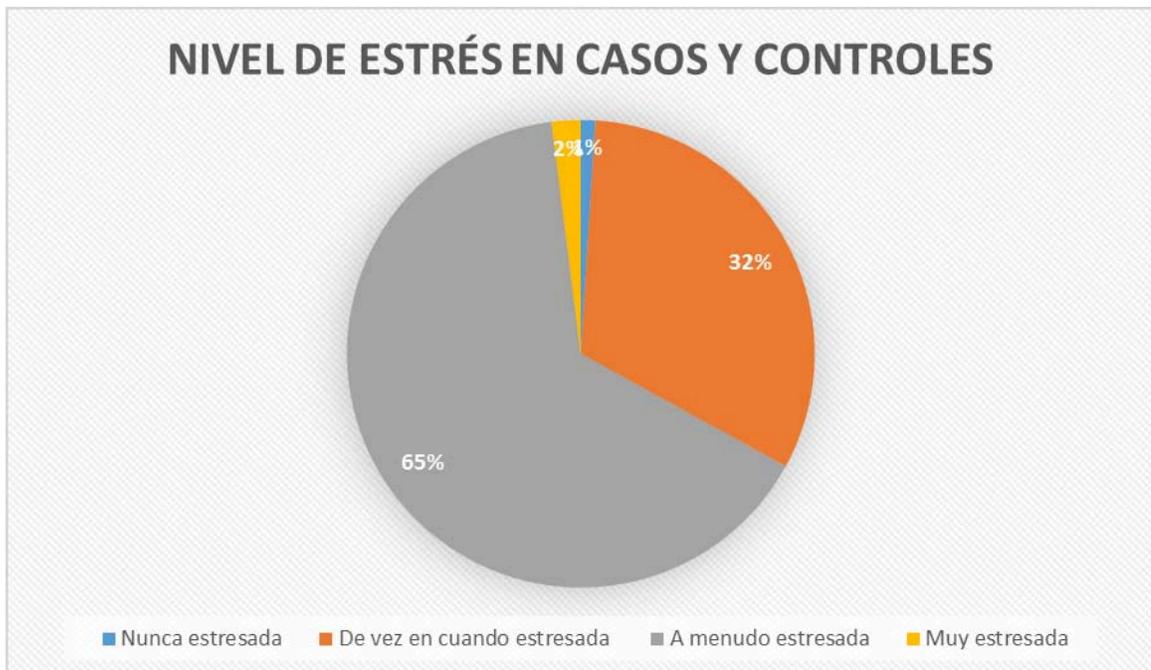


Gráfica 1



Gráfica 2

Como podemos observar el nivel de estrés más común en ambas fue muy similar siendo en ambos grupos un estrés relativamente alto casi llegando al nivel número cuatro según nuestro cuestionario, dando la siguiente gráfica.



Los niveles de estrés encontrados, en relación con la bibliografía no son significativos en correlación a la aparición de preeclampsia, si bien se encontró un número de casos de mayor estrés en las mujeres con preeclampsia como lo encontrado en la bibliografía. (Gráfica 3)

Discusión.

El nivel de estrés siguiendo las referencias consultadas mencionan una relación para la aparición de preeclampsia, siendo los factores psicosociales determinantes para conservar la salud, dentro de nuestro estudio no se encontró mucha diferencia sobre los niveles de este padecimiento, lo que hace suponer que el estrés es en su mayoría afecta de igual manera, siendo las condiciones sociales de la vida cotidiana dentro de la comunidad un factor preponderante para la aparición de esta patología, nos encontramos con niveles muy altos de estrés en ambos grupos lo que me hace suponer que las condicionantes sociales dentro de la comunidad son muy parecidas, se puede intuir que los estratos socioeconómicos guardan mayor relación con la aparición de estrés no olvidando que el embarazo en si es un evento generador de estrés elevando así los niveles de este dentro de la población.

Si bien, nos encontramos con carencias sociales y conductas hacia la mujer desfavorables dentro de la comunidad, los bajos recursos socioeconómicos y el bajo nivel educacional, nos refleja en los resultados una elevación de estrés en ambos grupos, cabe resaltar que el mismo estrés y la elevación de cortisol y el déficit del flujo materno placentario como se mencionó en capítulos anteriores, es un factor para el desencadenamiento de la preeclampsia pero en un grupo constantemente expuesto al estrés, se puede llegar a conjugar en casos muy puntuales como en este estudio, donde solo se considero al factor psicosocial esperando encontrar gran significancia entre los grupos, pero no fue

así, por otro lado se menciona que los factores psicosociales aumentan la probabilidad de aumentar el riesgo de preeclampsia siendo este un porcentaje a considerar, siendo este nulo para nuestra población ya que es menor al 1% el rango de padecer preeclampsia si se encuentra el factor psicosocial estrés, por otro lado se considero la escala de acompañamiento familiar donde se considerando el acompañamiento tanto de amistades cercanas y de la familia, siendo este un apoyo dentro de las redes sociales de nuestra madres que se incluyeron en el proyecto principal que es el PAPIIT, en las escalas de acompañamiento familiar se puede encontrar que existe una buena relación familiar y de amistades en, siendo este una ventana de oportunidad para poder trabajar con este padecimiento, como se ha mencionado en los estudios (Ku, 2014) son un grupo protector.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dentro de este estudio podemos concluir, que la aparición de preeclampsia dentro de nuestra muestra no es significativa para condicionar la aparición de enfermedades hipertensivas inducidas por el embarazo, ya que la diferencia no es mayor a 4% en ambos grupos, pero podemos deducir que las mujeres dentro de esta localidad presentaron niveles altos de estrés, siendo “A menudo estresada” nuestro gran rango de estrés mas frecuente, lo que resulta alarmante, ya que dentro de las condiciones diarias de nuestra sociedad no favorece un ambiente propicio para vivir la maternidad en plenitud, cada día son mas las exigencias sociales y económicas que deben de cubrir, el vivir solo con lo necesario y la carencia de varios servicios de salud primaria para estos grupos vulnerables, sin dejar de considerar la violencia ejercida hacia la mujer gestante y no gestante deben guiar nuestro deber profesional y hacer de considerar generar espacios propicios para reducir los niveles de estrés generado por la hospitalización y el mismo embarazo.

Lo profesionales de la salud y en particular los Lic. En enfermería y Obstetricia debemos de otorgar mayor importancia a la atención prenatal, debemos de ser capaces de detectar en la mujer gestante no solo factores que pongan en riesgo la salud de índole biológica, debemos considerar el aspecto emocional,

de tal manera que se pueda resolver en el instante mismo o ser capaces de brindar oportunamente un apoyo con algún otro profesional.

Los problemas de la sociedad como la economía, la familia, las emociones y la sociedad son factores que generan estrés fácilmente en la mujer gestante, si bien no podemos abarcar todos estos aspectos para su manejo y/o tratamiento podemos involucrarnos indirectamente con alguno de estos.

El manejo de la pre eclampsia y de otras patologías que se presentan durante el embarazo no solo debe ser manejado solo con farmacoterapia, se deben involucrar terapias tanto alternativas como apoyo psicológico.

Se debe de crear más espacios y programas que han demostrado su eficacia como la psicoprofilaxis y estimulación prenatal durante toda la atención de la mujer gestante ya que de esta manera podemos brindarle estrategias de afrontamiento para el manejo del estrés como lo son las técnicas de respiración y relajación.

El involucramiento de la pareja y círculos sociales de la madre para reducir los índices de estrés, ansiedad y estrés, así como adaptar estas costumbres y creencias durante la atención y control prenatal.

La educación de la madre debe ser la mejor herramienta para disminuir los factores psicosociales generadores de estrés, así como la resolución de dudas para poder generar un ambiente de tranquilidad para ella.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Alonso, M. B., Mora, C. M., Torres, J. A., Santaella, C. C., Enciso, F. C., & Bensabat, M. A. (2008). Estrés, ansiedad y depresión en gestantes controladas en la Unidad de Ginecología Psicosomática del Hospital Materno-Infantil de Málaga. *Progresos de obstetricia y ginecología*, 51(6), 334-341.
- Alvarado-Esquivel, C., Sifuentes-Álvarez, A., Estrada-Martínez, S., Salas-Martínez, C., Hernández-Alvarado, A. B., Ortiz-Rocha, S., . . . Sandoval-Herrerad, F. (2010). Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gac Méd Méx*, 146(1), 1-9.
- Barreto, S. (2003). Factores de riesgo y resultados perinatales en la preeclampsia severa: un estudio caso control. *Rev. Hosp. Matern. Infant. Ramon Sarda*, 22(3), 116-120.
- BIREME. (2015). Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Retrieved from <http://decs.bvs.br/E/decsweb2015.htm>
- Canaval, G. E., González, M. C., Martínez Schallmoser, L., Tovar, M. C., & Valencia, C. (2014). Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia1.
- Cóndor Quincho, M. M., & Domínguez López, D. (2013). Asociación entre el estrés crónico y la preeclampsia en mujeres de 20 a 34 años atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2013.
- Davison, J. (2010). El estrés laboral eleva el riesgo cardíaco en las mujeres. *CNN México*.
- de la Lengua Española, R. A. (1992). Diccionario de la real academia de la lengua española. *Madrid. Edición, 21*.
- de Mortalidad Materna, O. Mortalidad materna en México. *Numeralia 2010*. [acceso 7-02-2012] Disponible en: [http://www.omm.org.mx/images/stories/documentos/Numeralia/nmrl% 20Fnl.pdf](http://www.omm.org.mx/images/stories/documentos/Numeralia/nmrl%20Fnl.pdf).
- Flórez-Alarcón, L. (1999). Evaluación del estrés prenatal en pacientes con preeclampsia. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 17, 107-124.
- Herrera, A., & Rodríguez, J. (2005). TIEMPO 75 MEMORIA. *Casa del tiempo*(81-84).
- Ku, E. (2014). Factores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, agosto a octubre de 2012. *Revista Peruana de Epidemiología*, 18(1), 1-7.

- Llaca, R., & Fernández, A. (2000). *Obstetricia clínica*. México, McGraw-Hill Interamericana Editores, 200, 453-455.
- Medrano, R. J., Yahuaca, M. P., Presno, B. M., & Alvarado, A. J. (2008). [Oxidative stress level and placental histological changes during preeclampsia]. *Ginecología y obstetricia de Mexico*, 76(6), 319-326.
- Morgan-Ortiz, F., Calderón-Lara, S. A., Martínez-Félix, J. I., González-Beltrán, A., & Quevedo-Castro, E. (2010). Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles. *Ginecol Obstet Mex*, 78(3), 153-159.
- Moysén, J. S. (2009). La dimensión biopsicosocial de la preeclampsia: un abordaje conceptual-empírico. *Ginecol Obstet Mex*, 77(5), 231-237.
- Muñoz, M., & Oliva, P. (2009). Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 74(5), 281-285.
- Palacios, A., & Cecibell, R. (2011). Conocimientos, actitudes y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia en puérperas con este síndrome durante la gestación y los resultados perinatales. Instituto Nacional Materno Perinatal, 2010.
- Patrón Hernández, R., Corbalán Berná, F. J., & Limiñana Gras, R. M. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia.
- Pritchard, J. A. M., Paul, C., & Mauri Mas, A. (1980). *Williams obstetricia*.
- Reyna-Villasmil, E., Briceño-Pérez, C., & Torres-Cepeda, D. (2009). Inmunología, inflamación y preeclampsia. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 69(2), 97-110.
- Ricardo, O. R., Alba, C. S. R. S., León, C. E. C., & Cruz, E. C. (2004). *Obstetricia y ginecología*.
- Rivadeneira, C., Minici, A., & Dahab, J. (2013). Algunas puntualizaciones sobre el estrés. *Rev. de Terapia Cognitivo Conductual*, 23(1), 1-7.
- Rodríguez, M., Egaña, G., Márquez, R., Bachmann, M., & Soto, A. (2012). Preeclampsia: mediadores moleculares del daño placentario. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(1), 72-78.
- Romero Arauz, J. F., Morales Borrego, E., García Espinosa, M., & Peralta Pedrero, M. L. (2012). Guía de práctica clínica. Preeclampsia-eclampsia. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(5), 568-579.

- Ruiz, C. M. (2011). Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. Abril a junio de 2010. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2), 4-5.
- Sainz Maite, Z. M. (2011). La realidad de las mexicanas: una batalla contra el tiempo y el cansancio. *CNN México*.
- Salvador-Moysén, J., Martínez-López, Y., Lechuga-Quiñones, A., Ruiz-Astorga, R., & Terrones-González, A. (2000). Situación psicosocial de las adolescentes y toxemias del embarazo. *salud pública de méxico*, 42(2), 99-105.
- Serrano, O. 2. Caracterización sociodemográfica de la muestra de la Endireh 2011 en comparación con las Endireh 2006 y 2003. *Expresiones y contextos de la violencia contra las mujeres en México*, 57.
- Torres-Lagunas, M., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaña, G., & Rodríguez-Alonzo, E. (2015). Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enfermería universitaria*, 12(3), 122-133.
- Valdés, Y., & Hernández, N. Factores de riesgo para preeclampsia.
- Vargas, V. M., Acosta, G., & Moreno, M. A. (2012). La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(6), 471-476.
- Vílchez, R. M., Adrián, T. R., & Ruiz, A. (1999). Citocinas en la fisiopatología de la preeclampsia. *Gac Méd Caracas*, 107(4), 505-516.

ANEXOS.



Anexo No. 1

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM
Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán
Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana



Cuestionario para evaluar factores de riesgo Psicosociales durante el embarazo

Instrucciones: Llene por escrito o marque con una X cada uno de los espacios según corresponda, conforme vaya realizando la entrevista.

I. **DATOS GENERALES**

Nombre de la entrevistada:

Edad: _____ Expediente #: _____ Seguridad social: Si ___ No ___

Especificar: _____

Domicilio: Calle _____ No. _____ Entre que calles _____ Colonia

Código postal: _____ Ciudad: _____ Entidad: _____ País:

Teléfonos: Casa _____ celular _____ Trabajo

Nombre del Tutor o responsable:

Nombre de la Institución de Salud donde se entrevista:

Clínica de la cual fue referida:

II. **FACTORES DE RIESGO**

Semanas de Edad Gestacional al momento del diagnóstico de pre-eclampsia:

Semanas de Edad Gestacional al momento de la Entrevista:

Número de consulta prenatal al momento de la Entrevista:

Número de horas que dedica a descansar al día:

Número de horas de ejercicio a la semana:

III. **DATOS DEL RECIEN NACIDO**

El recién nacido fue obtenido por vía: Vaginal _____ Cesárea _____

Apgar a los 5 minutos: 7-10 _____ 4-6 _____ 1-3 _____

Servicio fue trasladado el recién nacido: Neonatos _____ Habitación conjunta _____

Defunción _____

Sexo: Mujer _____ hombre _____

Edad Gestacional (capurro) 37-41 _____ 33-36 _____ 32 o menor ó 42 o mayor _____

Peso: 2.500-3.499 kg _____ 2.000-2.499 kg _____ 3.500-3.999 kg _____ < 2.000 o > 4.000

Kg Inicio de la lactancia: Si _____ No _____

Inicio Vínculo con la madre: Si _____ No _____

Anexo No.2



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM
Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán
Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana
Cuestionario No. 1
Adaptación de Escala de Estrés Percibido (PSS) en México



Instrucciones: Marca la opción que mejor se adecue a tu situación actual, teniendo en cuenta **el último mes.**

<i>Durante el último mes:</i>	Nunca	Casi Nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a Menudo
1. ¿Con qué frecuencia has estado afectada por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. ¿Con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	0	1	2	3	4
3. ¿Con qué frecuencia te has sentido nerviosa o estresada (llena de tensión)?	0	1	2	3	4
4. ¿Con qué frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. ¿Con qué frecuencia has sentido que has enfrentado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	0	1	2	3	4
6. ¿Con qué frecuencia has estado segura sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. ¿Con qué frecuencia has sentido que las cosas te van bien?	0	1	2	3	4
8. ¿Con qué frecuencia has sentido que no podías enfrentar todas las cosas que tenías que hacer?	0	1	2	3	4
9. ¿Con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?	0	1	2	3	4
10. ¿Con qué frecuencia has sentido que tienes el control de todo?	0	1	2	3	4
11. ¿Con qué frecuencia has estado enfadada porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	0	1	2	3	4
12. ¿Con qué frecuencia has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?	0	1	2	3	4
13. ¿Con qué frecuencia has podido controlar la forma de organizar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. ¿Con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	0	1	2	3	4

43-56 Muy a menudo está estresado (mayor estrés percibido)
29-42 A menudo está estresado
15-28 De vez en cuando está estresado
1-14 Casi nunca está estresado (Menor estrés percibido)
0-13 Nunca está estresado

La escala de Estrés percibido (perceived Stress Scale, PSS; Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983; Adaptación González y Landero, 2007. Conformada por 14 ítems que miden el grado en que durante el último mes, las personas se han sentido molestas o preocupadas por algo o por el contrario, han percibido que las cosas les iban bien, o se han sentido seguras de su capacidad para controlar sus problemas personales. Incluye preguntas directas sobre los niveles de estrés experimentados en el último mes. La escala puntúa de 0-56, donde las puntuaciones superiores indican un mayor estrés percibido. Utiliza un formato de respuesta tipo likert de cinco alternativas con un rango de 0 (nunca) a 4 (muy a menudo). Invirtiéndose la puntuación en los ítems: 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13. Ha demostrado ser un instrumento fiable y válido. Tiempo aproximado de aplicación de 8-10 minutos.



Anexo No.3

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM
Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán
Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana



Cuestionario No 2 Escala de Apoyo familiar y de amigos

Instrucciones: A continuación encontrarás una serie de situaciones en las cuales deberás de contestar de acuerdo a lo que percibes en tu familia y amigos.

<i>¿Con qué frecuencia cuentas con alguien cuando lo necesitas?</i>	Nunca	A veces, muy pocas	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1. ¿Cuentas con alguien de tu familia para poder platicar cuando lo necesitas?	1	2	3	4	5
2. ¿Cuentas con algún amigo (a) con quien puedas platicar cuando lo necesitas?	1	2	3	4	5
3. ¿Cuentas con alguien de tu familia que te ayude a resolver algún problema?	1	2	3	4	5
4. ¿Cuentas con algún amigo (a) que te ayude a resolver algún problema?	1	2	3	4	5
5. ¿Tus padres te demuestran cariño y afecto?	1	2	3	4	5
6. ¿Cuentas con algún amigo (a) que te demuestre afecto?	1	2	3	4	5
7. ¿Confías en tu familia para hablar de las cosas que te preocupan?	1	2	3	4	5
8. ¿Confías en algún amigo (a) para hablar de las cosas que te preocupan?	1	2	3	4	5
9. ¿Alguien de tu familia te apoya en las tareas de la escuela o trabajo?	1	2	3	4	5
10. ¿Alguien de tus amigos (as) te apoya en las tareas de la escuela o trabajo?	1	2	3	4	5
11. ¿Alguien de tu familia te apoya cuando tienes problemas en la escuela o trabajo?	1	2	3	4	5
12. ¿Alguien de tus amigos (as) te apoya cuando tienes problemas en la escuela o trabajo?	1	2	3	4	5
13. En mi familia se habla de los problemas de todos y nos apoyamos todos (papás, hijos y hermanos)	1	2	3	4	5
14. ¿Estás satisfecho (a) con el apoyo que recibes de tu familia?	1	2	3	4	5
15. Estas satisfecho (a) con el apoyo que recibes de tus amigos (as)	1	2	3	4	5

59-75 Siempre hay apoyo familiar o de amigos
44-60 Muchas veces hay apoyo familiar o de amigos
31-45 Algunas veces existe apoyo familiar o de amigos.
16-30 Casi nunca existe apoyo familiar o de amigos.
01-15 No hay apoyo familiar ni de amigos.

La escala de apoyo familiar y de amigos (AFA) Landeros y González (2008). Esta escala evalúa dos dimensiones el apoyo familiar y el de los amigos. Consta de 15 ítems. Apoyo familiar 8 ítems (ítem 1+ ítem 3+ ítem 5 + ítem 7+ ítem 9 + ítem 11+ ítem 13+ ítem 14) Apoyo de amigos 7 ítems (ítems 2 + ítem 4 + ítem 6 + ítem 8 + ítem 10+ ítems 12 + ítem 15). De acuerdo con las propiedades psicométricas, se suman todos los ítems y su recorrido es de 15 a 75 puntos. A mayor puntaje mayor apoyo social. El Tiempo aproximado de aplicación es de 5-6 minutos.

Anexo 4



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM
Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán
Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana



Cuestionario No. 3 Escala de Depresión de Hamilton

Folio: DF-1, EM-1, Y-1, V-1.

Instrucciones: Marca cada síntoma que haya experimentado en forma casi diaria durante el último mes.

1. Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)

0	Ausente
1	Las expresa solamente si le preguntan cómo me siento
2	Las dice espontáneamente
3	No comunicadas verbalmente
4	Las manifiesta verbalmente y no verbalmente en forma espontánea

2. Sentimiento de culpa

0	Ausente
1	Se culpa a sí misma, cree haber decepcionado a la gente
2	Tiene ideas de culpa o medita sobre errores pasados o malas acciones
3	Siente que la enfermedad actual es un castigo
4	Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales o amenazadoras.

3. Suicidio

0	Ausente
1	Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida
2	Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir
3	Tiene ideas de suicidio o amenazas
4	Intentos de suicidio (cualquier intento serio)



UNIVERSIDAD VERACRUZANA

4. Insomnio precoz

0	No tiene dificultad para dormir
1	Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le cuesta más de media hora conciliar el sueño
2	Dificultad para dormir cada noche

5. Insomnio Intermedio

0	No hay dificultad para dormir
---	-------------------------------

1	Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche en forma espontánea.
2	Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto para orinar)

6. Insomnio tardío

0	No hay dificultad para dormir
1	Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
2	No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades

0	No hay dificultad
1	Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos y aficiones)
2	Pérdida de interés en su actividad (manifestado por la desatención, indecisión y vacilación)
3	Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o de la productividad
4	Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Sólo se compromete en pequeñas tareas, o no puede realizarlas sin ayuda.

8. Inhibición Psicomotora

0	Palabra y pensamiento normales
1	Ligero retraso en el habla
2	Evidente retraso en el habla
3	Dificultad para expresarse
4	Incapacidad para expresarse

9. Agitación Psicomotora

0	Ninguna
1	Juega con sus dedos
2	Juega con sus manos, cabello, etc.
3	No puede quedarse quieta ni permanecer sentada
4	Retuerce las manos, se muerde las uñas o los labios, se tira de los cabellos

10. Ansiedad Psíquica

0	No hay dificultad
1	Tensión subjetiva e irritabilidad
2	Preocupación por pequeñas cosas
3	Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
4	Expresa sus temores sin necesidad que le pregunten

11. Ansiedad somática (Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión. Cardiovasculares: palpitaciones, cefalea. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada, transpiración)

0	Ausente
1	Ligera
2	Moderada
3	Severa
4	Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales

0	Ninguno
1	Pérdida del apetito pero come sin necesidad de estímulo. Sensación de pesantez
2	Dificultad en comer si no le insisten. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos generales

0	Ninguno
1	Pesadez en extremidades, espalda, cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, dolores musculares, pérdida de energía y fatigabilidad
2	Cualquier síntoma bien definido

14. Síntomas genitales (disminución de la libido, trastornos menstruales)

0	Ausente
1	Débil
2	Grave

15. Hipocondría

0	Ausente
1	Preocupado de sí mismo (corporalmente)
2	Preocupado por su salud
3	Se lamenta, constantemente solicita ayuda

16. Pérdida de peso

0	Pérdida de peso inferior a 500 gramos en una semana
1	Pérdida de más de 500 gramos en una semana
2	Pérdida de más de 1 kg en una semana

17. Instrospección (insight)

0	Se da cuenta que está deprimido y enfermo
1	Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, necesidad de descanso

2	No se da cuenta que está enfermo
---	----------------------------------

INTERPRETACIÓN P (Bech. 1996)

0-7 Sin depresión

8-12 Depresión menor

13-17 Menos que depresión mayor

18-29 Depresión mayor

Ofrece medida de intensidad o gravedad de la depresión. Es heteroaplicada.

Los síntomas vegetativos cognitivos y de ansiedad son los que más peso tienen en el computo total de la escala. Se han identificado distintos factores o índices de los más usados. La escala es fiable posee buena consistencia interna alfa 0.76 a 0.92



Anexo 5.

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM
Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán
Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana



UNIVERSIDAD VERACRUZANA

Cuestionario No. 4

Escala de Sintomatología Depresiva (Radloff)

Folio: DF-1, EM-1, Y-1, V-1.

Instrucciones. A continuación encontrarás preguntas sobre tus pensamientos durante el ÚLTIMO MES. No intentes contabilizar el número de veces que pensaste de una manera en particular; es mejor que indiques que te parezca la alternativa más adecuada.

<i>Durante el último mes:</i>	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1. Me molestaron cosas que generalmente no me molestan	1	2	3	4	5
2. No me dieron ganas de comer, tenía poco apetito...	1	2	3	4	5
3. Sentía como si no pudiera quitarme de encima la tristeza, ni siquiera con la ayuda de mi familia o amigos	1	2	3	4	5
4. Pensé que valía tanto como otras personas...	1	2	3	4	5
5. Me costaba concentrarme en lo que estaba haciendo...	1	2	3	4	5
6. Me sentí deprimido (triste, cansado sin ganas de nada, sin saber porqué)	1	2	3	4	5
7. Me parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo...	1	2	3	4	5
8. Me sentí esperanzada con respecto al futuro...	1	2	3	4	5
9. Creí que mi vida había sido un fracaso...	1	2	3	4	5
10. Me sentí temerosa...	1	2	3	4	5
11. No dormí bien...	1	2	3	4	5
12. Fui feliz...	1	2	3	4	5
13. Hablé menos de lo que casi siempre hablo...	1	2	3	4	5
14. Me sentí sola...	1	2	3	4	5
15. La gente era poco amistosa...	1	2	3	4	5
16. Disfruté de la vida...	1	2	3	4	5
17. Tenía ganas de llorar...	1	2	3	4	5
18. Me sentí triste...	1	2	3	4	5
19. Sentí que no le gustaba a la gente...	1	2	3	4	5
20. Sentí que "ya no podía más"...	1	2	3	4	5

INTERPRETACIÓN:

80-100 Muy deprimido
60-79 Moderadamente deprimido
40-59 Poco deprimido
20-39 No está deprimido

La Escala de Sintomatología Depresiva de Radloff (1977), **Adaptada por el** Grupo LISIS de la Universidad de Valencia. Facultad de Psicología. Contiene 20 ítems. El tiempo aproximado de aplicación es de 8-10 minutos. La fiabilidad de la escala global según el alpha de Cronbach es de .92. **Validez:** Correlaciona negativamente con medidas de autoestima, apoyo familiar y comunicación familiar y positivamente con el conflicto familiar, la percepción de estrés y los problemas de conducta y victimización en la escuela. En la literatura científica existe documentación abundante sobre su validez convergente con otras escalas que miden sintomatología depresiva.



Anexo 6.

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM
Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán
Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana



Cuestionario No. 5 Estudio socioeconómico (Graffar)

Entrevista # _____

Fecha de la Entrevista _____

I. DATOS GENERALES

Nombre de la entrevistada:

_____ Nombre del Tutor o responsable _____
_____ Número de Expediente _____

II. OCUPACIÓN, PROFESIÓN U OFICIO DEL JEFE O JEFA DE FAMILIA

PUNTEO	ÍTEMS
1	Profesión universitaria, Ingeniero, Agrónomo, Médico, Auditor, Administrador de empresas, Abogado, otros. Oficial de las fuerzas armadas con educación superior universitaria.
2	Profesión técnica superior (Nivel diversificado), Bachilleres, Maestros, Perito, Contador, Secretarías, Medianos comerciantes o productores como: Taller mecánico, ferreterías, carpinterías, estudios fotográficos.
3	Negocio propio, pequeños comerciantes como: tiendas, venta de comida, café internet, sastrería, otros.
4	Trabajadores con primaria completa albañiles, herreros, personal de seguridad, agricultores, mensajeros, mecánicos, electricistas, fontaneros, fotógrafos, carpinteros otros. Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa).
5	Trabajadores sin primaria completa albañiles, herreros, otros.

III. NIVEL EDUCACIONAL DE LA MADRE

1	Educación universitaria
2	Nivel diversificado, Secretaria, Maestra, Bachiller, Perita, Contadora, etc.
3	Nivel Básico
4	Nivel Primaria
5	Analfabeta

IV. PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS A LA FAMILIA

1	Fortuna heredada o adquirida.
2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.
3	Sueldo mensual.
4	Sueldo semanal, por día, por hora.
5	Donaciones de origen público o privado, ayuda económica de instituciones.

V. CONDICIONES DE LA VIVIENDA

1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin abundancia y suficientes espacios.
3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos.
4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones

	sanitarias.
5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

VI. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

TENENCIA	PISO	PAREDES	TECHO	CALIDAD
Propia	Tierra	Madera	Lámina	Buena
Alquilada	Ladrillo	Adobe	Madera	Regular
Prestada	Losa	Block	Teja	Mala
Posada		Ladrillo	Duralita	
Amortizada			Terraza	

VII. SERVICIOS BÁSICOS DE LA VIVIENDA

Agua	Letrina
Luz	Fosa séptica
Teléfono	Inodoro
Drenaje	Extracción de basura
	Otros:

VIII. SALUD

¿A dónde acude cuando se enferma?

Enfermedades más frecuentes en su grupo familiar

IX. INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

Estrato al cual corresponde la familia: _____

Interpretación y análisis de la realidad de la familia de acuerdo al estrato al que pertenece la familia:

OBSERVACIONES GENERALES

X. PUNTUACIÓN

RUBROS	PUNTAJE
OCUPACIÓN, PROFESIÓN U OFICIO DEL JEFE O JEFA DE FAMILIA	
NIVEL EDUCACIONAL DE LA MADRE	
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS A LA FAMILIA.	
CONDICIONES DE LA VIVIENDA.	
TOTAL	

XI. INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE

ESTRATO	TOTAL DE PUNTAJE OBTENIDO	DESCRIPCIÓN DEL ESTRATO
I	4-6	Población con las mejores condiciones de vida.
II	7-9	Buenos niveles de vida pero sin los valores óptimos del I.
III	10-12	Población con posibilidades de satisfacer las necesidades básicas además del desarrollo intelectual y de tener capacidades para disfrutar de beneficios culturales.

IV	13-16	Es la población en lo que se denomina pobreza relativa porque no alcanzan los niveles de vida satisfactorios de los estratos anteriores. Son grupos vulnerables a los cambios económicos, están privados de beneficios culturales.
V	17-20	Es la población en pobreza crítica, son las personas que no están en condiciones de satisfacer las necesidades básicas.

Anexo 7.



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM
Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán
Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana



Folio: DF-1, EM-1, Y-1, V-1.

Escala de violencia e índice de severidad (Valdez y Cols.)

<i>Señala con una "X" la respuesta que más refleje tu situación en los últimos 12 meses.</i>	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces
1. ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?	0	6	12	18
2. ¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?	0	6	12	18
3. ¿Le ha pateado?	0	8	16	24
4. ¿Le ha amenazado con pistola o rifle?	0	6	12	18
5. ¿Le ha empujado intencionalmente?	0	5	10	15
6. ¿Le ha golpeado con el puño o la mano?	0	7	14	21
7. ¿Le ha disparado con una pistola o rifle?	0	9	18	27
8. ¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?	0	4	8	12
9. ¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?	0	4	8	12
10. ¿Le ha amenazado con arma, con alguna navaja, cuchillo o machete?	0	7	14	21
11. ¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?	0	9	18	27
12. ¿Le ha rebajado o menospreciado?	0	5	10	15
13. ¿Le ha torcido el brazo?	0	6	12	18
14. ¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?	0	9	18	27
15. ¿Le ha insultado?	0	4	8	12
16. ¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?	0	9	18	27
17. ¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?	0	5	10	15
18. ¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?	0	4	8	12
19. ¿Le ha sacudido, zarandeado, jaloneado?	0	5	10	15
TOTAL	0	118	236	354

- De 0 a 117 Violencia leve
- De 118-235 Violencia moderada
- De 236--354 violencia severa o grave

Anexo 8.



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM
Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán
Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigadores responsables: Dra. María de los Ángeles Torres Lagunas (ENEO-UNAM), Dra. Elsy Guadalupe Vega Morales (UADY-SSY) y Dra. Ilsa Vinalay Carrillo (IMSS)

Lugar y Fecha: _____

Por este medio doy mi autorización para participar en el protocolo de investigación **“Intervención integral de Enfermería para disminuir factores de riesgo psicosociales asociados a pre-eclampsia”** cuyo objetivo es: Analizar el impacto que tiene la intervención integral de enfermería para disminuir factores de riesgo psicosociales para pre-eclampsia en 4 hospitales públicos de la república mexicana. Se me ha explicado que mi participación es voluntaria y que soy libre de negarme a participar o retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que eso afecte la asistencia médica que recibo en el hospital donde me encuentro ingresada; en caso de aceptar, mi participación consistirá en contestar una serie de preguntas derivadas del instrumento de recolección de datos y las escalas que el encuestador aplicará.

Me han explicado que no existen riesgos ni molestias asociados a mi participación; así mismo el beneficio que recibo al participar en el estudio es la contribución al estudio para poder hacer predicciones acertadas durante la práctica de enfermería, para brindar cuidados especiales y oportunos, ofrecer información, asesorías y educación para la salud durante el control prenatal y con ello coadyuvar a reducir las tasas de morbilidad y mortalidad materno-fetal, así como también, para formar estrategias que contribuyan a reducir los indicadores que conducen a este problema a través de medidas de prevención y detección oportuna, ya que en el Estado de Yucatán no se ha llevado a cabo investigaciones acerca del tema.

Me han dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos que proporcione serán manejados con privacidad y confidencialidad; de igual forma los resultados de esta investigación me serán informados de manera verbal en caso de ser solicitados.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podré dirigirme a Dra. María de los Ángeles Torres Lagunas. Tel 5517563577 angelestorres2007@gmail.com

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien se obtiene el consentimiento