



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

Patrón de Conducta Tipo D, Estrés y Afrontamiento en Mujeres Embarazadas Atendidas en Instituciones del Sector Salud de los Municipios Pachuca de Soto y Mineral de la Reforma, Hidalgo

Tesis

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN: Hernández Francisco Alejandra
Vargas Ortega Ma. Eugenia

DIRECTOR: Mtra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña

Índice de contenido

Dedicatorias	v
Agradecimiento	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción	x

Capítulo 1

SALUD MATERNO – INFANTIL

1.1 Conceptualización de la salud materno – infantil dentro del contexto de la salud de la mujer y salud reproductiva.	14
1.2 Acciones respecto a salud materno – infantil.	17
1.2.1 Internacionales	17
1.2.2 Nacionales	18

Capítulo 2

CONCEPTUALIZACION BIOPSIICOSOCIAL DEL EMBARAZO

2.1 Concepto de embarazo	22
2.2 Conceptualización psicosocial del embarazo	24
2.3 Factores individuales de tipo sociodemográfico	24
2.4 Factores individuales de tipo psicológico	30

Capítulo 3

PATRÓN DE CONDUCTA TIPO D Y EMBARAZO

3.1 Concepto de personalidad	45
3.2 Clasificación de la personalidad de acuerdo a patrones	45

3.3 Definición de patrón de conducta tipo D	46
3.4 Patrón de conducta tipo D y enfermedades cardiovasculares	53
Capítulo 4	
ESTRÉS, AFRONTAMIENTO Y EMBARAZO	
4.1 Concepto de estrés	56
4.2 Modelos psicológicos de estrés	58
4.3 Estrés y embarazo	62
4.4 Afrontamiento al estrés	64
4.5 Causas y consecuencias del estrés en el embarazo	66
4.6 Estudios que se han realizado en embarazadas en los cuales se observan las consecuencias de padecer estrés durante este periodo	69
Capítulo 5	
MÉTODO	
5.1 Planteamiento del problema	71
5.2 Pregunta de investigación	73
5.3 Objetivos	73
5.4 Definición de variables	74
5.5 Diseño y tipo de estudio	76
5.6 Población y muestra	76
5.7 Instrumentos y materiales	77
5.8 Procedimiento	80
Capítulo 6	
RESULTADOS	81
Capítulo 7	
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	95

REFERENCIAS	107
ANEXOS	
Anexo 1 Carta de Consentimiento Informado	126
Anexo 2 Cuestionario Sociodemográfico	128
Anexo 3 Inventario para la Evaluación del Estrés Prenatal	131
Anexo 4 Inventario de Afrontamiento	134
Anexo 5 Patrón de Conducta Tipo D	136

DEDICATORIA

A mi Madre, la Sra. Reina Francisco Castro, quien me enseñó que un sueño se alcanza con trabajo, amor, dedicación y constancia, a ella, le dedico ésta tesis, con todo mi amor, mi respeto y admiración, sé que desde dónde esté se sentirá orgullosa de que hoy he terminado lo que iniciamos juntas. Te amo madre.

*También se la dedico a dos personitas muy especiales: **MI HIJA ALMA JENIFER Y MI SOBRINITO JOHAN ALIT.***

Con mucho cariño

Ale

Esta tesis la dedico:

A mi mamá Juana Ortega Barrientos, a quien quiero mucho, gracias por el amor, cariño y apoyo que me has brindado a lo largo de mi vida sobre todo por darme la vida, cuidarme y guiarme por buen camino, contigo comparto una meta mas en mi vida. TQM Y TE AMO.

A mi hijo Héctor Trejo Vargas, TE AMO mi nenin hermoso, eres lo más maravilloso que me ha pasado en la vida, tu sonrisa, tus travesuras, besos, abrazos y también tus enojos son el mejor regalo que me das día con día. TE AMO PRECIOSO.

A mi amor, Carlos H. Trejo García, gracias por toda la paciencia, apoyo, consejos y amor que me brindas, TE AMO, me siento afortunada de tenerte a mi lado, eres una gran persona corazón. TE AMO

A mis hermanos Benita, Olivia, Rosa, Miguel, Nicolás y especialmente a mi hermano Antonio, quien ha sido para mí como un padre, Te quiero mucho, gracias por todo el esfuerzo, apoyo y comprensión que me has dado. LOS QUIERO MUCHO.

A mis amigos Moni, Alma, Ericka, Froy, Laura, Alicia, Aída, Miguel, Eloy, Fabi, Zule, Lilitiana por compartir conmigo tantos momentos agradables, especialmente te la dedico a ti Laura, quien fuiste una parte importante en el proceso de esta investigación, gracias Amiga. LOS QUIERO MUCHO.

A la Dra. Hilda Fernández Bárcenas, por todo el apoyo, paciencia y consejos que me brindo, es una excelente profesora. GRACIAS DOCTORA.

Mi eterno agradecimiento a la Mtra. Rebeca Guzmán Saldaña, por la paciencia, comprensión y apoyo que siempre me brindo en todo este proceso, gracias Mtra. sin usted no se hubiera hecho posible llevar a cabo el término de esta tesis, es una excelente profesora.

Maru

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a Dios por esta gran oportunidad y enseñanza, a mi Madre la Sra. Reyna Francisco Castro, a mi Padre el Sr. Pedro Hernández Méndez, también a mi hermana Xochitl y a mi amiga Cínthia que a pesar de la distancia estuvieron conmigo en todo momento, y al resto de mis hermanos, Amado, Arturo, Iveth, Rosalba y a mi esposo Rubén y su familia así como a todos mis sobrinos, quienes son muy importantes en mi vida.

Gracias especiales a mi asesora la Mtra. Rebeca Guzmán Saldaña, quien estuvo conmigo desde el primer instante que decidí realizar esta tesis apoyándome, no solo en lo didáctico, sino también en el ámbito personal, fue para mí un gran apoyo moral y un sostén real en los momentos difíciles que viví a lo largo de estos meses, me dejó ver que como persona y amiga es invaluable, siempre le estaré agradecida.

Ale

RESUMEN

En este estudio se investigaron factores psicológicos relacionados con el embarazo tales como el Patrón de Conducta Tipo D, los tipos de estresores y las formas de afrontamiento. Para ello se aplicaron los instrumentos: Escala de Patrón de Conducta Tipo D, Inventario de Estrés Prenatal e Inventario de Afrontamiento; así como un cuestionario sociodemográfico diseñado ex profeso, a una muestra de 151 mujeres embarazadas de los municipios Pachuca de Soto y Mineral de la Reforma, Hidalgo.

Se efectuó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, a cada instrumento. Los resultados indican que respecto al Patrón de Conducta Tipo D, un 29.93 por ciento (n=45) tiene Inhibición Social; del Inventario Estrés Prenatal se encontró que un 29.19 por ciento (n=45) manifestó estrés inherente al embarazo, un 10.87 por ciento (n=16) señala estrés externo al embarazo; y del Inventario de Afrontamiento un 12.38 por ciento (n=19) presentó afrontamiento centrado en la emoción, y en un 10.32 por ciento (n=15) se observó afrontamiento centrado en el problema.

De manera general se concluye que los factores psicológicos estudiados estuvieron presentes en la muestra de mujeres participantes, y que de cierta forma pueden intervenir en el adecuado desarrollo del mismo.

Palabras clave: Embarazo, Patrón de Conducta Tipo D, Estrés, Afrontamiento.

ABSTRACT

Psychological factors related to pregnancy, such as Type D behavior pattern, stress types and the ways of dealing with them are investigated in this paper. In order to do this, several instruments were applied: type D behavior pattern scale, prenatal stress inventory and an inventory for facing, as well as socio demographic questionnaire, designed *ex profeso* applied to a sample of 151 pregnant women living in Pachuca de Soto and Mineral de la Reforma, in the state of Hidalgo.

A factorial analysis of main components with a varimax rotation was made with each instrument. Results show that, with the Type D behavior pattern, 29.93 per cent (n=45) of the subjects have social inhibition. The prenatal stress inventory shows that 29.19 per cent (n=45) of the subjects showed stress caused by pregnancy, and a 10.87 per cent (n=16) showed stress caused to external factors. The inventory for facing showed that 12.38 per cent (n=19) showed an emotion centered facing and a 10.32 per cent (n=15) showed a problem centered facing.

In a general way, it is concluded that the studied psychological factors were present in the sample of women who participated in this research, and that in a certain way, they can intervene in the correct development of it.

Key words: pregnancy, Type D behavior pattern, stress, facing.

INTRODUCCION

Abordar la temática del embarazo, y más aún las complicaciones que se suscitan en su curso, no son una moda pasajera, como lo veremos en el primer capítulo, sino un hecho irreversible, resultado de profundos cambios históricos, culturales y sociales que van confiriendo a la mujer cada vez mayor presencia en todos los aspectos de la vida; a medida que se enriquecen sus experiencias y se afianza su seguridad en la sociedad toma mayor fuerza el hecho de analizar su salud, en este sentido, las complicaciones derivadas de un embarazo son las principales causas de que organismos internacionales y nacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Secretaría de Salud Pública (SSA) y el Banco Mundial, realicen y pongan en marcha programas encaminados a disminuir la morbilidad materna (Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, 1995; OPS, 2005; UNFPA, 2005).

En el capítulo dos se ahonda sobre evidencias que indican que las complicaciones en el embarazo son multifactoriales, encontrándose factores de tipo sociodemográfico como la edad, el estatus socioeconómico, la ubicación geográfica, por mencionar algunas; y de tipo psicológico como la actitud hacia el embarazo, el embarazo deseado o no deseado y el aborto, el apoyo social y la cultura (Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2003; Espíndola Hernández, Morales Carmona, Díaz Franco, Escalante Varela, Pimentel Nieto, et. al., 2006).

Existen pocas investigaciones en las cuales se aborde la personalidad de la mujer y sus implicaciones sobre el embarazo, en el capítulo tres y cuatro se

abordan temáticas como el Patrón de Conducta Tipo D, el Estrés y el tipo de Afrontamiento al respecto, según Salvatierra (1989) la embarazada se comporta de acuerdo con su personalidad y el papel que la sociedad le atribuye, y su estado de ánimo varía según su percepción del estrés.

Por otro lado, Beck (1976), considera que las pautas de personalidad son estrategias con funciones adaptativas que han sido modificadas por el ambiente y el aprendizaje; es decir, la mujer embarazada se adapta a su embarazo según los recursos psicológicos que posee.

Existe un patrón de conducta denominado “Tipo D”, que ha sido estudiado por Denollet desde 1996, que puede estar manifiesto en las mujeres embarazadas, pues éste se define como un rasgo de personalidad específicamente por afectividad negativa (AN) y por inhibición social (IS) (Denollet, 2000; Sánchez, 2006; Sher, 2005).

Otro factor de relación estrecha con el embarazo es el estrés, definido por Lazarus y Folkman (1984, en Torres Gutiérrez, 2004) como una reacción particular entre el individuo y su entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Las fuentes de estrés para una mujer son innumerables y se encuentran en el ámbito personal, familiar y social (Rodríguez Marín, 1995), según el tiempo que lleve de transcurrida la gestación, la madre se va enfrentando a cambios y situaciones que le producen estrés, ya sea propiciados por el propio embarazo (inherentes) o externos a él, por ejemplo, la incertidumbre antes de confirmar el embarazo, la falta de apoyo social, la sexualidad, la alimentación, las limitaciones físicas, el cambio de imagen corporal, el proceso de parto, la aceptación del bebé, los gastos que implica la llegada del bebé, la situación laboral, las condiciones de vida, las relaciones maritales, por mencionar algunas (Brunner & Siddarth, 1982; Salvatierra, 1989).

Varios estudios indican que el estrés prenatal materno puede causar alteraciones en el ambiente intrauterino y afectar el desarrollo cerebral del feto (Gaviria, 2006); otros estudios manifiestan que los niveles altos de estrés laboral repercuten en la aparición de un aborto espontáneo (Bustos, 2005) o en el bajo peso al nacer (Marreto Santos, 2007).

Por otro lado, está el afrontamiento, es decir aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes con los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1986, en Rodríguez Marín, 1995).

El afrontamiento puede estar dirigido a dos aspectos, uno hacia la solución del problema y otro hacia las emociones, ambos tratan de aminorar el estrés utilizando una amplia gama de estrategias, un punto muy importante es que no todas las estrategias ayudan a salvaguardar la salud; por ejemplo, el uso de alcohol, tabaco, drogas, la negación, el distanciamiento o evitación, tienen un efecto positivo al momento de disminuir el estrés, pero negativo para la salud (Moya Chacón, García, & Flórez, 2002).

El presente estudio es de tipo descriptivo donde se busca indagar sobre factores psicológicos (patrón de conducta tipo D, estrés y afrontamiento) que están presentes en el proceso de gestación, para tal efecto se utilizó una muestra de 151 embarazadas, los instrumentos utilizados fueron la Escala de patrón de conducta tipo D (Denollet, 2005), el inventario de estrés prenatal, el inventario de afrontamiento (Flórez, 1999, en Moya Chacón, et. al., 2002), a los cuales se les realizó un análisis factorial de los componentes principales con rotación varimax, con la finalidad de obtener las propiedades psicométricas según la muestra estudiada, además se les aplicó un cuestionario sociodemográfico diseñado ex profeso, lo anterior mencionado se aborda con mayor precisión en el capítulo cinco.

En el capítulo seis se describe el análisis factorial de cada uno de los instrumentos aplicados, en los cuales se aceptó como factores únicamente aquellos que tuvieron un mínimo de cuatro reactivos, una carga factorial igual o mayor a 0.50 y un alpha de Cronbach de .60 por factor. También se describen algunos factores sociodemográficos de la embarazada como la edad, escolaridad, ocupación, estado civil, entre otros.

En el capítulo siete se abordan las discusiones y conclusiones de este estudio

Salud Materno - Infantil

1.1 Conceptualización de la salud materno – infantil dentro del contexto de la salud de la mujer y salud reproductiva

La maternidad – paternidad constituye un acontecimiento trascendental para la persona y para la sociedad; específicamente refiriéndose a la mujer, el embarazo, parto y puerperio significan un proceso biológico normal; sin embargo, alrededor de éste existen diversos factores tanto individuales, como psicológicos y sociales, por ejemplo, los aspectos psicológicos de la mujer, el espacio geográfico donde ocurre y las condiciones actuales en que se da la gestación y que pueden suscitar complicaciones en el transcurso de ésta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) señala que en los países en desarrollo, las complicaciones del embarazo se encuentran entre las causas principales de muerte y discapacidad entre mujeres de 15 y 49 años de edad, se refiere también que para una mujer nacida en América Latina o el Caribe, las probabilidades de morir por complicaciones del embarazo son 27 veces mayores que para una mujer nacida en los Estados Unidos, lo terrible de este asunto es que la mayoría de las causas que llevan a todas estas muertes son tratables y hasta prevenibles. A partir de estas problemáticas fue necesario incluir el término “*salud materno-infantil*”, en el cual se incluyeron todos aquellos problemas de la mujer relacionados con el embarazo, parto y puerperio y las condiciones de salud del niño pequeño y recientemente el de “*mortalidad materna*” definido como la muerte de una mujer producida durante el embarazo o dentro de los 42 primeros días después del alumbramiento (López, 2006).

Al abordar la problemática sobre salud materno-infantil, es necesario mencionar que sumados a los riesgos inherentes de la reproducción están la discriminación y la falta de acceso a servicios de atención a la salud de buena calidad, la circunstancia socioeconómica, la pobreza, la desnutrición intrauterina, los abortos clandestinos, el consumo de sustancias como el tabaco, alcohol y drogas originan que la reproducción sexual bajo estas condiciones constituya un riesgo para la salud materno infantil. La muerte materna es la expresión más clara de la desigualdad que aún persiste entre países y dentro de los mismos. Mosley, Chen, McCarthy y Maine (1992) señalan la importancia de las normas y tradiciones culturales, específicamente la relación de poder que hay en los hogares y que de alguna manera influye en la toma de decisiones acerca de la salud de la mujer; también abordan otros factores que intervienen en la morbilidad materna como son el estatus socioeconómico, la escolaridad, ocupación, ingresos personales y acceso a riquezas: es decir, se habla de la condición de la mujer ante la sociedad en cuanto a las prácticas de salud; otro factor determinante es la falta de educación, vinculada a un bajo estatus social, e ignorancia de sus derechos; propiciando así en que los problemas de salud sean atendidos tardíamente o de forma inapropiada, lo que conlleva a la mortalidad materna e infantil.

Al abordar la gestación es imprescindible hablar de la sexualidad, la reproducción y el género. Según Alice Miller (2000, en López Gómez, Benia, Contera & Güida, 2003) la sexualidad en general es considerada como un asunto privado de las personas, mientras que la reproducción es considerada no solo personal sino social, en el cual el Estado debe intervenir. El empoderamiento como proceso individual y colectivo en el campo de los derechos sexuales y reproductivos permite que las personas y en especial las mujeres, se construyan como sujetos sexuales y autónomos con derechos; la autonomía en este campo se refiere a que la persona desarrolle la capacidad de negociar sexualmente con el otro, desde un lugar de equidad y no desde posiciones supraordinadas o subordinadas. Implica poder reconocer y significar las propias necesidades y buscar formas de satisfacción en el marco del respeto del otro y de las propias decisiones.

Siguiendo este enfoque, el concepto de salud reproductiva dado por la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), abarca no solo la ausencia de enfermedades, sino que fundamentalmente se refiere a un estado de bienestar físico, mental y social de la persona en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos; mujeres y hombres deberán tener el derecho a ser informados sobre diversos métodos de planificación familiar y acceso a ellos (Ramos Padilla, 2006).

Ahora bien, el género es una construcción social muy compleja, un elemento constitutivo de las relaciones sociales y una forma primaria de relaciones significativas de poder; este constructo social tiene cuatro dimensiones que constituyen lo esencial del sistema de géneros en la cotidianidad de las sociedades: lo normativo, lo simbólico, lo político y lo subjetivo. La incorporación del enfoque género en las políticas de salud, permite visualizar e identificar las necesidades diferenciadas de mujeres y varones en relación con su estado de salud, con el acceso y uso de los servicios y su participación en el desarrollo de la salud (López Gómez, et. al., 2003), es decir, el género no es solo un aspecto determinante de inequidad sino un eje explicativo de muchos de los factores que intervienen en el enfermar y morir de mujeres y hombres (Ramos Padilla, 2006).

El género y la pobreza a menudo se combinan para crear barreras múltiples al bienestar de las mujeres. El enfoque de género nos permite poner en evidencia las relaciones jerárquicas y de poder que se establecen entre hombres y mujeres y la manera como estas actúan junto con otras variables, tanto en la situación de salud de las poblaciones como en el accionar de los sistemas de salud. Una buena parte de la carga de enfermedades femeninas está relacionada con sus funciones y potencial reproductivos pues son ellas quienes cargan sobre sus cuerpos el embarazo, el parto y el puerperio y por lo mismo, existen necesidades específicas para su atención (López Gómez, et. al., 2003; Ramos Padilla, 2006).

1.2 Acciones respecto a salud materno - infantil

1.2.1 Internacionales

La comunidad internacional y los gobiernos nacionales han adoptado compromisos para reducir la tasa de mortalidad materna, y así cumplir con una de las Metas de Desarrollo del Milenio (OPS, 2005).

El interés por la salud de la mujer es relativamente reciente, hace algunos años su salud era concebida como un medio para controlar el crecimiento demográfico. A nivel internacional la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2009) se encuentra a la vanguardia en la lucha contra la mortalidad materno infantil; la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2005) adoptó como uno de sus objetivos reducir las muertes infantiles y aquellas relacionadas con el embarazo y el parto.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2004), trabaja en todo el mundo a fin de proporcionar servicios de salud reproductiva, planificación familiar, en la reducción de la mortalidad materna, la atención durante el embarazo y el parto, el asesoramiento y prevención de la infecundidad, etc., también desde 1987 apoya diversas medidas para reducir la tasa de mortalidad derivada de la maternidad, cooperando con la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Banco Mundial en el programa "*Pro Maternidad Sin Riesgos*". Además de desarrollar programas encaminados a preservar la salud de la mujer, debido a las altas tasas de mortalidad materna en ese mismo año se lanzó la iniciativa para una "*Maternidad Sin Riesgos*", que puso especial interés en la mujer, su objetivo principal es reducir la morbimortalidad materna, es decir, el impacto de los problemas de salud que se presentan como consecuencia del embarazo, parto y puerperio (UNICEF, 1996).

A principios del siglo XX, un número considerable de mujeres que se embarazaban morían a consecuencia de la gestación, identificándose claramente la hemorragia puerperal, la sepsis y la preeclampsia y eclampsia como las causas

principales de morbilidad materna infantil. Debido a este problema de salud pública en el año 2000 como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los dirigentes encargados de la salud de todo el mundo acordaron reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes para el año 2015 (OMS, 2005). La trascendencia de la problemática se encuentra en los datos que proporciona la OMS en el año 2004, según dicha Organización cada año mueren en el mundo más de 500,000 mujeres por problemas relacionados con el embarazo y el parto y en América Latina y el Caribe más de 23 000, siendo que el 95 por ciento de los trastornos durante el embarazo, parto y puerperio pueden resolverse exitosamente cuando se cuenta con los servicios de salud necesarios con calidad.

Durante el año 2002 se llevó a cabo el análisis de la propuesta estratégica CSP26/14 *“Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas”*, en la que el objetivo principal es precisamente reducir la morbilidad materna. En junio del mismo año fue aprobada por el Comité Ejecutivo de la OPS y recomendó a la Conferencia Sanitaria Panamericana para su adopción con las resoluciones correspondientes. Las intervenciones claves seleccionadas en este documento son las siguientes (OPS, 2005): a) contar con políticas públicas y sostenibles de largo alcance, b) asegurar la atención calificada del parto, c) fortalecer la colaboración de socios claves, d) mejorar y aumentar el acceso a los cuidados obstétrico esenciales de calidad, e) empoderar y educar a las mujeres, sus familias y comunidades para tomar decisiones oportunas y f) reforzar los sistemas de vigilancia epidemiológica de la muerte materna; además algunos países como Colombia, Cuba, Venezuela, Brasil entre otros, tienen el interés por investigar sobre diferentes problemáticas relacionadas con la salud reproductiva de la mujer.

1.2.2 Nacionales

Por otro lado, en México la misión de la Secretaría de Salud, específicamente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud (1995), es la de garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones a todas las mujeres mexicanas; así como la igualdad de

oportunidades de crecimiento y desarrollo a todos los niños y niñas, desde antes de su nacimiento hasta los dos primeros años de vida.

En nuestro país, la mortalidad materna e infantil representa un importante problema de salud pública multifactorial, relacionado con la cobertura y calidad de los servicios de salud, factores socioeconómicos y culturales. En el año 2002 sucedieron 1925 muertes maternas por complicaciones del embarazo, parto y puerperio; en el año 2006 la tasa de mortalidad materna fue de un 63.4 por ciento debido a las mismas complicaciones (Montesano Delfín, Hernández, Zaplén Moreno, Olivares Durán, et.al., 2009).

Desde 1998 hasta el 2002 a nivel nacional el embarazo, parto y puerperio ocupó el primer lugar como causa de morbilidad hospitalaria. Según organismos internacionales como la OMS y la OPS, de acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2005), en nuestro país 1 300 mujeres en edad reproductiva mueren al año por causas maternas, muchas de las cuales pudieran evitarse. Como mencionamos anteriormente la morbimortalidad materna es multifactorial entre esos factores está el nivel socioeconómico, por lo tanto son las mujeres rurales quienes presentan más riesgo de muerte materna debido a las condiciones complejas en las que viven; la mortalidad materna permite dividir a México en tres regiones según su nivel socioeconómico: norte, centro y sur, siendo éste último el lugar donde ocurren con mayor frecuencia muertes maternas (ver tabla1).

Tabla 1. Estados de la República Mexicana correspondientes a cada región

Región	Estados
Norte	Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila, Sonora, Nuevo León, Durango, Nayarit, San Luis Potosí, Zacatecas, Aguas Calientes, Colima y Jalisco.
Centro	Guanajuato, Michoacán, Morelos, Puebla, Querétaro, Estado de México, Tlaxcala, Hidalgo y Distrito Federal.
Sur	Campeche, Guerrero, Oaxaca, Chiapas y Yucatán.

Fuente: Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2005.

Castañeda, Díaz Echeverría, Espinosa Damián y Freyermuth (2004), en el libro “Mortalidad Materna en México”, indican que las causas principales por las que mueren las mujeres son: (ver tabla 2).

Tabla 2. Principales causas de muerte materna en México

Causa	Porcentaje
Toxemia del embarazo	31
Hemorragia en el parto	22
Complicaciones en el puerperio	10
Aborto	8

Con el objetivo de reducir los niveles de morbimortalidad neonatal e infantil y prevenir los defectos de nacimiento que existían en México durante el periodo de gobierno 2001 – 2006 se desarrolló el Programa Nacional de Salud (2001 – 2006), “Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida” (Secretaría de Salud, 2001).

En un estudio realizado en el Instituto Materno - Infantil del Estado de México (2004), en México durante la última década se encontró que las principales causas directas de muerte materna reportadas en el año 2000 fueron toxemia (preeclampsia – eclampsia), hemorragia obstétrica, sepsis puerperal y complicaciones del aborto, que en conjunto representan el 68 por ciento de las defunciones de las mujeres; en el 2001 se registraron 1,253 muertes maternas debidas a las mismas causas, de las cuales el 67.1 por ciento ocurrió en nueve entidades del centro y sureste del país (Secretaría de Salud, Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Desarrollo Social, 2002). Estas problemáticas también son la primera causa de morbilidad en el embarazo parto y puerperio en mujeres del estado de Hidalgo (ver tabla 3).

Tabla 3. Morbilidad Materna en el Estado de Hidalgo.

Año	No. Casos	Enfermedad Hipertensiva del Embarazo %	Hemorragia Obstétrica %
2005	431	46.4	26.9
2006	718	39.4	31.6
2007	1026	39.3	36.4
2008	52	46.1	53.8
Total	2227	908	742

Fuente: Base de datos de mortalidad materna de la Dirección General de Epidemiología de los Servicios de Salud del Estado de Hidalgo, (2008); Sub-Dirección de Epidemiología,

Departamento de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles (2008). Base de datos de epidemiología de la Sub-Secretaría de Salud de Hidalgo.

Ahora bien, el gobierno actual los objetivos relacionados con dicha problemática son mejorar las condiciones de salud de la población, brindar servicios de salud eficientes con calidad, calidez y seguridad para el paciente, reducir las desigualdades en los servicios de salud, mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables, evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal, y garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y el desarrollo humano en el país (Rivero Cruz, 2007)

Como se muestra en la tabla 3 durante el periodo 2005 – 2008, en el estado de Hidalgo se registraron un total de 2,227 casos de morbilidad materna de los cuales 908 presentaron Enfermedades Hipertensivas del Embarazo y 742 presentaron Hemorragia Obstétrica, es decir el 74 por ciento del total presentó complicaciones. A partir del año 2003 y hasta el 2006 se han registrado un total de 160 fallecimientos, siendo el año 2005 en que se registró un número mayor de ellos, ascendiendo a 37 casos (ver tabla 4).

Tabla 4. *Mortalidad Materna en el Estado de Hidalgo. Fuente: Certificados de Defunción SEED, 2007.*

Año	No. Fallecimientos
2003	32
2004	34
2005	37
2006	29
2006	28

Podemos decir que la morbimortalidad materna es un hecho que no debía estar sucediendo, dado que sus causas son prevenibles, además los organismos dedicados a salvaguardar la salud, ya sean internacionales como nacionales tienen en marcha programas con la finalidad de proteger la vida tanto de la madre como la del producto. Es un hecho que las complicaciones en el embarazo son de origen multifactorial (biológicas, psicológicas y sociales); es decir, dependen de factores o situaciones, según el lugar geográfico donde se resida, el nivel sociodemográfico, el

nivel académico, entre otros, en el capítulo siguiente ahondaremos en estos aspectos.

Conceptualización Biopsicosocial del Embarazo

2.1 Concepto de embarazo

El embarazo, parto y puerperio son parte de un proceso biológico natural complejo en donde si bien ocurren cambios biológicos, también se presentan cambios psicológicos y sociales importantes. A continuación se profundiza en la conceptualización del embarazo desde la perspectiva biológica, para posteriormente abordar los factores psicológicos y sociales.

Los aspectos biológicos del embarazo implican todos aquellos cambios físicos, alteraciones circulatorias y metabólicas derivadas de este estado; desde esta perspectiva al embarazo se le han dado diferentes definiciones.

El embarazo es el estado de la mujer desde la concepción hasta el parto, comprende todas las modificaciones que experimenta el organismo femenino durante el desarrollo del feto en el interior del útero, se reconoce por sus síntomas subjetivos (amenorrea, náuseas matutinas, irritabilidad vesical, crecimiento de los pechos y abombamiento del abdomen, movimientos fetales y descenso uterino) y objetivos (reblandecimiento del cuello uterino, tinte purpurino de la vagina, cambios en el tamaño, la forma y la consistencia del útero, ruidos cardiacos y movimiento fetal), dura aproximadamente de 270 a 280 días (Diccionario Enciclopédico de Términos Médicos, 1981; Mendoza Aristegui, 1992, Pérez Romero, Hernández Sánchez & Alonso Prieto, 2006).

Para un mejor entendimiento del proceso del embarazo a continuación se describe por trimestres, abordando los puntos más relevantes de cada uno de ellos según Papalia, Olds y Feldman (2006):

Primer trimestre

Durante los tres primeros meses la madre debe poner especial cuidado en su embarazo ya que son los meses más vulnerables para el feto. Al concluir el tercer mes el feto mide aproximadamente 7.5 cm. de longitud. La sangre fluye a través de sus venas y arterias las cuales son muy pequeñas. Posee un corazón minúsculo, tiene indicios del cerebro, los riñones, el hígado y el tracto digestivo, tiene uñas, párpados, cuerdas bucales, labios y nariz, ya puede respirar, deglutir líquido amniótico, sus costillas y vertebras se han convertido en cartílago. Puede mover sus piernas, pies, pulgares y cabeza; abrir y cerrar la boca. Al tocar sus parpados cierra los ojos, al contacto con su palma de la mano cierra parcialmente el puño, al palpar sus labios succiona y al rozar la planta de su pie despliega sus dedos.

Segundo trimestre

En el segundo trimestre el feto tiene mayor movimiento, su peso es de 360 gramos aproximadamente y mide 35 cm. de longitud, la placenta ya se encuentra completamente desarrollada, el feto tiene periodos de sueño y vigilia, pateo, se estira y arquea, sufre de hipo, le han comenzado a crecer las cejas, pestañas y cabello, ahora mira en todas direcciones, puede oír y empuñar firmemente su mano.

Tercer trimestre

En este último periodo el producto desarrolla sobre todo su cuerpo una capa de grasa que permitirá ajustarse a las distintas temperaturas fuera del útero, los sistemas orgánicos operan de modo más eficiente, aumenta la frecuencia cardiaca y se elimina una mayor cantidad de desechos a través del cordón umbilical, ahora el feto pesa en promedio 3,500 gramos y mide aproximadamente 50 cm.

2.2. Conceptualización psicosocial del embarazo

En este apartado ahondaremos en aspectos que consideramos de gran importancia por estar estrechamente relacionados con el proceso de la gestación.

La mayoría de las mujeres son conscientes de la significación del embarazo, saben lo que es un embarazo, saben que termina en parto y que el resultado es el nacimiento de un nuevo ser, están informadas de que el parto puede ser peligroso y de que el nuevo ser, aun siendo normal, es muy frágil y necesitado de cuidados (Salvatierra, 1989).

Durante el embarazo las mujeres presentan múltiples cambios no solo físicos sino también emocionales, cambios que pueden generar una serie de complicaciones que ponen en riesgo la salud tanto de la madre como la del feto; estas manifestaciones psicológicas son escasamente relevantes para la gran mayoría de personas (Villanueva Flores & Zelada Leiva, 2008).

En este sentido es posible clasificar los factores psicosociales involucrados en el embarazo en tres niveles: a) individual, b) familiar y c) social; todos ellos ejercen una influencia en el embarazo cuyo resultado puede ser favorable o representar un riesgo para la salud de la embarazada y del bebé (Baeza, Póo, Vázquez & Muñoz, 2005). A continuación se describen estos factores:

2.3 Factores individuales de tipo sociodemográfico

En este nivel se incluyen aquellos que involucran directamente a la mujer, tales como la edad, la escolaridad, la ocupación, el estado civil, el nivel socioeconómico, y el acceso a los servicios de salud, y que favorecen el desarrollo de la gestación y/o la ponen en riesgo (Baeza, Póo, Vázquez & Muñoz, 2005).

Edad

En la actualidad existen en México, 39.3 millones de mujeres de 12 años y más, de ellas 25.4 millones han sido madres, 52 de cada 100 lo fue entre la edad de 20 a 29 años (INEGI, 2007).

En cuanto al embarazo en adolescentes, el riesgo es 60 de 100 entre las jóvenes iniciadas sexualmente, cuyas necesidades desde el punto de vista afectivo, psicológico y social no están satisfechas (Flórez – Alarcón, 1998; Risquez Thielen, s/f). Estadísticamente más de 15 millones de adolescentes entre 15 y 19 años de edad tienen un hijo anualmente (Baeza, Poo, Vázquez & Muñoz, 2005; Pérez Rodríguez, Medina García, Alcaraz Agüero & Berenguer Gournalusses, 2001; Risquez Thielen, s/f).

En Hidalgo, se han registrado cambios graduales en la edad a la que las mujeres inician la maternidad, a pesar de que se ha retrasado el inicio de la misma se destaca que entre las mujeres más jóvenes una de cada cinco, inician la maternidad antes de cumplir la mayoría de edad (Zúñiga, Zubieta, Araya & Delgado, 2001).

El embarazo es una crisis que comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente; en una adolescente el impacto del embarazo se suma al del desarrollo físico emocional (Risquez Thielen, s/f), pues poseen poca experiencia para reconocer los síntomas propios del embarazo y son renuentes a aceptar su realidad (Della Mora & Landoni, 2005), situaciones que las ponen en riesgo, ya que pueden traer consecuencias tanto en ellas mismas como al producto, por ejemplo, retraso del crecimiento intrauterino, anemia, infección del tracto urinario, parto prematuro, patología hipertensiva, aborto, nutrición insuficiente, además de presentar en ocasiones depresión lo que la pone en un mayor riesgo (Lara, Navarro, Navarrete, Cabrera, Almanza, Morales & Juárez, 2006; León, Minassian, Borgoño & Bustamante, 2008), y mayor probabilidad de muerte infantil y materna; además tienen mayores probabilidades de volver a ser madres en un corto plazo (Flórez – Alarcón, 1998).

En la clase social y educativa baja, las mujeres además de tener varios hijos, inician la maternidad a edades muy tempranas, lo que limita otras posibilidades de desarrollo; además se ha observado que a mayor nivel educativo y cultural hay

menor número de hijos, y el inicio de la maternidad a mayores edades; las mujeres que tienen hijos durante la adolescencia, en general se les complica la posibilidad de permanecer en la escuela o ingresar a los mercados de trabajo, porque tienen que asumir las responsabilidades de crianza y de trabajo doméstico, además de que muchas veces solo cuentan con una instrucción escolar básica y una pobre experiencia en distintos ámbitos de la vida (Instituto Nacional de Perinatología, 2002).

Por otra parte, los cambios en el papel de la mujer en la sociedad han llevado a que un número creciente pospongan el embarazo. Estudios realizados por Robinson, et al., 1987 en la ciudad de Toronto, sugieren que las mujeres mayores se mostraron más autónomas, menos convencionales y más estables, por lo que se plantea que el embarazo en la segunda mitad de la vida reproductiva de la mujer sería, desde el punto de vista psicosocial, una época mejor para la gestación, pues se supone que la mayor edad conlleva una cognición más favorable de un primer embarazo y una buena adaptación (López Valverde, Fernández Sedano, Páez, Ortiz & Alvarado, 2001; Salvatierra, 1989). Sin embargo, también tienen mayor probabilidad de nacimientos prematuros y muertes neonatales; las mujeres mayores de 35 años también corren riesgos durante el embarazo, entre ellos el aborto, complicaciones durante el embarazo y/o parto, mayor posibilidad de tener gemelos y anomalías en el desarrollo (Bustos, 2005).

Escolaridad

La escolaridad femenina es importante para la salud, dadas las normas de género prevalentes, las madres y esposas son el eje de las intervenciones preventivas y de los cuidados en alimentación, higiene y control de riesgos en el hogar (Szasz Pianta, 2007).

La escolaridad es otro factor que tiene repercusiones en el embarazo, sobre todo en mujeres profesionistas el embarazo se pospone a edades avanzadas mayores a los 30 años en algunas ocasiones se pone en riesgo el curso del

embarazo, la salud de la madre y la del bebé (López Valverde, et. al., 2001; Salvatierra, 1989).

En otro de los casos la falta de información adecuada, debida a la baja escolaridad o por ausencia de información sexual en la educación formal, es la causa de que tanto hombres como mujeres inicien su vida sexual sin responsabilidad; esto obviamente trae como consecuencia un embarazo que lleva a la mujer (si es adolescente) al abandono de la escuela antes de los 15 años de edad (Risqueiz Thielen, s/f); las razones específicas son las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro; por el contrario, se observa que si continúan sus estudios el rendimiento escolar es deficiente (León, et. al., 2008).

El continuar con los estudios es un factor determinante en el retardo de la maternidad, dos de cada tres jóvenes menos instruidas es madre antes de los 20 años, mientras que se reduce a una de cada cinco entre las mujeres instruidas (Risqueiz Thielen, s/f). En México la mayoría de la población posee una educación baja, las mujeres inician la maternidad a edades muy tempranas; complicándoles el permanecer en la escuela, quedándose únicamente con una instrucción escolar básica, en otros casos nula (Instituto Nacional de Perinatología, 2002).

Ocupación

Las tareas que desempeña la mujer como responsable de la reproducción de la vida cotidiana en el hogar, no suelen considerarse como “trabajo”, ya que no se reconoce su obvio valor económico, y se estiman como una “obligación natural”. En nuestro país de cada cien madres, 99 realizan trabajo doméstico en el hogar (INEGI, 2007); sin embargo, la mujer busca integrarse al ámbito laboral y su participación se concentra en el sector servicios, prevaleciendo las ocupaciones temporales y la inestabilidad laboral, en gran medida determinada por las funciones reproductivas y el ciclo doméstico (INEGI, 2007; Langer & Lozano, 1998).

Como ya se señaló, cuando se es madre adolescente no se tiene una instrucción escolar elevada; por lo que es difícil ingresar al mercado de trabajo; aunado a la responsabilidad de crianza (en muchas ocasiones solo cuentan con una pobre experiencia en distintos ámbitos de la vida) (Instituto Nacional de Perinatología, 2002).

Estado civil

El estado civil es un factor que tiene repercusión en el embarazo, el hecho de que exista o no una pareja responsable, la legitimación de la relación y del embarazo, y por supuesto el marco social en que ocurre (Langer & Lozano, 1998; Salvatierra, 1989), favorecen o perjudican (según sea el caso) el transcurso del mismo.

En México un 35 por ciento de la población en edades de 15 a 29 años están casados o viven en unión libre (INEGI, 2007). En Hidalgo el matrimonio a edades tempranas es más común en el medio rural que en el urbano, 58.7 por ciento de las mujeres de la generación 1963, residente de localidades rurales se unió antes de cumplir 20 años de edad, y en las localidades urbanas el valor fue de 43.2 por ciento; este patrón de nupcialidad ha ido modificándose, de acuerdo a los datos del 2001 el 31.7 por ciento de las mujeres que viven en área urbana se unió en pareja antes de cumplir 20 años de edad, mientras que en el área rural el porcentaje fue de 64.7 por ciento (Zúñiga, et. al., 2001).

Nivel socioeconómico

La baja escolaridad que alcanzan las mujeres y la dificultad para insertarse al sistema escolar, tienen un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social (León, et. al., 2008).

La pobreza como condición no solo limita los recursos para la continuación de la educación, también fomenta la carencia de recursos materiales que van desde

falta de capacidad adquisitiva que les impide acceder a los servicios de salud, como el no poder pagar el servicio, no poder dejar de trabajar para acudir a sus controles de embarazo, puesto que implicaría dejar de comer ese día, lo cual impide prevenir complicaciones; en el área rural se añade la escasez de servicios de salud, y si estos existen no están implementados ni el personal capacitado para enfrentar complicaciones, la inaccesibilidad por falta de vías y medios de transporte que conecten a los poblados rurales con las áreas donde se ubican los servicios de salud, en consecuencia, estas mujeres dan vida a un nuevo ser poniendo en juego la propia, (Ramos Padilla, 2006; Riquez Thielen, s/f).

Acceso a servicios de salud

Una de las prioridades en salud pública es la atención de la mortalidad materna pues es inadmisibile que la mujer muera por dar a luz (Mortalidad Materna en México, Noticias, 2008). El Fondo de Población de las Naciones Unidas (2004) afirma que combatir la muerte materna costaría tres dólares por persona al año, y que la reducción de ésta se relaciona más con los tratamientos eficaces y accesibles, y la calidad de atención más que con el desarrollo socioeconómico general de un país; además, sugiere que tres son los servicios de salud reproductiva de importancia vital para la salud materna: a) atención de parto por personal calificado, b) atención obstetricia de emergencia, y c) planificación de la familia para escoger el momento y el espaciamiento de los alumbramientos.

En la actualidad el 88 por ciento de las mujeres embarazadas en México reciben atención del parto por personal calificado (Rosales, 2008); sin embargo, esta atención a la embarazada responde a eventos y condiciones mórbidas, más que preventivas para un embarazo sin riesgos, ni complicaciones (Echarri Cánovas, 2004).

Por otro, lado existen factores sociales que ponen en riesgo de muerte a la mujer durante el embarazo, los principales son: que la pareja no permite que sea atendida en una institución de salud; la carencia de infraestructura médica y de

información; además de la atención inadecuada por parte del personal médico (Mortalidad Materna México, Noticias, 2008).

La muerte y la discapacidad derivadas de la maternidad podrían reducirse pronunciadamente si cada mujer tuviera acceso a servicios de salud a lo largo de su ciclo vital, especialmente durante el embarazo y el parto (Comunicación e Información de la Mujer, 2008).

2.4 Factores individuales de tipo psicológico

Actitud hacia el embarazo

Poco se ha estudiado acerca de los factores psicológicos que intervienen en el embarazo, puesto que las alteraciones que sufre la mujer en su psique durante el embarazo se han tomado como inherentes al mismo; sin embargo, hay estudios en los que se refleja que dichas variables sí intervienen en el proceso de la gestación, como es el caso de la actitud hacia el embarazo, el hecho de que sea un embarazo deseado o no deseado, y la consecuencia que puede tener éste, en donde en algunos casos se recurre al aborto, poniendo en riesgo la salud del binomio madre – hijo (Della Mora & Landoni, 2005).

Las actitudes están conformadas por todos los procesos psicológicos entrelazados hacia un objeto; es decir, el aspecto perceptivo, los sentimientos y emociones que el objeto de la actitud (en este caso lo que el embarazo despierta en las mujeres) (González Valdez, 2004).

El matrimonio y el embarazo dan a la mujer la oportunidad de cristalizar sus actitudes hacia la maternidad. Si se tuvo un placer constante en dar y recibir amor existen más probabilidades de que el bebé reciba también amor maternal (Cameron, 2003).

Se plantea que psicológicamente la mujer embarazada debe cubrir tres actitudes positivas para llevar a buen término la gestación: 1) la aceptación del embarazo intelectual y emocionalmente; 2) la adaptación del rol materno, asignándole también al neonato una identidad objetiva; y 3) la ligazón materno fetal

que se describe como una actitud positiva e interactiva con el feto, base de la futura relación afectiva madre – hijo (Gala León, et. al., 2003).

Las actitudes negativas de una madre, se las comunica al bebé a niveles no verbales. Dado que los bebés ni hablan, ni entienden lo que se les dice, captan la conducta maternal relacionada con el tipo de cuidado que reciben, como el tipo de mundo en el que están viviendo. Las actitudes de aceptación, indiferencia o rechazo de la madre que el bebé experimenta por meses o años a niveles no verbales o prácticamente no verbales, influyen de modo significativo en las relaciones de dependencia iniciales y en la evolución posterior que el bebé tenga (Cameron, 2003).

La maternidad en las sociedades occidentales es un rol de la edad adulta, cuando ocurre en el periodo en el que la mujer no puede desempeñarlo adecuadamente, el proceso se perturba en diferentes grados, como es el caso del embarazo a edades tempranas; generalmente en esta situación el embarazo no es planeado, por lo que se pueden adoptar actitudes que dependen de la historia familiar y social (Quiroz Lluen, 2001), la responsabilidad de ser madre en una adolescente con menos de 14 años regularmente la deja en su propia madre, de quien es totalmente dependiente; la adolescente que tiene entre 14 y 16 años se manifiesta más independiente, mostrándose posesiva con el feto, de alguna forma se preocupa por la salud del hijo, llevándola a adoptar actitudes de auto cuidado; ahora bien una adolescente de 18 años puede considerarse como una madre joven (Pérez Rodríguez, et. al., 2001).

En contraparte, las primíparas mayores a 30 años de edad regularmente adoptan una actitud positiva hacia su embarazo, son más cuidadosas y consultan a sus médicos con mayor frecuencia que las jóvenes (Salvatierra, 1989).

Se han realizado estudios en Chile en donde se muestra que un 31. 8 por ciento de las mujeres embarazadas a temprana edad considera su embarazo como un evento negativo en su vida. Es importante destacar que estas mujeres adoptan

conductas de autocuidado antes de las 20 semanas de gestación, pero que abandonan en un corto plazo (Alvarado, Medina & Aranda, 2002).

Una actitud que toman con frecuencia las adolescentes embarazadas es actuar más en términos de consecuencias próximas o inmediatas que distantes o mediatas (Della Mora & Landoni, 2005).

La actitud que toma la embarazada hacia su cuidado no siempre es el más adecuado, ya que se cuenta con un alto porcentaje de embarazadas que no acuden oportunamente a los servicios de salud y atención prenatal, debido a los factores de orden psicosocial asociados con su maternidad, potenciando así el desarrollo de los factores de riesgo de salud propios de su estado con la particularidad del momento del ciclo vital que está viviendo (Flórez – Alarcón, 1998).

En general rara vez se expresa de modo franco el rechazo maternal. Las actitudes de la sociedad hacia la maternidad han convertido en “crimen imperdonable” el rechazo o el descuido de la madre; como regla las actitudes maternas hostiles e indiferentes encuentran modos de expresión sutiles, oblicuos, disfrazados, defensivos y a menudo inconscientes en lo que hacen o dejan de hacer (Cameron, 2003).

Embarazo deseado o no deseado y el aborto

El amor materno como lo conocemos hoy, es un descubrimiento de finales del siglo XVIII. Antes de esa época ni la sociedad ni la familia protegían la vida del niño que estaba por nacer. Tener hijos era un asunto del destino, la multiparidad era la norma social, las familias eran numerosas en miembros y extensas en vínculos, y casi todas las mujeres de edad media habían pasado por la experiencia de perder uno o varios hijos en el proceso del embarazo y del parto; no dudamos de su dolor, pero la muerte durante este proceso era tenida en mente como una contingencia cierta, sujeta a “la voluntad de Dios”, y las parejas parecían mejor dispuestas aceptarla con sentimientos de resignación y pasividad (Torres Gutiérrez, 2004)

El embarazo, deseado o no desempeña un papel fundamental en la determinación de las oportunidades futuras de la joven, ya que puede desorganizar su vida, su educación y su relación familiar (Della Mora & Landoni, 2005).

La mayoría de las madres esperan ansiosas el nacimiento del hijo, se sienten a gusto con él desde el principio mismo, y encuentran en la maternidad recompensas en todo sentido. Le dan la bienvenida al hijo aceptándolo como una forma de autorrealización, como un objeto de afecto y como símbolo viviente del amor dado y del amor recibido, cuando es así no hay mayor complicación la mujer se va adaptando y va recibiendo con agrado los cambios que su cuerpo va sufriendo así como en el aspecto psíquico (Cameron, 2003).

Contrariamente, cuando el embarazo es no deseado las embarazadas son abandonadas en primer lugar por su pareja, y en segundo por su familia, lo que las obliga a buscar apoyo en instituciones para no recurrir al aborto (Hernández Vargas, 2000; Valencia Salinas, 2003), ya que la responsabilidad de un embarazo no deseado la asumen ellas, aunque desde una posición de menos poder, muchos embarazos no deseados de adolescentes y también de mujeres adultas ha sido producto, tanto de la violencia sexual, como de agresiones menos evidentes como el acoso sexual o el chantaje emocional, además de que el mayor peso de las consecuencias negativas de un embarazo no deseado recae en las mujeres por el hecho que la gestación se desarrolla en sus cuerpos (Ramos Padilla, 2006).

Frente a un embarazo no deseado le quedan a la mujer dos alternativas: llevarlo adelante o interrumpirlo mediante un aborto. Las mujeres regularmente no plantean el abortar, el embarazo tiene que ser absolutamente no deseado y los motivos deben ser muy poderosos para decidirse a hacerlo; algunas de las razones por las cuales llegan a esta decisión son: el abandono de la pareja, familia disfuncional, sentirse incapacitada para ser madre, junto con la convicción que será un obstáculo para concretar sus proyectos de vida relacionados con el trabajo y el estudio, el peligro de segregación por un embarazo fuera del matrimonio, la falta de apoyo social, lo cual además le impide trabajar para sostenerse y sostener al bebé.

Se ha estimado que el aborto es el causante del 16 por ciento de las muertes relacionadas con el embarazo (Ramos Padilla, 2006).

En nuestro país un 35 por ciento de la población de mujeres entre los 15 y 29 años de edad ha estado embarazada, siendo la edad promedio los 19 años (INEGI, 2007)

El embarazo no deseado en la mujer soltera es un verdadero problema para ella, ya que muchas veces no es planeado (Salvatierra, 1989), en Chile se realizó un estudio donde el 55.7 por ciento de las embarazadas solteras no habían planificado su embarazo (Alvarado, et. al., 2002).

En general la maternidad no programada casi siempre genera tensión, ya que la capacidad biológica y psicológica de la mujer se ve fuertemente exigida, más aun si ha sido rechazada por su familia y abandonada por su pareja (Flórez – Alarcón, 1998).

En cuanto a las mujeres que ya han sido madres un nuevo embarazo planteará un problema especial si llega demasiado pronto respecto al hermano, al que le sigue, pues la unidad simbiótica madre-hijo, una vez formada, necesita de tiempo para disolverse; tanto en las madres como en los hijos, el lapso que requieren para ir resolviendo su íntima relación varía en cada persona (Cameron, 2003).

Factores familiares

La familia es el eslabón más importante de la cadena humana, una de las características principales de la familia contemporánea radica en la transformación del status-rol del padre y de la madre; la familia moderna ha pasado a ser de patriarcal, absolutista, dominante y autoritaria a la de democratización de las relaciones, la igualdad entre los géneros, el acercamiento amoroso entre los hijos y la prevalencia de derechos y deberes entre sus miembros; tiene una función decisiva en la educación de los hijos, incluyendo la sexual, de modo que la separación entre padres trae como resultado numerosos trastornos en el desarrollo de los hijos

(Flórez-Alarcón, 2006; Pérez Rodríguez, Medina García, Alcaraz Agüero & Berenguer Gouarnalusses, 2001).

La característica principal de la familia patriarcal, es decir, la del periodo de los “opuestos complementarios”, estuvo marcada por la dominación total del hombre sobre los demás miembros que conformaban la unidad familiar. Esta dominación del hombre – padre es considerada como la principal transformación de la familia moderna, y ello incide directamente en el ejercicio de la paternidad y en el estatus y rol del padre que en adelante debe asumir (Flórez-Alarcón, 2006).

La familia se ha clasificado según su composición, a continuación se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. *Composición familiar*

Tipo de familia	Descripción
Nuclear	
Forma familiar nuclear completa y estable	Grupo familiar en donde conviven padre, madre e hijos.
Completa sucesiva	La unión de un hombre y una mujer en donde cualquiera de los dos ha tenido uniones previas y actualmente comparten la misma unidad de residencia junto con los hijos de las diferentes uniones.
Incompleta	Cuando falta el padre o la madre, puede darse una díada materna o paterna (madre sola con hijos o padre solo con hijos o madre gestante sola).
Extensa	Esta referida al grupo familiar que convive en la misma unidad de residencia con dos o mas generaciones y que puede incluir tanto a parientes de las dos líneas de descendencia (paternos y maternos) o a una sola línea y otros miembros como inquilinos.

Fuente: Flórez - Alarcón, (2006). Los núcleos de educación familiar: Una estrategia para la protección de los derechos de la familia gestante precoz de los estratos 1 y 2 de Bogotá. Típica Boletín Electrónico de Salud Online. Bogotá (2), 1–89.

Hernández Vargas (2000), menciona que la familia también se puede clasificar según su nivel de competencia y calidad de las interacciones familiares así tenemos familia Tipo A, Tipo B, Tipo C y Tipo D a continuación se describe cada una.

Familia Tipo A

La familia de este tipo muestra un desarrollo óptimo de cada miembro, los esposos tienen una convivencia sana; sus personalidades no están fusionadas; valoran las diferencias entre ellos; no existe el resentimiento ni la competencia insana, se pueden expresar libremente los sentimientos por lo tanto, hay un alto nivel de empatía. Su comunicación es clara, existe la responsabilidad individual por los propios sentimientos y pensamientos. Cuando surge algún problema se puede identificar claramente, se soluciona con compromiso, negociación y consenso, es decir, los miembros de la familia proporcionan alternativas y soluciones. En cuanto al poder este es compartido por los padres, existe un estilo de liderazgo no autoritario, los límites entre padres e hijos están bien diferenciados.

Familia Tipo B

Existe cierto crecimiento en los padres, por lo tanto hay conflicto en la relación debido al fracaso en alcanzar un nivel óptimo de comunicación, además suelen desarrollarse coaliciones y triangulaciones entre los miembros de la familia. No se satisfacen las necesidades emocionales de los esposos (la esposa es demandante y el esposo aislado), se culpan mutuamente por la manera como se encuentra la relación, los problemas de la relación se le adjudican a la esposa quién podría ser el paciente identificado (PI), ambos se enfocan a satisfacer únicamente las necesidades de los hijos, las relaciones sexuales suelen ser mecánicas. En cuanto a la solución de problemas el padre suele ser quien los resuelva, por lo que él tiene el poder.

Familia Tipo C

Existe deficiencia en el desarrollo de los miembros de la familia y en la generación de hijos autónomos; el control y la autoridad radica en alguno de los padres; el padre/madre es sumiso, se dan coaliciones entre el padre sumiso y otras personas, la relación esta basada en el conflicto; la comunicación es deficiente ya que existe la evasión de responsabilidad en relación a sentimientos y acciones, en este tipo de familia el conflicto es normal, existe poca negociación y compromiso, se observa un patrón de ataque y contra ataque entre los padres, este sistema familiar es rígido por lo que dificulta la habilidad para afrontar los problemas adecuadamente, la competencia entre su miembros es intensa y continua, este ambiente familiar no propicia el desarrollo de la autonomía.

Familia Tipo D

Existe una desorganización en todas las áreas, por lo general es un matrimonio fusionado, cansado y divorciado emocionalmente, evaden las responsabilidades de padres, se observa rechazo y abuso infantil, por lo que hay deficiencia en el desarrollo de sus miembros; en relación a la comunicación existe incapacidad de escuchar a los demás, es común que se formen coaliciones en conclusión este tipo de familia se encuentra fusionada, el paciente identificado tiende a tener mayor influencia que los padres, los hijos pueden asumir papeles y funciones de los padres disfuncionales.

Ahora bien, en cuanto al embarazo a temprana edad, Osofsky (1990) plantea que un mayor número de adolescentes embarazadas provienen de familias con poca comunicación entre sus miembros y escaso o ningún apoyo, así mismo, señala que el ambiente familiar inadecuado favorece embarazos a temprana edad constituyendo un factor de riesgo para la madre y el bebé, y un problema de salud pública.

En México el embarazo a edad temprana obedece al nivel escolar y socioeconómico, a la falta de acceso a la información, los medios y poder necesarios para ejercer su derecho a decidir cuando tener a sus hijos (Zúñiga, et. al., 2001).

Funcionalidad familiar

Dentro de la familia se gestan un sin número de situaciones que pueden poner en riesgo el curso del embarazo, así mismo hay factores dentro de la familia que favorecen el embarazo a temprana edad; algunos de estos son los límites estrechos, es decir, la familia se encuentra fusionada, los adolescentes perciben los límites impuestos como una limitación a su autonomía y a su libertad en la toma de decisiones (Hernández Vargas, 2000); negligencia paterna, es decir, los padres no se preocupan por poner límites a los hijos, muestran desinterés, falta de apoyo e insatisfacción en la necesidad de orientación (Ávila Gálvez, et. al., 2000; Baeza, et. al., 2007).

En general un punto muy importante dentro del sistema familiar es la relación que existe entre los hermanos, en este sentido se encuentran por lo menos cuatro clases: primero, la relación de solidaridad-complicidad; en segundo lugar, las relaciones de conflicto incluyendo la rivalidad fraterna; en tercer lugar, la de hermana mayor que asume funciones maternas por desplazamiento de la madre, usualmente por el trabajo asalariado; y, en el cuarto tipo, la relación de violencia sexual incestuosa (Flórez-Alarcón, 2006).

El abandono afectivo del padre tiene que ver con mayor frecuencia debido a las responsabilidades laborales. Otros comportamientos como el consumo frecuente de alcohol, la adicción a los juegos, la construcción de una nueva pareja del padre, la violencia física y verbal y el abuso sexual, son catalogados como desamor del padre (Baeza, et. al., 2007; Flórez-Alarcón, 2006).

Otro factor importante es que ambos padres trabajen y no haya quien le ponga atención a los hijos y los vigile, así mismo, cuando existen conflictos de pareja entre los padres, una separación temporal o divorcio y la crianza de los hijos adolescentes es únicamente por la madre, esta situación lleva a que las adolescentes busquen satisfacer sus necesidades de afecto fuera de la familia, estableciendo relaciones de

pareja con mayor dependencia emocional (Baeza, et. al., 2005; Pérez Rodríguez, et. al., 2001).

En cuanto a la violencia intrafamiliar, se sabe que las mujeres que han presentado conductas agresivas durante su infancia presentan mayor riesgo de embarazo precoz; además de problemas de conducta. Cuando se da la asociación de ambas conductas aumenta la presencia de conductas agresivas en la madre y pueden dañar su embarazo (Díaz Atienza, 2000).

La violencia contra las mujeres de parte de la pareja también constituye una dramática expresión de la inequidad entre los géneros. Las consecuencias para la salud de la mujer y del feto son múltiples, puesto que pueden ocasionar tanto malformaciones fetales, como hemorragias y abortos que producen incluso la muerte de la mujer, además de otros efectos colaterales relacionados con su salud mental y emocional (Ramos Padilla, 2006).

En relación a lo anterior, dentro de la familia también existen factores que funcionan como protectores de la salud de la embarazada, como por ejemplo: el hecho de que se apoye la pareja estable (noviazgo, unión libre, matrimonio legal), el que el embarazo sea planeado y deseado, apoyo material y psicológico, colaboración en la crianza del hijo, apoyo para la continuación de los estudios y apoyo de las redes femeninas familiares (Alvarado, Medina & Aranda, 2002; Flórez-Alarcón, 2006).

Apoyo social

El apoyo social, está definido como un patrón duradero de lazos continuos e intermitentes que juegan un rol significativo en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona a través del tiempo; este apoyo en la embarazada tiene una dimensión objetiva y una subjetiva, la primera se refiere a la inserción del sujeto en una red de intercambios sociales y la otra a la percepción que se tiene de estar incorporado a esta red (Alvarado, Medina & Aranda, 2002), la persona cree que es cuidada, amada, estimada, valorada y es miembro de una red de comunicación y obligación mutua, es decir, se cubren las necesidades sociales básicas a través de

las interacciones sociales, y es considerada como un factor protector contra el estrés y los efectos de la sobre activación orgánica (Lazarus y Folkman, 1984, en Oblitas Guadalupe & Becoña Iglesias, 2000).

El apoyo social en la mujer embarazada según Salvatierra (1989) puede ser entendido desde varios enfoques:

Como *recurso psicosocial*, se trata de la totalidad de factores que ayudan a la gestante a llevar felizmente a término su embarazo, se incluyen apoyos tangibles como el nivel socioeconómico, la calidad de su salud, entre otros; y factores inmediatos como las buenas relaciones de trabajo, ayuda doméstica, simpatía y autoridad de los médicos. Algunos estudios como los de Norbek y Tilden (1983) y Berkowitz y Kasl (1983) (en Salvatierra, 1989) han demostrado la influencia de estos recursos psicosociales en la moderación del estrés y disminución de complicaciones del embarazo.

Como *red social*, según el número y extensión de relaciones personales que tiene la gestante y la ligazón específica en las que está inmersa, tiene una acción protectora al estrés; es probable que cuanto mayor sea la red social mayor será también la habilidad y competencia social de la mujer y, por lo tanto, su capacidad de afrontamiento (Castro, Campero & Hernández, 1997).

Como núcleo fundamental de la red social está la familia, los padres y el matrimonio, la pareja. Como percepción de apoyo social, las figuras importantes para la embarazada son el marido o pareja y la madre; el apoyo social actúa en relación estrecha con la actitud hacia la gestación, y con un locus interno de control, es importante mencionar que la importancia del apoyo social en la mujer no es simple apoyo, sino la calidad del mismo (Valadéz, Alfaro & Pozos, 2003).

Salvatierra, (1989) afirma que la cultura determina la forma de apoyo social a la embarazada.

Haciendo referencia a lo anterior algunos problemas psicológicos podrían favorecer la aparición de complicaciones en el embarazo, el parto o el desarrollo del

feto, a través, de mecanismos psicosomáticos. En otros casos, tales problemas perturbarían las tareas de adaptación al embarazo y a la maternidad, perjudicando la salud psicosocial y deteriorando la futura crianza (Salvatierra, 1989).

Cultura

El impacto del embarazo y la maternidad implican cambios en la vida de la mujer y de las personas que la rodean (Baeza, Póo, Vázquez & Muñoz, 2005), así, el estar embarazada puede constituir un placer o una carga, el principio o el final de una vida de alegría, la construcción o el derrumbe de la relación de pareja, en general, el embarazo genera muchas ideas y fantasías, ya que se experimenta según formas de pensar de las distintas culturas y épocas (Instituto Nacional de Perinatología, 2002).

Las creencias según Lazarus y Folkman (1986, en González Valdez, 2004) son consideradas como noción preexistente de la realidad que poseen un origen sociocultural y unidas a la afectividad, a través de las evaluaciones, determinan la realidad de cómo son las cosas en el entorno y modelan el entendimiento de su significado. La influencia que ejercen las creencias sobre nuestra conducta se produce generalmente de forma inconsciente, y se hace presente cuando se produce un cambio en ellas.

El sistema de creencias en salud, es un conjunto de valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados a la salud, que sin ser necesariamente coherentes o estar científicamente fundados, tampoco son erróneos (Pelcastre, Villegas, De León, Díaz, Ortega, Santillana & Mejía, 2005).

Así en América Latina, en general, coexiste una compleja mezcla de creencias de culturas indígenas, judeo –cristianas y africanas, junto con los sistemas de atención a la salud de los países desarrollados (Lartigue Becerra, 2001).

Culturalmente hablando el embarazo y el nacimiento son fenómenos de enorme importancia en casi todas las culturas (Villanueva Flores & Zelada Leiva, 2008) y constituyen a nivel social un signo evidente de que la pareja ha llegado a la etapa de transición a la madurez, siendo el garante del apoyo económico y de la protección a la gestante y al recién nacido el marido (Gala León, et. al., 2003).

En nuestra sociedad el embarazo y la maternidad son fenómenos que se tienen muy idealizados y sobre los que se reflexiona poco; requieren mucha responsabilidad, entrega y preparación (Instituto Nacional de Perinatología, 2002).

En algunas culturas las ceremonias del embarazo y el parto constituyen una unidad; en algunos grupos culturales la mujer embarazada es percibida como “impura y peligrosa” pues se cree que sufre un estado psicológico y social temporalmente anormal por lo que es tratada como enferma (Lartigue Becerra, 2001).

En México el periodo que comprende el embarazo está presidido por una serie de ritos que cubren una función fisiológica y una función simbólica, a través de las cuales, la mujer embarazada se prepara para el momento de la “batalla”, hora del parto, hora de la muerte; los principales quehaceres son orar y acudir a los conocimientos de la partera, esto se realiza en la mayor parte de los espacios rurales mexicanos donde son mujeres quienes se ocupan de asistir a otras mujeres en el embarazo y el alumbramiento (Szasz Pianta, 2007). Las parteras tradicionales cumplen tres funciones básicas: relación afectiva que ayuda a la embarazada a reducir la ansiedad, conocimiento de las necesidades y carencias económicas de las mujeres que ayuda en una reducción importante de costos, y el apoyo hacia la parturienta que se ve reflejado en las labores domésticas y el cuidado de los hijos (Pelcastre, et. al., 2005).

Algunas de las creencias y rituales que se tienen sobre el embarazo, el parto y el puerperio son: baño de temazcal, baño de vapor, que se emplean para dar

ánimos y seguridad a la mujer embarazada y reactualizar la presencia de los dioses, además de curar malestares físicos y limpiar el espíritu. El eclipse, se cree que si la madre presencia uno, el niño o niña nace sin boca, o sin orejas, o mano, o pie, para prevenir se pone un seguro o listón rojo en la ropa cerca del ombligo de la embarazada; el significado del ombligo del bebé, es carne del hijo, que no debe tirarse sino sembrarse o enterrarse; la placenta se cree que si se entierra correctamente y a profundidad los hijos no se van lejos, no dejan a sus padres o las niñas no se casan lejos; en cuanto a ritos la partera tiene que pedir a Dios cuando va a nacer un niño para que no se esfume la nueva vida; además antes de atender un parto, la partera barre el lugar, prende una veladora y ora para que no tenga ningún problema (Lartigue Becerra, 2001; Pelcastre, et. al., 2005).

El embarazo como lo hemos venido mencionando desde el capítulo anterior no es un hecho aislado, sino por el contrario es multifactorial en este se mezclan situaciones personales como la edad, el nivel educativo, la actitud que se tiene hacia un embarazo, entre otras, el embarazo representa un hecho social tanto culturalmente hablando como suceso de salud pública por las situaciones que se pueden generar durante su curso y al término del mismo no olvidando el aspecto familiar el cual es de vital importancia en la etapa de la preñez.

Patrón de Conducta Tipo D y Embarazo

El estudio de la personalidad de las gestantes es difícil, ya que la maternidad representa una etapa de maduración, en el desarrollo integral de la gestante y depende de factores profundamente enraizados en la psique de la mujer que la hacen comportarse de modo individual (Salvatierra, 1989); es decir, hay ciertos rasgos de personalidad que pueden alterar el curso de un buen embarazo, como es el caso de la presencia del patrón de conducta tipo D (Sánchez, 2005), asociada con síntomas depresivos, de ansiedad y con el trastorno de estrés post traumático, la fobia social y trastornos de pánico, además de una predisposición a desarrollar trastornos de personalidad (Sher, 2005).

Es importante distinguir entre constructos como el de personalidad, que se refiere al conjunto de rasgos determinantes de la conducta de origen en gran parte genético; estado de ánimo, que es la manera de reaccionar en una situación concreta según la intensidad del estímulo; y por último, el papel considerado como la función social que ejerce el sujeto, y que le dicta ciertas normas de conducta que pueden concordar o no con su personalidad.

El concepto de personalidad se refiere al conjunto de características más o menos estables de la formas de ser de las personas, que les hace ser como son en sus pensamientos, sentimientos y comportamientos. Para Beck (1976), las pautas de personalidad son estrategias con funciones adaptativas que han sido modificadas por el ambiente y el aprendizaje. Las pautas que describimos como rasgos de personalidad son estrategias interpersonales desarrolladas a partir de la interacción entre las disposiciones innatas y lo aprendido. Esto es lo que llama esquemas. Los distintos rasgos de personalidad representan importantes diferencias estructurales

reflejadas en la creencia o esquemas básicos de cada persona, los cuales se forman en la infancia.

3.1 Concepto de Personalidad

De acuerdo a lo anterior la personalidad se puede definir como el conjunto de estrategias innatas y aprendidas tanto cognitivas como afectivas y conductuales que ayudan al individuo a mantener una interacción con el ambiente, es decir, son características estables relativamente resistentes a la extinción (Allport, 1963; Barón, 2003, Beck, 1976; Millon, 1994; Salvatierra, 1989).

En el caso de la mujer embarazada, ella se comportará según su personalidad y el papel que la sociedad atribuye a la futura madre. Su estado de ánimo variará según su percepción del estrés (Salvatierra, 1989).

3.2 Clasificación de la personalidad de acuerdo a patrones.

Patrón de conducta tipo A

En 1958 los cardiólogos estadounidenses Meyer Friedman y Ray Rosenman identificaron un patrón de conducta que podría precipitar la enfermedad coronaria, lo llamaron patrón de conducta tipo A. Según los autores los individuos tipo A poseen un intenso y competitivo sentido del logro y el progreso, muestran altos niveles de agresividad y hostilidad hacia los demás, además piensan y hablan con rapidez y sus gestos son abruptos (en Davidson & Neale, 2003; Sánchez, 2005).

Patrón de conducta tipo B

Los individuos del tipo B muestran menos preocupación por los aspectos mencionados en el tipo A, por lo que están relativamente libres de tales presiones, ambos tipos de conducta tanto la a como la b, se pueden valorar mediante una entrevista estructurada bien realizada, o bien en caso del tipo A por medio de la Encuesta Jenkins de Actividades (Davidson & Neale, 2003).

Patrón de conducta tipo C

El patrón de conducta tipo C se presenta en individuos introvertidos, obsesivos, pasivos, resignados y apacibles, además de ser excesivamente cooperativos, sumisos y conformistas; pueden sufrir trastornos de personalidad por evitación, por dependencia y por obsesivos – compulsivos (Maineri, 1999; Vinnaccia, Arango, Cano, Tobon, Moreno & López, 2006), son propensos a padecer cáncer e hipertensión (Psicología de la Salud, 2008).

3.3. Definición de patrón de conducta tipo D

El patrón de conducta tipo D (de distrés), se define como un rasgo de personalidad caracterizado por afectividad negativa y por inhibición social (Denollet, 2000; Sánchez, 2006; Sher, 2005). Originalmente fue estudiado por Denollet en 1996 (en Denollet, 2005), en una población de pacientes cardíacos en Bélgica, posteriormente se halló evidencia respecto a su validez en pacientes cardíacos de otros países, incluyendo Dinamarca, Alemania, Hungría e Italia (Padersen & Denollet, 2003; Denollet, et al., 1996; Denollet & Van Heck, 2001). A continuación se describen sus componentes.

Afectividad negativa

La afectividad negativa se define como la tendencia a preocuparse y a tener una visión pesimista de las cosas, a menudo se presenta acompañada de sentimientos de inferioridad, enojo e irritación, de síntomas depresivos, ansiosos y de tensión crónica, así como de un bajo nivel de bienestar subjetivo; es decir, se sienten melancólicos, infelices, de mal humor y desanimados durante un periodo de tiempo de al menos seis meses (Denollet, 2000; Sánchez, 2006; Rodríguez, 2008).

Las personas con elevada afectividad negativa son más propensas a experimentar emociones negativas de manera estable independientemente de las situaciones, se muestran incapaces de enfrentar los estresores cotidianos, tienen una visión negativa de sí mismos, y presentan más síntomas somáticos (Padersen, et al., 2004).

Inhibición social

La inhibición social se define como una tendencia a mantenerse distanciado de los demás, e inhibir a menudo la expresión de los sentimientos y bajos niveles de soporte social percibido (Padersen, et al., 2004; Rodríguez, 2008; Sánchez, 2006; Sher, 2005).

Las personas con un nivel elevado de inhibición social además de inhibir sus sentimientos, podrían sentirse tensos e inseguros en presencia de otros; a menudo presentan poca asertividad, usan como estrategias de afrontamiento las de evitación, y tienen pocas habilidades de comunicación e interacción social (Sánchez, 2006). La alta inhibición social también ha sido relacionada con la evitación de situaciones involucradas en la interacción social tales como la desaprobación y el no reconocimiento por parte de otros (Denollet, 2000; Padersen, et. al., 2004; Sánchez, 2005; Sher, 2004).

En el año 2005 Denollet, publicó en la Revista Psychosomatic Medicine el test “D Scale 14 (DS14)”; el cual fue diseñado por él mismo con base a investigaciones clínicas realizadas desde el año 1996 a pacientes con trastornos cardiovasculares, en las que se encontró una mortalidad del 23 por ciento en pacientes con patrón de conducta tipo D y del 7 por ciento en otros tipos de personalidad en un estudio de seguimiento a seis años (Denollet, 2005; Pedersen, Ron, Domburg, Dominic, Jourdaens & Erdman, 2004; Rodríguez, 2008; Sánchez, 2005).

Esta escala (DS14) consta de 14 ítems, tipo escala Likert con un rango de 0 a 4. La DS14 tiene dos subescalas: afectividad negativa e inhibición social; los altos puntajes de ambas escalas indican la presencia del patrón de conducta tipo D. Según Denollet y sus colegas, este breve cuestionario identifica con precisión el patrón de conducta tipo D (Aquarius, Denollet, Hamming, Van Berge Henegouwen & De Vries, 2007; Denollet & Van Heck, 2001; Laham, 2007; Sánchez, 2005; Sánchez, 2006; Padersen, Theuns, Muskens – Heemskerk, Erdman & Jourdaens, 2007).

Depresión y embarazo

Dado que en el presente estudio el objetivo principal fue establecer la manifestación del patrón de conducta tipo D, estrés y afrontamiento en mujeres embarazadas, a continuación se ahonda en el análisis de los factores antes señalados.

En general las embarazadas, son emocionalmente más susceptibles y dadas a cambios temperamentales, reacciones exageradas, ataques de llanto y sentimientos de inseguridad y pánico, precisamente a causa de las intensas alteraciones hormonales. Incluso durante el embarazo con menos molestias se puede sentir cierto grado de depresión, confusión y temor. Existen otros aspectos inevitables que van íntimamente relacionados al embarazo, tales como el miedo y la ansiedad, los cuales desempeñan un papel importante en la preparación de la mujer para el parto (Espíndola Hernández, et. al., 2006; Instituto Nacional de Perinatología, 2002; Sánchez, Bermúdez & Buela – Casal, 2000).

La inestabilidad emocional es otro factor que se relaciona con el desarrollo del embarazo, cuando la mujer embarazada es una adolescente tiende a ser emocionalmente inestable, cambia con frecuencia sus valoraciones sobre las demás personas, sean padres, amigos o pareja, pues aún no ha concluido su madurez psicológica (Ávila Gálvez, Cid Santana, García Imia, Lorenzo González & Rodríguez, 2008). La capacidad de la embarazada para manejar estas tensiones va a depender de su estructura de personalidad, del tipo de presiones reales que rodean el embarazo y de la calidad de apoyo que reciba (Instituto Nacional de Perinatología, 2002); es decir la construcción psicológica que la mujer embarazada hace de su situación, suele intervenir como un evento desencadenante de estados afectivos alterados (Espíndola, Hernández, et. al., 2006b) que se asocian con cambios fundamentales en el funcionamiento mental (Espíndola Hernández, et. al., 2006a).

Algunos de los factores presentes en el patrón de conducta tipo D también las manifiestan las mujeres embarazadas, como por ejemplo: a) emociones displacenteras: ansiedad, depresión y hostilidad; b) aspectos psicológicos

desadaptativos: como las dificultades en el plano de las relaciones interpersonales o en la percepción del apoyo social disponible, y c) tendencias comportamentales disfuncionales: como el desarrollo de hábitos perjudiciales para la salud (Sánchez, 2006).

Según la OMS 2004, la depresión afecta a más del 15 por ciento de la población, y aproximadamente el 22 por ciento de las mujeres en edad fértil, por ello cada vez se ha brindado mayor importancia a los aspectos psicológicos y psiquiátricos del proceso grávido – puerperal. Se ha señalado que esta etapa corresponde a un cambio vital trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar donde se produce un alto estrés que pone en juego las capacidades de adaptación individuales y grupales (Picech, Flores, Lanser & Cremonte Ortiz, 2005).

El informe de evidencia de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2005), define la depresión perinatal, como la que ocurre durante el embarazo y puede que continúe hasta doce meses después del parto.

En México la estadística de trastornos mentales durante el embarazo y puerperio es poco clara; sin embargo, se observa un ligero incremento en la prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa; la prevalencia de la depresión se ha estimado en un 22 por ciento con base en una Escala de Autorreporte (Espíndola Hernández, Morales Carmona, Díaz Franco, Escalante Varela, Pimentel Nieto, Henales Almaraz, et al., 2006; Lara Navarro, Navarrete, Cabrera, Almanza, Morales & Juárez, 2006).

La depresión durante el embarazo ha sido mucho menos estudiada que la depresión posparto, a pesar de que la depresión durante el embarazo es el principal predictor de la depresión posparto (Picech, et. al., 2005).

Hay estudios que señalan que debido a que el estado emocional de la mujer varía en función del periodo de gestación, es en el segundo trimestre cuando los

niveles de ansiedad y depresión aumentan, ya que la futura madre evidencia los cambios físicos, siente los movimientos del bebé y tiene que adaptarse y afrontar dicha circunstancia (Gómez López, Morales Carmona, Aldana Calva & Gaviño Gaviño, 2008).

Lo que es innegable es que en algunos casos está presente la sintomatología de la depresión en el curso del embarazo, ya que en este periodo entran en juego aspectos internos y externos a la mujer, por lo que es posible que los conflictos psicológicos (personalidad) que aparecen en esta etapa pueden ser la combinación de ambos o el predominio de uno sobre otro (Aldana Calva & Atkin, 1997; Gómez López & Aldana Calva, 2007).

La depresión en el embarazo puede dividirse en tres cuadros fundamentales: abatimiento posparto, la depresión neurótica y la psicosis depresiva. A continuación se definen estos:

- Abatimiento posparto: ocurre en el tercer o cuarto día después del parto, y dura de uno a tres días o a veces horas, los síntomas característicos son humor disfórico global, labilidad del humor, episodios de llanto, ansiedad, insomnio, falta de apetito e irritabilidad (Salvatierra, 1989).

- Depresión neurótica: se define como trastornos del humor en los que se expresan la tensión y la ansiedad en forma de abatimiento y subestimación de sí mismo, alteraciones somáticas y quejas repetidas acerca de sentirse inferior, desesperado y despreciable (Cameron, 2003); suele aparecer tardíamente, después del primer mes posparto, habitualmente hacia las seis y ocho semanas de puerperio, dura más de dos semanas, usualmente meses; los síntomas son desaliento y subestimación, pérdida del interés y de la iniciativa, alteraciones somáticas, fatiga, irritabilidad, en particular contra el marido y los hijos, insomnio temprano, anorexia y pérdida de la libido (Cameron, 2003; Salvatierra, 1989).

- Psicosis depresiva: esta aparece en los primeros 15 días después de nacido el bebé, de forma aguda, después de una o dos noches de insomnio, siendo característico el cuadro de confusión con alucinaciones (Salvatierra, 1989).

Como puede observarse, el embarazo y el puerperio pueden acarrear grandes cambios emocionales físicos y sociales para la madre, su pareja y el resto de la familia, y la generación de fluctuaciones en el estado de ánimo aumenta el riesgo de una crisis psicológica, de enfermedad mental y de trastornos del desarrollo; si no se trata, la mujer podría atender contra su propia vida o la del producto (Currid, 2004).

Factores precipitantes de la depresión

La depresión tiene muchas causas, entre ellas desequilibrios químicos en el cerebro (hormonales), estrés, tristeza, antecedentes familiares, conflictos psicológicos o cualquier combinación de factores (Berman & Berman, 2001; Davidson & Neale, 2003; Gómez López, et. al., 2008; Nacional Institute of Mental Health, 2006; Pimentel Nieto, 2007; Salvatierra, 1989).

En México, se ha encontrado que entre los factores de riesgo de depresión y ansiedad en el embarazo se encuentran la historia previa de depresión, separación de los padres en la infancia, no desear estar embarazada, falta de apoyo social (Lara, Navarro, Navarrete, Cabrera, Almanza, Morales & Juárez, 2006), ser madre soltera por decisión propia o abandono de pareja, escolaridad de cero a nueve años, tener un hijo vivo o más, dedicarse al hogar o ser desempleada, ser comerciante, ser mayor de 35 años (Morales, 2005).

Otros factores son pobreza en la capacidad de expresión, manejo e interpretación de los sentimientos de afectividad (cabe señalar que este es uno de los factores relacionados con la afectividad negativa del patrón de conducta tipo D), tener altos niveles de ansiedad, neuroticismo, vulnerabilidad, autoestima baja e insatisfacción con la pareja, embarazos con complicaciones o de riesgo de interrupción, tratamientos de fertilidad, pérdida de embarazos anteriores y

situaciones estresantes como sentirse cansada o no dormir lo suficiente, cambios en el trabajo y las rutinas domésticas (Gómez López & Aldana Calva, 2007; Gómez López, et. al., 2008; Issler, 2001).

Gómez López & Aldana Calva (2006), afirman que la influencia de dichos factores no favorecen la adaptación de la mujer a su nuevo estado y le causan conflicto al cumplir las exigencias del exterior, lo que a su vez impacta en su estado emocional, generando por lo regular manifestaciones ansiosas o depresivas, debido a dichos factores las manifestaciones emocionales suelen ser patológicas, en este caso de tipo depresivo que se producen como reacciones de ajuste a la situación transitoria a través de fluctuaciones en el estado de ánimo.

A continuación se mencionan algunos estudios que se han realizado en mujeres embarazadas en los cuales se observan las consecuencias de padecer depresión durante el embarazo. Pocos trabajos se han centrado en la evaluación de la personalidad de las mujeres embarazadas y en las relaciones que pueden tener estas características con el desarrollo del embarazo como los que se enuncian más adelante, lo que sugiere que la personalidad influye de manera distinta en la forma en que se afronta la transición a la maternidad y los cambios que ésta acarrea (Marín Morales, et. al., 2008).

Por otro lado, la intervención psicológica durante el embarazo es fundamental, ya que se ha demostrado que es útil en la prevención de diversos trastornos mentales fundamentalmente en la depresión y la ansiedad (Espíndola Hernández, et. al., 2006a).

Ahora bien, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en México en 2003, reportó que los trastornos más frecuentes de la población general fueron ansiedad 14.3 por ciento y los afectivos con 9.1 por ciento; de la población obstétrica el 9.8 por ciento padecía trastorno depresivo mayor y el 8.4 por ciento trastornos de ansiedad.

En otro estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología (2004), de 264 pacientes obstétricas el 18.5 sufría una probable depresión perinatal, (Espíndola Hernández, et. al., 2006).

Una investigación con pacientes obstétricas llevada a cabo por Evans, Heron, Francomb, Oke y Holding (2001), encontraron una relación directa entre el tipo de atención al parto y la depresión.

Un estudio que se realizó sobre ansiedad materna durante el tercer trimestre, asociada al índice de resistencia de la arteria uterina, mostró que sí existe tal asociación y que el estado psicológico de la madre puede afectar al desarrollo fetal y puede explicar la asociación epidemiológica entre la ansiedad y bajo peso al nacer. La influencia de la ansiedad materna puede ser uno de los mecanismos por el cual el ambiente intrauterino contribuye más tarde en las enfermedades del producto (Bisso, 2001).

Es sabido que no existe gran diversidad de estudios relacionados al embarazo y la personalidad por tal motivo en este capítulo retomamos factores como la depresión y el estrés que influyen en el patrón de conducta tipo D. En el capítulo siguiente ahondaremos en el estrés y cómo influye en el embarazo.

3.4. Patrón de conducta Tipo D y Enfermedades Cardiovasculares

La literatura científica ha puesto de manifiesto evidencia respecto a la influencia negativa de ciertos estados psicológicos, como la ansiedad, la angustia o la depresión, sobre algunas enfermedades, en específico las enfermedades cardiovasculares; sin embargo, las emociones negativas y dichas patologías pueden tener implicaciones más profundas, interfiriendo en la capacidad de los pacientes para afrontar la enfermedad física y dando por resultado una pobre calidad de vida (Sánchez, 2006).

Denollet, (1996) y su grupo de investigadores han sugerido que el patrón de conducta tipo D puede ser una influencia importante en el desarrollo de la patología cardiovascular; en particular si se relaciona con la función ventricular izquierda del corazón (Laham, 2007); ya que el estrés negativo, tiene varias implicaciones que se reflejan en la salud del paciente con trastornos cardiacos entre ellas: a) emociones displacenteras como ansiedad, depresión y hostilidad; b) aspectos psicológicos desadaptativos como las dificultades en el plano de las relaciones interpersonales o en la percepción del apoyo social disponible, y c) tendencias comportamentales disfuncionales como el desarrollo de hábitos perjudiciales para la salud (Sánchez, 2006).

Hay evidencias que sugieren que una combinación de alta afectividad negativa y alta inhibición social pueden predecir la aparición de trastornos cardiacos de manera independiente a los factores de riesgo tradicionales como edad, sexo, tabaquismo, hipertensión, colesterol elevado, diabetes y aumento en el tamaño del ventrículo izquierdo del corazón (Davidson & Neale, 2003; Denollet, Padersen, Vriants & Conraads, 2005; Padersen, et al., 2004).

Los pacientes con patrón de conducta tipo D tienen un incremento significativo en el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular; además de ser propensos a sufrir estrés psicosocial negativo, de tener una calidad de vida más deteriorada, y de no apearse al tratamiento médico (Padersen & Denollet, 2003; Sánchez, 2006).

El estrés negativo (distrés), propio de esta personalidad puede provocar la enfermedad cardiovascular en forma directa o indirecta; aunque estén controlados los factores de riesgo biológicos (Sánchez, 2006).

El corazón es un epicentro que sufre las consecuencias de lo que pasa en el sistema nervioso; por lo tanto, la hipertensión es considerada un factor de riesgo de la patología cardiovascular, otros factores de riesgo biológico son el sedentarismo, el tabaquismo y el colesterol elevado; de igual forma existen factores psicosociales que

influyen tanto en el surgimiento de la patología como en su curso, algunos de ellos son depresión, ansiedad elevada, rasgos de personalidad disfuncionales, aislamiento social y estrés crónico (Sánchez, 2005).

Cabe mencionar que la presencia de una sola de estas tendencias por sí misma no tiene efectos claramente definidos para el surgimiento de la patología cardiovascular (Laham, 2007).

En diversos estudios realizados por Rozanks, Blumenthanl, Ziegeistein & Cohen (en Denollet, Conraads, Brutsaert, Clerck, Stevens & Vrints, 2003), se señala que existen factores psicológicos como el estrés crónico, la ansiedad, entre otros, que contribuyen al surgimiento del “Síndrome Coronario”, es decir, al conjunto de manifestaciones de cardiopatía isquémica o insuficiencia coronaria (De la Osa, s/f).

Otro estudio realizado a pacientes con enfermedad coronaria tratados con sirolimus-eluting-stents (SES) (que es un medicamento suministrado para dicha enfermedad), mostró que el patrón de conducta tipo D predecía la ocurrencia de eventos clínicos adversos en estos pacientes a dos años de iniciado el tratamiento (Padersen, Denollet, Ong, Sonnenschein, Erdman, Serruys & Domburg, 2007).

Un estudio reciente sugiere que el patrón de conducta tipo D está asociado al incremento de síntomas depresivos y de ansiedad en pacientes con implante cardiaco (Sher, 2005).

Pero estos factores no son los únicos que alteran el curso de un embarazo, también existen los de índole médico - psicológico como es el caso del estrés, suceso que al ser tan personal puede desencadenar reacciones a nivel biológico y afectar de forma negativa el curso de la gestación, este aspecto al igual que el afrontamiento se detallaran en el capítulo siguiente.

Estrés, afrontamiento y embarazo

Las variables psicosociales estudiadas en el capítulo dos pueden ejercer su efecto a través de dos vías una directa y otra indirecta, la relación directa se realiza a través de los mecanismos fisiopatológicos vinculados a la respuesta de estrés, y por esta vía posiblemente se determinan las complicaciones de la mujer durante el embarazo, el parto, y así mismo, en el recién nacido; la relación indirecta se basa en el supuesto de que el estrés es capaz de generar una mayor vulnerabilidad en la gestante o bien conductas dañinas para la salud del binomio madre – hijo, como una forma de adaptación al malestar que éste genera (López Valverde, et. al., 2001).

4.1 Concepto de estrés

Hans Seyle (1950, en Davidson & Neale, 2003), consideró al estrés como una respuesta a condiciones ambientales, definidas con base en criterios tan diversos como malestar emocional, deterioro del desempeño, o cambios fisiológicos tales como mayor conductancia de la piel, o aumento en los niveles de determinadas hormonas.

El estrés es un concepto tomado de las ciencias físicas, significa la presión externa o fuerza aplicada a un objeto, mientras que la tensión significa la distorsión interna o cambio en el tamaño o forma del objeto (Rodríguez Marín, 1995).

Lazarus y Folkman (1984, en Torres Gutiérrez, 2004) definen al estrés psicológico como una reacción particular entre el individuo y su entorno, que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Desde la perspectiva biológica, es una reacción psico – inmune – endocrina en donde existen vías de facilitación e inhibición de funciones con una red de retroalimentación que permite un intercambio continuo entre el sistema

nervioso central, el endocrino y el sistema inmune (Díaz Romero, Aguilar Figueroa & Santillán García, 1999; Herrera Cáceres & García, 1996).

El estrés pasó a ser entendido entonces como una respuesta específica en sus manifestaciones, pero inespecífica en su origen, ya que cualquier estímulo externo o interno podía promoverla; así el estrés se define como una respuesta restauradora de la homeostasis (Valdés & Flores, 1985, en Ruíz Sánchez & Cano Sánchez, 1999).

Teniendo en cuenta lo anterior, actualmente el concepto de estrés, se ha expandido para incluir aspectos subjetivos, haciendo evidente que hay grandes diferencias individuales entre el estrés producido por un mismo estímulo o acontecimiento. La amenaza percibida depende de una serie de variables tales como la personalidad del sujeto, experiencias anteriores, capacidad de afrontamiento y apoyo social con que cuenta (Herrera Cáceres & García, 1996; Davidson & Neale, 2003).

Principales fuentes de estrés

Las fuentes de estrés están clasificadas en personales, familiares y sociales. Acontecimientos vitales importantes: tensiones vitales persistentes como las dificultades en las relaciones ocupacionales, sociales o interpersonales que persisten y que no se resuelven ni rápida, ni fácilmente. Aquí se puede incluir la insatisfacción con las relaciones matrimoniales, con el tipo de empleo, o con las condiciones de trabajo. Estrés producido por problemas cotidianos que se presentan, se resuelven y son reemplazados por otros; los acontecimientos estresantes como los antes mencionados son evaluados por el individuo en el que incluye elementos cognoscitivos, motivacionales, de personalidad y hábitos comportamentales; el estrés también produce en una persona normal cambios fisiológicos, ya que implica una sobre activación biológica promovida por la acción funcional del sistema reticular (en Rodríguez Marín, 1995).

El estudio de los acontecimientos vitales estresantes se ha desarrollado debido al papel que parecen jugar en cuanto a provocar una enfermedad en los seres humanos (Oblitas Guadalupe & Becoña Iglesias, 2000).

4.2 Modelos psicológicos de estrés

El estrés implica un estado corporal y fisiológico de activación o de tensión bastante generalizado, ocurrido en asociación o como respuesta ante ciertas situaciones o demandas ambientales (Oblitas & Becoña, 2000); es decir el estrés se puede interpretar desde dos enfoques, como estímulo y como proceso.

Sería deseable tener un orden jerárquico de situaciones desencadenantes de estrés, ya fuese en términos del problema producido, por ejemplo, trastornos gastrointestinales, depresión, ansiedad entre otros; o en términos de gravedad de las consecuencias y se podría clasificar en leve, moderado o grave. Desafortunadamente no disponemos de esta lista de situaciones; sin embargo si se sabe que afecta tanto al estado físico como emocional del individuo (Oblitas & Becoña, 2000).

Dentro de las teorías biológicas del estrés que menciona Davidson y Neale, (2003) están la teoría de la debilidad somática, la cual señala que los factores genéticos, enfermedades anteriores, la dieta y factores similares, pueden trastornar a cierto sistema orgánico, la relación entre el estrés y determinado trastorno psicofisiológico se manifiesta por la debilidad de un órgano corporal específico, el cual puede así debilitarse y ser vulnerable al estrés; es decir, durante el estrés suceden una serie de cambios fisiológicos que podrían mediar los efectos del mismo en la enfermedad, por ejemplo aumentos del ritmo cardíaco y la presión sanguínea o incrementos en la secreción de hormonas, también, afecta el sistema inmunológico, así un sistema respiratorio congénitamente débil puede predisponer al individuo al asma o un débil sistema digestivo a las úlceras.

Como estímulo

Hans Seyle, 1936 detalló los ejes biológicos comprometidos en el estrés, la actividad del sistema simpático incrementa la presión sanguínea, la tasa cardiaca, el pulso, la conductividad de la piel y la respiración, además las respuestas endocrinas de las glándulas adrenales colaboran con el aumento de esa actividad, al excretar altos niveles de catecolaminas y de corticoesteroides. Se produce también una disminución de la actividad intestinal, una mayor dilatación bronquial, vasoconstricción cutánea y vasodilatación muscular (Valdés & Flores, 1985, en Rodríguez Marín, 1995); es decir, se ejecuta la transformación del organismo. Seyle supuso que la secuencia de respuesta (fases de alarma, de resistencia y de claudicación) decidía si el organismo se sobreponía o no a la adversidad cualquiera que fuese, durante la primera fase “Reacción de alarma”, su función es movilizar los recursos del organismo activándolo a través del sistema simpático-adrenal concretándose en “aumento de la tensión arterial (TA), la frecuencia cardiaca, la glucogenolisis y la lipolisis, la disminución en la secreción de insulina y el aumento en la secreción de la hormona adrenocorticotrófica (ACTH), de hormonas del crecimiento, de hormona tiroidea y de esteroides adrenocorticales”, si el estrés es demasiado intenso, se producen úlceras gástricas, se ensanchan las glándulas suprarrenales, y existe atrofia del timo.

En la segunda fase de “Resistencia”, el organismo intenta adaptarse al estresor, la activación fisiológica disminuye, manteniéndose por encima de lo normal. Se muestran pocos signos externos de estrés, pero la capacidad para resistir a nuevos estresores está debilitada. De acuerdo con Seyle, una consecuencia de ello es que el organismo se torna crecientemente vulnerable a problemas de salud (úlceras, hipertensión, asma, y enfermedades que siguen al daño del sistema inmune) (Valdés & Flores, 1985, en Rodríguez Marín, 1995), el organismo se adapta al estrés por medio de mecanismo de afrontamiento; y en la tercera fase “Claudicación”, si persiste el factor estresante o el organismo no puede responder debidamente, este muere o sufre de daño irreversible a este conjunto de respuestas Seyle lo denominó Síndrome General de Adaptación (SGA) (en Barón, 2003; Davidson & Neale, 2003).

Como proceso

Para otros autores como Lazarus y Folkman (1986, en Davidson & Neale, 2003), la forma en que se percibe o valora el ambiente, determina en que momento está presente el estrés, en concreto, el estrés ocurre cuando se estima que cierta situación va más allá de los recursos de adaptación de la persona.

Lazarus y Folkman, (1984, en Davidson & Neale, 2003), identificaron dos dimensiones generales del afrontamiento, una enfocada en problemas; y la otra enfocada a emociones.

El término “afrontamiento” es la traducción al castellano del término inglés “coping” que se traduce como la acción de afrontar, de hacer frente a un enemigo, un peligro, una responsabilidad, etc., un agente o acontecimiento estresante; desde la perspectiva del modelo transaccional el afrontamiento está definido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes con los recursos del individuo y tienen dos categorías una enfocada en la emoción y la otra enfocada en el problema (Lazarus & Folkman, 1986, en Rodríguez Marín, 1995).

Los recursos y las estrategias de afrontamiento son procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden cambiar según los estímulos que actúen (Della Mora & Landoni, 2005); las funciones básicas del afrontamiento son la resolución de problemas, la regulación de emociones, la protección de la autoestima y el manejo de interacciones sociales López Valverde, et. al., 2001).

Afrontamiento dirigido al problema

El afrontamiento dirigido al problema aparece cuando el sujeto considera que su situación es susceptible de cambio, que puede modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Estas estrategias son similares a las que se utilizan para intentar resolver un problema: definir el problema, buscar soluciones

alternativas, valorar las ventajas e inconvenientes de las alternativas, elegir opciones y ponerlas en práctica. Un ejemplo de estas estrategias es buscar información, la adhesión al tratamiento, seguir hábitos saludables, realizar cambios en el estilo de vida, estas estrategias se pueden clasificar en: relativas al entorno, se dirigen a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos, etc. y relativas al sujeto, en este sentido, él intenta cambiar las motivaciones o las cogniciones, variar el nivel de aspiraciones, buscar fuentes distintas de gratificación, desarrollar nuevas pautas de comportamiento, y aprender procedimientos y utilizar recursos nuevos (Moya Chacón, et. al., 2002).

Afrontamiento dirigido en la emoción

El afrontamiento dirigido a la emoción es más probable que aparezca cuando el sujeto cree que no puede hacer nada para mejorar la situación; existe una amplia gama de estrategias para este tipo de afrontamiento, algunas técnicas utilizadas son la negación, la minimización, la evitación, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas, la abstracción de valores positivos de las situaciones negativas y la reevaluación cognitiva. La minimización, el distanciamiento y la evitación consiguen apartar el sujeto de una realidad que le resultaría desbordante si se enfrenta a ella directamente; la actitud pasiva y distante, negándose a reflexionar sobre la enfermedad o a colaborar con el tratamiento, hace que los sentimientos negativos del paciente se reduzcan al mínimo; en realidad la forma de afrontamiento depende de la situación, el momento, el problema y la persona (Davidson & Neale, 2003; Moya Chacón, et. al., 2002).

Según el tipo de afrontamiento éste puede influir en la frecuencia, la intensidad, duración y forma de las reacciones neuroquímicas al estrés, dejando de prevenir o aminorar las condiciones ambientales nocivas o perjudiciales, tales fracasos pueden deberse a la dificultad presentada por el entorno y/o a un déficit en los recursos de afrontamiento de este tipo. Las formas de afrontamiento a la emoción pueden dañar la salud al impedir conductas relacionadas con la salud/enfermedad, además de perjudicar si el individuo ha dejado de regular la perturbación emocional

que aparece frente a los daños o amenazas incontrolables. El afrontamiento puede también afectar la salud de forma negativa, aumentando el grado de mortalidad y morbilidad cuando incluyen el uso excesivo de sustancias nocivas como son el alcohol, las drogas y el tabaco, o cuando inducen al individuo a actividades que presentan un riesgo para su vida (Moya Chacón, et. al., 2002).

4.3. Estrés y embarazo

Lobel (1994, en Flórez – Alarcón 1998), define al estrés prenatal como un estado de ansiedad crónica que se modifica de acuerdo a los eventos estresantes previos particulares de cada caso.

En una mujer cuando las condiciones de estrés se prolongan la descarga sobre el eje hipotálamo – hipofiso – adrenal produce desequilibrios fisiopatológicos que se extienden hasta el sistema neuroendocrino femenino. A lo largo de su vida la mujer experimenta algunas formas de estrés que le son totalmente propias, desarrollo de los senos, menstruación, embarazo y menopausia; estrés psíquico es el que sufre una ama de casa a la que se le presiona para que salga y se realice, la mujer que trabaja y que se le presiona para que retorne pronto al hogar con el fin de no perder su rol familiar. El vínculo entre el tipo de personalidad y las manifestaciones patológicas producidas por el estrés, ha permitido identificar patrones de conducta que permiten predecir mejor las respuestas patológicas (Nitardi, 2005).

La mayoría de las mujeres embarazadas experimentan algún estrés durante el embarazo. Tal vez una cantidad moderada no tenga efectos nocivos sobre el feto, pero si el estrés es persistente y excesivo es muy posible que si los tenga, cuando la madre está ansiosa, temerosa o molesta bombea adrenalina al torrente sanguíneo, lo que incrementa la tasa cardiaca, la presión sanguínea, la respiración y los niveles de azúcar y aleja la sangre de la digestión a los músculos esqueléticos para preparar al cuerpo para acciones de emergencia; dejando al cuerpo exhausto e interrumpiendo su funcionamiento. Estos cambios físicos también se presentan en el feto, pues la

adrenalina cruza la placenta y llega a la sangre del feto, el cual se vuelve hiperactivo por el tiempo en que la madre este estresada (Bustos, 2005).

Durante la gestación normal el acontecimiento estresante más importante suele ser el embarazo mismo, la gestación sea la primera o no, tiene características que le conceden importancia para que pueda ser estresante, la actitud de la mujer es ambivalente por un lado desea la gestación y a la vez la rechaza (Salvatierra, 1989), el embarazo es una época de muchos cambios en el cuerpo de la mujer embarazada, en sus emociones y en la vida de su familia, aunque estos cambios ocurren por un motivo feliz, a menudo representan un mayor estrés en la vida de las mujeres embarazadas activas que ya enfrentan muchas exigencias en su casa y trabajo (Biblioteca de la Salud, 2006; Torres Gutiérrez, 2004).

El estrés del embarazo es debido en gran parte al presagio del parto, pero aceptar el embarazo implica no solo asumir esa amenaza inevitable también, conlleva exigencias y probablemente molestias que originan tensión como los trastornos físicos (nauseas, vértigo, cambio de apetito) que pueden causar inquietud, así como aumento de peso y el cambio de imagen corporal; necesidad de acudir al médico y aceptar exploraciones y pruebas (Díaz Romero, Aguilar Figueroa & Santillán García, 1999; Torres Gutiérrez, 2004).

El estrés materno puede provenir de factores psicosociales, complicaciones obstétricas, enfermedades psiquiátricas, respuesta emocional al embarazo u otras causas (Gaviria, 2006).

Primer trimestre

En general la futura madre siente curiosidad y preocupación acerca de los cambios futuros, la mayoría de las mujeres embarazadas se preocupan en este trimestre por los cambios de su propio cuerpo y sobre cómo afecta esos cambios a su vida, y suelen estresarse principalmente por los síntomas normales del embarazo, cambios en el estilo de vida, cambios en la relación con la pareja, si la tienen y si no

también se estresan por no contar con un apoyo, por la asistencia médica: la secuencia y motivos de citas. Si el estrés es prolongado puede manifestarse en este periodo en forma de molestias exageradas, como náuseas, insomnio y fatiga intensos, además la mujer puede estar mal humorada, ser hostil con su pareja o presentar ánimo deprimido (Brunner & Siddarth, 1982).

Segundo trimestre

En este periodo las preocupaciones de la mujer comienzan a desviarse y ahora los motivos por los cuales se estresa tienen que ver más con el cuidado del embarazo, se preocupa por el crecimiento del feto, por los signos de alarma que pueden representar un problema mayúsculo; la alimentación y las limitaciones como el ejercicio, los viajes, y la sexualidad; y nuevamente el cambio de imagen corporal; debido a esto la embarazada puede mostrarse irritable o desanimada (Brunner & Siddarth, 1982).

Tercer trimestre

A menudo afloran en este momento temores conscientes o inconscientes de mutilación, muerte o desamparo; la mujer se concentra ahora en el hijo, en el proceso de parto y en su propia condición física; y en la ambivalencia de sus emociones, se estresa sobre los defectos del nacimiento, efectos de medicación y la anestesia; por los gastos que va a generar el parto, por los dolores temores e ideas equivocadas del mismo y por saber en qué momento acudir al hospital y por último la familia, es decir, la aceptación de la llegada del nuevo miembro y el cuidado de los demás hijos durante la hospitalización. Durante este periodo la embarazada suele estar muy ansiosa y hasta cierto punto es normal debido a la proximidad del parto y alumbramiento (Brunner & Siddarth, 1982).

4.4 Afrontamiento al estrés

Sin duda se tiene que considerar que el afrontamiento afecta de diversas maneras la salud del individuo, a continuación se menciona algunas estrategias

utilizadas por las embarazadas. La mujer que al conocer su estado de gravidez, genera un alto grado de estrés, puede intentar disminuirlo aumentando el consumo de alcohol y/o cigarrillos, e incluso poner en riesgo su vida al decidir interrumpir con el curso de la gestación (Moya Chacón, et. al., 2002).

Las mujeres utilizan en exceso formas de afrontamiento de búsqueda de información, que se caracterizan por partos más difíciles, de mayor duración, que las personas que utilizan mas estrategias de afrontamiento de evitación y de negación (López Valverde, et. al., 2001); es decir, unas mujeres recurren a defensas psicológicas, otras a conductas sustitutivas y otras a estrategias objetivas tendientes a modificar la situación o adaptarse a ella misma.

Los factores de salud también actúan a través de variables psicológicas como la actitud y la búsqueda de apoyo, que en ocasiones contribuyen en la producción de complicaciones obstétricas, especialmente en multigrávidas (Hodnett & Fredericks, 2008).

Según Salvatierra (1989) durante el embarazo el estado de salud previo, es importante para el buen desarrollo de la gestación; se dice que la mala salud es más frecuente en la clase socioeconómica inferior, que tiene menos apoyos sociales y menor educación.

Las embarazadas pueden recurrir a malas estrategias de afrontamiento a la gestación, una de ellas es el adoptar el “papel de enferma” (Díaz, Aguilar & Santillán, 1999).

Los recursos materiales también son importantes como el dinero, la vivienda la ayuda doméstica, entre otros, que si se carece de ellos pueden provocar estrés en la gestante (Carreón-Vásquez, Mendoza-Sánchez, Pérez-Hernández, Gil-Alfaro, Soler-Huerta & González-Solí, 2004).

Dentro de los recursos psicológicos se encuentran las creencias positivas, las habilidades para resolver problemas, las habilidades sociales entre otras, que

dependen de factores genéticos y de procesos de aprendizaje que configuran la personalidad. Sin embargo, existe una serie de creencias internalizadas de origen cultural o religioso que puede obstaculizar la adopción de conductas apropiadas (León, Minassian, Borgoño & Bustamante, 2008; Pelcastre, Villegas, De León, Agustín Díaz, Ortega, Santillana & Mejía, 2005).

Las estrategias utilizadas pueden ser positivas o negativas; la negación de la gestación que se ignora, se racionaliza o se sublima, suele estar acompañada de complicaciones obstétricas. Las mujeres que no se hacen falsas ilusiones y afrontan objetivamente la situación superando el estrés favorecen el desarrollo de un buen embarazo, no así, las que se refugian en estereotipos y fórmulas convencionales (Mora & Landoni. 2005).

En conclusión, durante el embarazo la percepción de la madre sobre el ambiente se transmite al feto a través de la placenta, la barrera celular entre el flujo sanguíneo materno y el fetal. Las emociones químicas de la madre afectan al feto de manera que este evocaría las mismas respuestas emocionales que la madre, junto con sus respectivas consecuencias y sensaciones fisiológicas. En el fondo, se le otorga al feto información previa respecto al ambiente (Bustos, 2005).

4.5 Causas y consecuencias del estrés en el embarazo

El exceso de estrés puede ser perjudicial para cualquier persona. A corto plazo puede producir cansancio, insomnio, ansiedad, falta o exceso de apetito y dolores de cabeza y de espalda; si se prolonga ocasiona que el cuerpo tenga menor resistencia a las enfermedades infecciosas, presión arterial alta y enfermedades cardíacas (Biblioteca de la Salud, 2006).

Las posibles fuentes de estrés son múltiples y variadas, pero la forma de respuesta biológica al estrés es idéntica (Téllez – Vargas, 2005); el órgano central sobre el cual actúa el embarazo es el útero, está demostrado que la contractilidad uterina y el flujo sanguíneo está bajo control neuro – hormonal; los estrógenos gobiernan la actividad parasimpática, mientras que la progesterona influye

directamente en la actividad simpática (Díaz Romero, Aguilar Figueroa & Santillán García, 1999; Salvatierra, 1989).

En general el estrés de la madre puede causar la liberación de una hormona llamada liberadora de corticotropina, esta hormona, producida por el cerebro y por la placenta, se encuentra estrechamente relacionada con el trabajo de parto, hace que el organismo libere sustancias químicas llamadas prostaglandinas, acetilcolina y oxitocina las cuales producen las contracciones uterinas (Biblioteca de la Salud, 2006); mientras la actividad simpática refuerza mecanismos de expulsión para liberar al útero de su contenido. El flujo adecuado de sangre se mantiene mientras hay un equilibrio entre el simpático y el parasimpático, la ansiedad aumenta la adrenalina, mientras que la tensión se asocia con la descarga de noradrenalina. La hiperactividad con descarga de catecolaminas característica de la primera fase del estrés, puede explicar bien una serie de perturbaciones del embarazo como aborto espontáneo, desnutrición fetal y retardo en el crecimiento intrauterino, parto prematuro, ruptura prematura de membranas y distocia hipertónica, hipertensión arterial así como también el curso del parto puede verse alterado por el hecho de que el miedo produce tensión muscular y dificulta la dilatación, con aumento subsiguiente de dolor en las contracciones del parto, estableciéndose el círculo miedo – tensión – dolor - estrés (Bustos, 2005; Hurtado, Donat, Escriva & Póveda, 2003; López Valverde, et. al., 2001; Salvatierra, 1989).

Las lesiones en estados particulares del desarrollo pueden conducir a distintas anomalías corticales; sobre las observaciones histológicas y neuroquímicas, se ha propuesto que la exposición a circunstancias ambientales nocivas resulta una vulnerabilidad para el desarrollo cerebral; periodos relativamente breves de hipoxia pueden tener efectos significativos en el cerebro fetal y producir pérdida de neuronas y daños en la materia gris; en individuos con predisposición genética riesgosa a problemas del neurodesarrollo, la epilepsia y el autismo pueden ser considerados en parte resultados de esta vulnerabilidad (Gavira, 2006), también en cuanto al bajo control del estrés se han obtenido evidencias sobre el comportamiento de las

embarazadas como factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares (Marrero Santos, 2007).

Los estresores externos también juegan un papel importante en la embarazada, ya que influyen en el curso de la gestación; Oakley (1980, en Salvatierra, 1989) menciona algunas fuentes de estrés externo como son los a) problemas de salud de la propia mujer o de las personas a su cuidado, b) circunstancias de trabajo y empleo ya sea el propio o el de la pareja; la mujer sabe que el trabajo puede ser incompatible con la maternidad, en el caso más favorable, un empleo durante el embarazo significa un esfuerzo y un estrés adicional, c) condiciones de vida incluyendo la vivienda, el hacinamiento, la insuficiencia de instalaciones, la falta de intimidad son fuentes de irritación menores pero constantes, d) las relaciones familiares también producen estrés ya sea por el alejamiento geográfico o por vivir demasiado cerca, e) las relaciones maritales o de pareja con frecuencia son origen de estrés, una relación marital armónica y cariñosa representa una protección, tanto contra el estrés intrínseco de la gestación como para los estresores externos pues en su mayoría la mujer soporta el mayor peso, no solamente durante el embarazo sino durante la crianza.

En algunos estudios se sugiere que las mujeres embarazadas que experimentan acontecimientos negativos en sus vidas, como un divorcio, la muerte de un familiar, una enfermedad grave o la pérdida del trabajo, están expuestas a un riesgo mayor de tener complicaciones en el embarazo y parto; las mujeres que experimentan un acontecimiento catastrófico durante el embarazo pueden tener un parto prematuro. El estrés crónico puede ser un factor determinante para las complicaciones obstétricas en las mujeres sin hogar o con serios problemas económicos, a las que el trabajo les resulta estresante, el racismo es otra forma de estrés crónico, y el embarazo mismo en aquellas que especialmente se preocupan por la salud del bebe o por el parto en si (Biblioteca de la Salud, 2006; Salvatierra, 1989).

El estrés severo o prolongado también puede interferir con el funcionamiento del sistema inmunológico, lo cual puede hacer que la mujer embarazada sea más propensa a infecciones que afectan al útero; otras alteraciones derivadas del estrés crónico son prolongación del embarazo y distocia hipotónica (inercia uterina), problemas de alimentación, adicción, rechazo de ayuda médica y social. El estrés también puede afectar la conducta de la mujer embarazada (Biblioteca de la Salud, 2006; Díaz Romero, Aguilar Figueroa & Santillán García, 1999; Salvatierra, 1989).

El estrés incrementa los niveles de una hormonas que restringe el flujo de sangre hacia la placenta, privando al feto de oxígeno y de nutrientes (Bustos, 2005). Sin embargo, Es importante tener en cuenta que un poco de estrés puede proporcionar la fuerza necesaria para enfrentar nuevos desafíos (Biblioteca de la Salud, 2006).

4.6. Estudios que se han realizado en embarazadas en los cuales se observan las consecuencias de padecer estrés en este periodo

Las investigaciones acerca de los efectos del estrés en la salud del ser humano, han intentado valorar el nivel que éste ha experimentado y después correlacionarlo con la enfermedad; existen varios dispositivos para realizar esta medición la Escala de Evaluación de Reajuste Social de Holmes y Rahe (1967), Valoración de Expectativas Cotidianas de Stone y Neale (1982), la Escala de Sucesos Estresantes Extraordinarios de Labrador (1996), y la Escala de Acontecimientos Productores de Estrés de Caballo (1994), por mencionar algunos (Davidson & Neale, 2003; Oblitas Guadalupe & Becoña Iglesias, 2000).

Por otro lado, se han realizado estudios enfocados precisamente en la hembra embarazada y en los efectos que pueden tener sobre ella y el feto el exponerse a variables psicosociales como es el caso del estrés.

Existen numerosos estudios en animales (ratas y primates no humanos) que demuestran como el estrés prenatal materno puede causar alteraciones comportamentales en el medio ambiente intrauterino, y afectar el desarrollo cerebral del feto (Gaviria, 2006).

Otros investigadores han estudiado a la mujer embarazada en situaciones estresantes como por ejemplo, en 1995, el Departamento de Servicios de Salud de California, reveló que el riesgo de aborto espontáneo se duplicó o triplicó en el caso de ciertas mujeres que manifestaron elevados niveles de estrés en el trabajo. Entre ellas se encontraban las mayores de 32 años, las primerizas y las fumadoras; otro estudio realizado en la Universidad de California y Kentucky, demostró que las mujeres que manifestaban un mayor estrés a causa de eventos como el fallecimiento de un pariente, el divorcio, la pérdida del trabajo o las dificultades económicas, tenían más probabilidades de tener un bebe de bajo peso (en Bustos, 2005).

Otro estudio publicado en el 2000 demostró que la respuesta al estrés está alterada de acuerdo con la forma del parto, el estudio encontró que la respuesta del cortisol salival al estrés de inoculación a las 8 semanas, fue mayor en neonatos que habían nacido mediante parto natural, en comparación con aquellos que nacieron por cesárea electiva (en Gaviria, 2006).

Se ha obtenido evidencia de otros estudios como el de Cerón – Mireles, Sánchez – Carrillo (en Marreto Santos, 2007), quienes evaluaron mediante el cuestionario de Karasek a 2693 trabajadoras gestantes mexicanas cuyos partos se produjeron en 1992, las altas demandas expresadas en jornadas semanales superiores a 50 horas y la falta de apoyo social, entre otras características del trabajo lo cual produjo como resultado el bajo peso al nacer.

De acuerdo a lo anterior podemos detallar que la forma y situaciones que la mujer enfrenta su embarazo serán mostrados no solo en aspectos biológicos sino por sus relaciones y respuestas hacia el medio ambiente y en esto deberíamos incluir las

diversas respuestas de las intervenciones del personal de la salud (Díaz Romero, Aguilar Figueroa & Santillán García, 1999).

Por otro lado, las mujeres embarazadas pueden controlar mejor el estrés si se encuentran sanas y en buen estado físico; deben comer una dieta sana, dormir bastante y evitar el alcohol, los cigarrillos y las drogas, además de tener una buena red de apoyo social (Biblioteca de la Salud, 2006).

Método

5.1 Planteamiento del problema Justificación

El gobierno de México, destina parte de los recursos económicos a la resolución de las problemáticas en salud. De acuerdo a lo reportado en el Sistema Nacional de Información en Salud y en la Organización Panorámica de la Salud (OPS, 2009) se observa una disminución en la razón de mortalidad materna nacional, ya que en 1990, de 100, 000 nacidos vivos, el .54 por ciento falleció, en el 2002 fue el .60 por ciento y en el 2007 el 55.6 por ciento, la razón de mortalidad se mantiene en constante cambio (Sistema Nacional de información en Salud, 2009).

Alrededor de 600 mil mujeres fallecen anualmente en el mundo por causas maternas. Datos del año 2001 señalan que entre 20,000 y 30,000 ocurrieron en América Latina y el Caribe y 1,253 en México (Elu, 2004).

Un informe publicado por la Secretaría de Salud (2005) (en Elu, 2004), señala que la mortalidad materna es cinco veces más alta en entidades federativas con menor desarrollo económico. Observándose que los valores de mortalidad materna en zonas indígenas se incrementa significativamente, a diferencia de los estados con mayores recursos.

Las principales causas de mortalidad materna comparadas entre el 2001 y 2006, según Elu (2004) y Montesano-Delfín, et.al., (2009) se observan en la tabla 6

Tabla 6. Principales causas de mortalidad materna en México 2001-2006.

Causas	Porcentaje (2001)	Porcentaje (2002)	Porcentaje (2004)	Porcentaje (2005)	Porcentaje (2006)
Trastornos hipertensivos del embarazo	37.7%	34.8%	66.8%	82.3%	79.6%
Hemorragia del embarazo, anteparto, parto y puerperio.	20.8%	24.9%	13.27%	11%	10.36%
Sepsis puerperal			13.42%	5.08%	4.7%
Otras complicaciones del embarazo y el parto	19.4%	10.6%	6.48%	1.54%	5.2%

Fuente: Elu, M.C. (2004). Mortalidad materna: Una tragedia evitable. Revista de perinatología y reproducción humana, 18 (1), 46; Montesano-Delfín, J. R. Hernández, A. Zaplén-Moreno, J. Olivarez-Durán, E. Guizar-Mendoza, J. M. & Luna Ruiz, M. A. (2009). Mortalidad Materna: enlace entre gestión directiva y atención clínica oportuna. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 47 (1), 114.

Es importante señalar, que el predominio de ciertas causas de mortalidad materna depende del contexto, ya que en zonas urbanas se debe a complicaciones del embarazo, en Hidalgo por ejemplo, algunas de las causas de la mortalidad materna entre los años 2006 y 2007 fueron las enfermedades hipertensivas inducidas por el embarazo, la hemorragia obstétrica, la infección puerperal, el aborto incompleto y el choque hipovolémico según información obtenida de la Secretaría de Salud (Dirección de Políticas y Estrategias en Salud Pública, Subdirección de Epidemiología Departamento de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades no Transmisibles, 2006, 2007).

Es por eso, que al revisar estas estadísticas consideramos que es importante realizar una investigación sobre las mujeres embarazadas, debido a que la muerte materna constituye una verdadera tragedia de salud pública vista tanto cualitativa como cuantitativamente, en la cual intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales.

5.2 Pregunta de investigación:

¿Cómo se manifiestan el Patrón de Conducta Tipo D, los tipos de estresores, tipos de afrontamiento, en mujeres embarazadas atendidas en instituciones del Sector Salud de Pachuca de Soto y Mineral de la Reforma, Hidalgo?

5.3 Objetivo general:

- Identificar el Patrón de Conducta Tipo D, los tipos de estresores, así como los tipos de afrontamiento en mujeres embarazadas atendidas en instituciones del Sector Salud de Pachuca de Soto y Mineral de la Reforma, Hidalgo.

Objetivos específicos:

- Establecer propiedades psicométricas de la Escala de Patrón de Conducta Tipo D, el Inventario de Estrés Prenatal y de Afrontamiento aplicado a mujeres embarazadas atendidas en instituciones del Sector Salud de Pachuca de Soto y Mineral de la Reforma, Hidalgo.
- Evaluar el Patrón de Conducta Tipo D en mujeres embarazadas atendidas en instituciones del Sector Salud de Pachuca de Soto y Mineral de la Reforma, Hidalgo.
- Identificar los tipos de estresores (inherentes al embarazo y estresores externos al embarazo), en mujeres embarazadas atendidas en instituciones del Sector Salud de Pachuca de Soto y Mineral de la Reforma, Hidalgo.
- Identificar los tipos de afrontamiento (centrados en el problema y/o centrados en la emoción), en mujeres embarazadas atendidas en instituciones del Sector Salud de Pachuca de Soto y Mineral de la Reforma, Hidalgo.

5.4 Definición de variables

A continuación se describe la definición operacional de cada una de las variables, cabe señalar que en cada definición se consideran los lineamientos que originalmente señalan los autores de los instrumentos y posteriormente en el capítulo de resultados se describen los nuevos parámetros obtenidos del análisis factorial de cada uno de los instrumentos aplicados a la muestra de estudio.

Tabla 7. Definición de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Patrón de Conducta Tipo D	Es un conjunto hacia la afectividad negativa (NA) (la tendencia a experimentar emociones negativas a través del tiempo y las situaciones como ansiedad, temor e irritabilidad) y a la inhibición social (SI) (la tendencia a inhibir la expresión de emociones y comportamientos en las interacciones sociales como malestar social y la falta de equilibrio social) (Donellet, 2005).	Se evaluó el Patrón de Conducta Tipo D con la Escala DS14, que consta de 14 ítems, se caracteriza por dos rasgos de afectividad negativa e inhibición social.
Estresores inherentes al embarazo y estresores externos al embarazo	Los estresores son cualquier suceso, situación, persona u objeto, que se percibe como estímulo o situación que provoca una respuesta de estrés en la persona. Algunos autores lo definen como situación o eventos estresantes mientras que Selye lo define como " <i>cualquier evento que cause impacto o impresión en el organismo humano</i> " (en Rodríguez Marín, 1995).	Esta variable se midió por medio de "Inventario para la Evaluación del Estrés Prenatal". Este inventario fue diseñado por Flórez a partir de una propuesta anterior de Salvatierra (1989); se aplicó a 100 pacientes del I.M.I, que presentaron preeclampsia; se les aplicó una entrevista semiestructurada para evaluar efectos estresantes y otros aspectos del embarazo. Se encontraron tres categorías de eventos estresores inherentes al embarazo mismo y cuatro inherentes a hechos externos al embarazo. Dentro de las primeras se ubican las amenazas al propio estado físico de las madres, las amenazas al bebé y las amenazas asociadas al parto. Dentro de las segundas se ubican otras amenazas a la

salud diferentes a la

Tabla 7. Continuación

	<p>preeclampsia, las preocupaciones por la situación laboral, preocupaciones por la situación económica, y las preocupaciones por la situación familiar o de pareja. La validez de constructo de este inventario en torno a las anteriores categorías se corroboró mediante análisis factorial. La versión final del inventario tiene 19 ítems y su confiabilidad, obtenida por el método Kuder-Richardson 20 fue de 0.70 (Flórez, 1999).</p>
<p>Tipos de Estrategias de Afrontamiento (centradas en el problema y centradas en la emoción).</p>	<p>Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes con los recursos del individuo. Estos autores identifican dos métodos de afrontamiento: comportamental y cognitivo, y dos grandes categorías de afrontamiento: enfocadas en el problema (o de aproximación) y enfocadas en la emoción (o de evitación).</p>
<p>Factores sociodemográficos</p>	<p>Instrumento diseñado para evaluar el estilo de afrontamiento en pacientes que presenten preeclampsia en el I.M.I, y que fue propuesto por Flórez en 1986. Dicho instrumento consta de 19 ítems, con dos opciones de respuesta (Modificado a escala tipo Lickert para fines de esta investigación). En lo referente a los modos de afrontamiento, las clases de respuesta se aplican a dos tipos de categorías descritas por Lazarus y Folkman (1986): afrontamiento dirigido a la emoción, y afrontamiento dirigido al problema.</p> <p>Edad: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo (García, 2005)</p> <p>Escolaridad: <i>Grado promedio de escolaridad que permite conocer el nivel de educación de una población</i> (García, 2005).</p> <p>Se evaluaron por medio de un cuestionario diseñado ex profeso.</p>

Tabla 7. Continuación

ingresos.), de acuerdo al salario mínimo, que es el pago mensual en pesos mexicanos con el que se atribuye a los trabajadores por su ocupación o trabajo desempeñado. Dicho salario lo determina la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos para las tres áreas geográficas en que son agrupadas las entidades federativas del país (INEGI 2000).

De acuerdo a la Comisión Nacional de los Salarios mínimos (2008), Hidalgo se encuentra en el área geográfica C, teniendo un salario mínimo de \$49.50.

5.5. Diseño y tipo de estudio

El diseño de la investigación es no experimental exploratorio.

5.6. Población y muestra

La población de este estudio estuvo conformada por mujeres embarazadas atendidas en los Centros de Salud de las siguientes localidades (ubicadas en los municipios de Mineral de la Reforma y Pachuca de Soto, Hidalgo): “El Saucillo”, “La Providencia”, “Pueblo Nuevo”, “La Calera”, “Pachuquilla” y “Ávila Camacho”.

Población: Mujeres embarazadas atendidas en instituciones del Sector Salud de Pachuca y Mineral de la Reforma, Hidalgo.

Muestra: Participaron 151 mujeres embarazadas.

Tipo de muestreo: No probabilístico, intencional en donde participaron mujeres embarazadas atendidas en instituciones del Sector Salud de Pachuca de

Soto y Mineral de la Reforma, Hidalgo, que colaboraron de manera voluntaria en la investigación.

Criterios de inclusión: Las mujeres participantes de esta investigación fueron atendidas en instituciones del Sector Salud. Considerando las siguientes características:

- Estar embarazadas
- Participar de manera voluntaria

Criterios de exclusión: No participaron en esta investigación las mujeres que no fueron atendidas en instituciones del Sector Salud de Hidalgo. Considerando las siguientes características:

- No saber leer y escribir

5.7. Instrumentos y materiales

A continuación se describen los instrumentos y materiales utilizados en el presente estudio:

- Inventario para la Evaluación de Estrés Prenatal.

Este inventario fue diseñado por Flórez a partir de una propuesta anterior de Salvatierra (1989). Evalúa efectos estresantes y otros aspectos del embarazo basándose en tres categorías de eventos estresores inherentes al embarazo mismo y cuatro inherentes a hechos externos al embarazo. Dentro de las primeras se ubican las amenazas al propio estado físico de las madres, las amenazas al bebe y la amenazas asociadas al parto. Dentro de las segundas se ubican otras amenazas diferentes a la preeclampsia, preocupación por la situación económica, preocupaciones por la situación laboral, preocupaciones por la situación familiar y de

pareja. La validez de constructo de este inventario en torno a las anteriores categorías se corroboró mediante análisis factorial, la revisión final del inventario tiene 19 ítems y su confiabilidad obtenida por el método Kuder-Richardson 20 fue de 0.70.

El tipo de estresores que evalúa, sus componentes, así como los ítems específicos que miden cada componente se enlistan en la tabla 8.

Tabla 8. Factores e ítems que conforman el Inventario Estrés Prenatal

CATEGORIA	FACTORES	ITEM
Estresores inherentes al embarazo	No. 1 Temores Relacionados con el Bebé.	15, 17, 18, 11, 5 y 16
	No. 4 Temores Relacionados con el Parto.	3, 6 y 12
	No. 5 Temor Relacionando con su propio estado físico.	1
	No. 6 Temores Relacionados con su propio estado físico (Flórez, 1996).	14, 19 y 2
Estresores externos al embarazo	No. 2 Temores relacionados con otros problemas de salud y el ítem 7 referido a temores de índole económico.	4, 10 y 7
	No 3 Factores catalogados como estresores de tipo laboral y estresores relacionados con la situación familiar y de pareja (Flórez, 1996).	8 y 9.

- Inventario de afrontamiento.

Instrumento diseñado para evaluar el estilo de afrontamiento en mujeres que presentan preeclampsia y que fue propuesto por Flores en 1986. Dicho instrumento consta de 19 ítems con 2 opciones de respuesta. (Modificado a escala tipo Lickert para fines de esta investigación.) En lo referente a los modos de afrontamiento la clase de respuesta se aplica a dos tipos de categorías descritas por Lazarus y Folkman (1986) afrontamiento dirigido a la emoción y afrontamiento dirigido al problema.

El tipo de afrontamiento, sus componentes, así como los ítems específicos que miden cada componente se enlistan en la tabla 9.

Tabla 9. Factores e ítems que integran el Inventario Afrontamiento

CATEGORIA	FACTORES	ITEM
Afrontamiento Centrado en la Emoción	No. 3,4, 5 y 6	10, 16, 15, 11, 17, 9, 12 y 19
Afrontamiento Centrado en el Problema	No. 1 y el No. 2	6, 8, 5, 7, 3 y 14, 1, 13, 18, 2, 4

- Escala de Patrón de Conducta Tipo D

Instrumento para evaluar el Patrón de Conducta Tipo D, fue creado por Denollet (2005), consta de 14 ítems con cuatro opciones de respuesta (modificado a escala tipo Lickert para fines de esta investigación), consta de dos sub escalas: la Afectividad Negativa (NA) y la Inhibición Social (SI).

El tipo de escala que evalúa, así como los ítems específicos que miden cada escala se enlistan en la tabla 10.

Tabla 10. Sub escalas e ítems que integran el Patrón de Conducta Tipo D

ESCALA	ITEM
AFECTIVIDAD NEGATIVA (NA)	2,4,5,7,9,12,13
INHIBICIÓN SOCIAL (SI)	1, 3,6,8,10,11,14

MATERIALES

Para llevar a cabo la aplicación de los inventarios se utilizaron los siguientes materiales: 1027 hojas tamaño carta y 30 lápices.

5.8. Procedimiento

Se propuso el proyecto ante autoridades del Sector Salud de Hidalgo, el cual fue revisado por un Comité de Investigación de dicha institución.

Una vez obtenida la autorización, se acudió a cada Centro de Salud, y en los espacios de consulta externa se les invitó directamente a las mujeres que acudían a control prenatal a participar en el estudio, para que contestaran los cuestionarios; cabe destacar que se les solicitaba su consentimiento para participar en la investigación, mediante un documento que señalaba su participación voluntaria, y explicaba de manera general el procedimiento, así como las implicaciones, garantizando la confidencialidad de la información (Ver Anexo “1”).

La mayoría de las mujeres aceptó, por lo que la aplicación de los instrumentos se realizó de la siguiente forma: En la Sala de Espera de los diversos Centros de Salud, y mientras las mujeres esperaban su consulta se les solicitaba el apoyo para responder a los instrumentos, se les daban las indicaciones precisas al respecto de la forma de responder y de manera individual iban respondiendo a las preguntas. Ahora bien, como una forma de “agradecimiento” al apoyo brindado por las mujeres, y después de que respondían a los Instrumentos, se les expusieron a manera de plática temáticas sobre: estrés, enfermedades hipertensivas y se reflexionaba sobre el contenido de una canción sobre muerte materna titulada “Camino al Cielo”.

Resultados

Para analizar las variables estudiadas se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 11.

A continuación se presentan los resultados divididos en dos apartados, la primera corresponde a los datos sociodemográficos; la segunda se divide en dos fases: 1) el análisis de las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados; 2) el análisis descriptivo de cada una de las variables estudiadas respecto a nuestra muestra de estudio. Para tal fin se obtuvo la información por medio de la aplicación de los instrumentos (Ver Anexos 2, 3, 4, 5) a un total de 151 mujeres embarazadas.

6.1 Descripción de la Muestra

Factores sociodemográficos

1) Edad

Al analizar la variable edad, se observó que el rango de las mujeres embarazadas va de 15 a 40 años, Ver tabla 11.

2) Escolaridad

En la variable escolaridad se observó que el 58.3% (n=88) tiene secundaria, el 2% (n=3) primaria incompleta y el 3.3% (n=5) cursó una licenciatura. En la tabla 12 se muestra la distribución de los datos.

Tabla 11. Edad de la embarazada

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15 a 20	48	31.8
21 a 25	53	35.1
26 a 30	29	19.2
31 a 35	18	11.9
36 a 40	2	1.3
No contesta	1	.7
Total	151	100%

Tabla 12. Escolaridad de la embarazada

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Sin escolaridad	1	.7
Primaria incompleta	3	2.0
Primaria	19	12.6
Secundaria	88	58.3
Preparatoria	27	17.9
Carrera técnica	5	3.3
Universidad	5	3.3
No contesta	3	2.0
TOTAL	151	100%

3) Ocupación

Al analizar la variable ocupación se observó que el 76.2% (n=115) de las embarazadas se dedica al hogar y solo el 2% (n=3) es profesionista, en la Figura 1 se muestran los datos.

4) Estado civil

Por lo que se refiere el estado civil de las embarazadas en la figura 2, se observa la distribución según las categorías casada con un 54.3% (n=82) unión libre con un 23.2% (n=35) y soltera con un 22.5% (n=34).

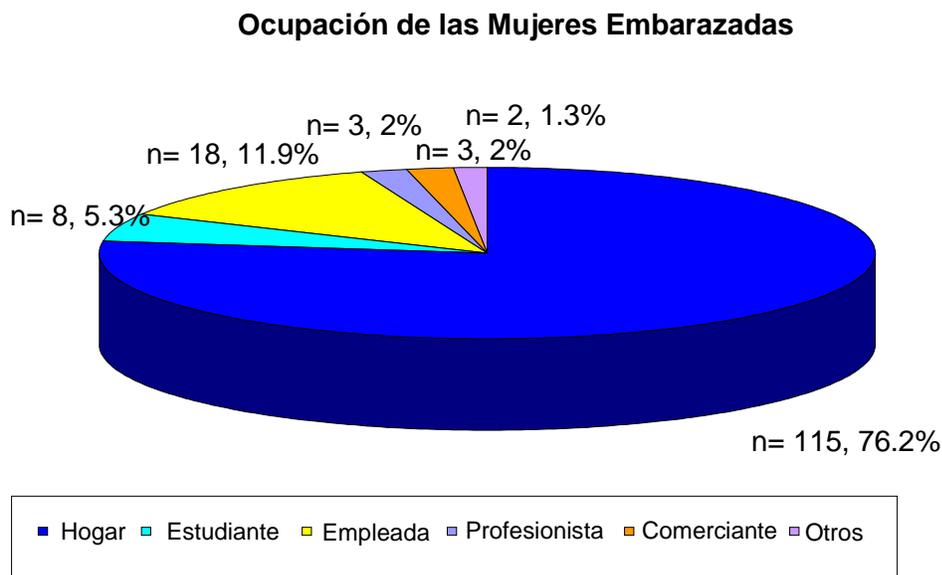


Figura 1. Ocupación de las mujeres embarazadas

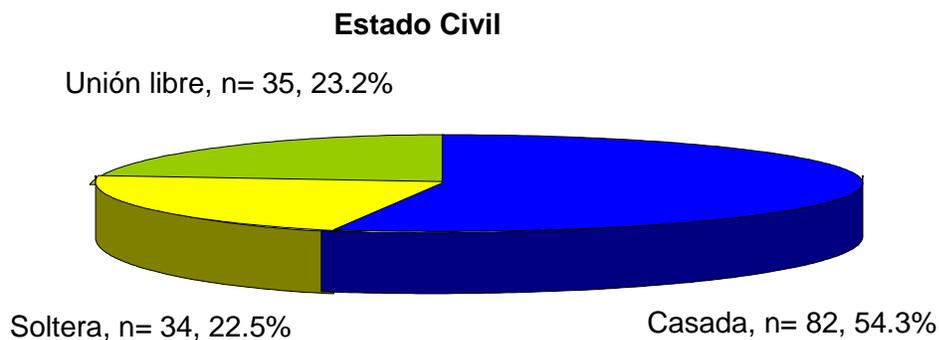


Figura 2. Estado civil de las embarazadas

5) Tiempo de vivir en pareja

En el análisis de esta variable se observó que las parejas llevan un promedio de 5 años viviendo en pareja con un porcentaje de 29.8% (n=45), como se muestra en la tabla 13; el 23.8% (n=36) que aparece como no contestado, responde a las mujeres embarazadas que viven solas.

Personas que viven con la embarazada

En el análisis de esta variable se observó que un 74.8% (n=113) del total de la muestra (n=151), viven con la pareja, un 18.5% (n=28) viven con los padres y un 5.3% (n=8) vive sola, los datos se muestran en el tabla 14.

Tabla 13. *Tiempo de vivir en pareja*

Años	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	8	5.3
1 a 3 años	36	23.8
4 a 6 años	45	29.8
7 a 9 años	15	9.9
10 o más años	11	7.3
No contesta	36	23.8
Total	151	100%

Tabla 14. *Personas que viven con la embarazada*

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Pareja	113	74.8
Padres	28	18.5
Sola	8	5.3
No contesta	1	.7
Otras personas	1	.7
Total	151	100%

Personas que dependen de la mujer embarazada

Por lo que se refiere a esta variable, un 44.4% (n=67) de las encuestadas respondió que son sus hijos quienes dependen de ellas, un 4.0% (n=6) son sus padres, y un 30.5% (n=46) nadie, la distribución se muestra en el tabla 15.

Tabla 15. *Personas dependientes de la embarazada*

Personas	Frecuencia	Porcentaje
Pareja	28	18.5
Padres	6	4.0
Hijos	67	44.4
Nadie	46	30.5

7) Número de hijos (as)

Por lo que se refiere a esta variable un 47.7% (n=72) está esperando a su primer hijo, un 31.8% (n=48) tiene solo un hijo, y un 0.7% (n=1) tiene 4 hijos, en la figura 4 se muestran los datos.

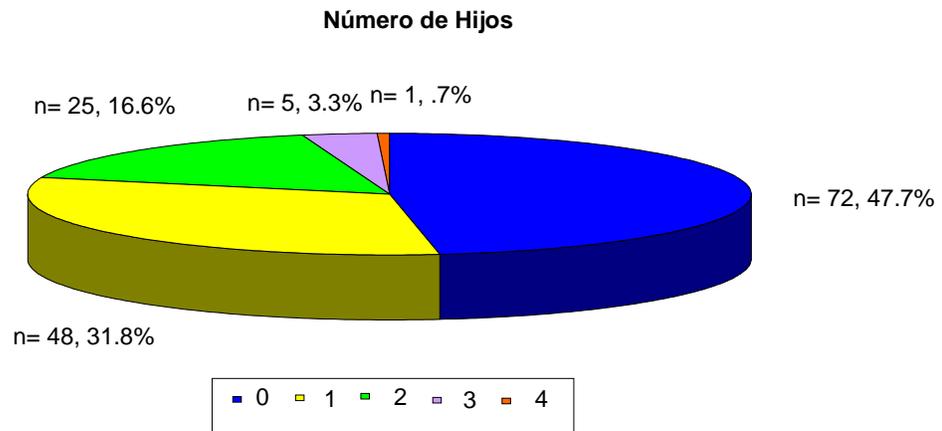


Figura 3. *Número de hijos que tienen las mujeres embarazadas*

8) Nivel socioeconómico

Ingresos Económicos

Con respecto a esta variable en la tabla 16 podemos darnos cuenta que un 19.2% (n=19) gana el sueldo mínimo según el salario vigente de Hidalgo, el cual es de 52 pesos por día, un 37.7% (n=57) gana alrededor de 1000 pesos, y solo el 1.3% (n=2) gana más de 5000 pesos, y por último un 11.3% (n=17) no tiene ingresos.

Ingreso total al hogar

En la tabla 17 se muestra que un 58.3% (n=88) recibe su ingreso de forma semanal, un 3.3% (n=5) por día, un 21.2% (n=32) quincenal y sólo el 5.3% (n=8) mensual.

Tabla 16. Ingreso de las embarazadas

Ingreso	Frecuencia	Porcentaje
\$ 300 - \$ 500	29	19.2
\$ 600 - \$ 1,000	57	37.7
\$ 1,100 - \$ 2,000	36	23.8
\$ 2,000 - \$ 4,000	10	6.6
\$ 5,000 - más	2	1.3
Sin ingreso	17	11.3
Total	151	100%

Tabla 17. Ingreso total al hogar

Ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Por día	5	3.3
Semanal	88	58.3
Quincenal	32	21.2
Mensual	8	5.3
No contesta	18	12
Total	151	100%

Gasto familiar mensual

Por lo que se refiere a esta variable, las embarazadas respondieron que su gasto mensual va de 500 y 1000 pesos, un 13.9% (n=21); de 1000 a 1500 pesos, un 13.9% (n=21); de 1500 a 2000, un 17.2% (n=26) y de 2500 a 3000, un 17.2% (n=26) la distribución se muestra en el tabla 18.

9) Acceso a servicios de salud

Derechohabiciencia

Al hacer el análisis de esta variable se encontró que un 26.5% (n=40) del total de la muestra (n=151), tiene acceso al seguro popular, y un 60.3% (n=91) no contesto esta pregunta, los datos se muestran en la tabla 19.

Tabla 18. *Gastos mensuales*

Gastos	Frecuencia	Porcentaje
500 – 1,000	21	13.9
1,100 -1,500	21	13.9
1,501 – 2000	26	17.2
2,501 – 3000	37	24.5
3001 - 5500	31	20.5
No contesta	15	9.9
Total	151	100%

Tabla 19. *Derechohabiencia de la embarazada*

Institución	Frecuencia	Porcentaje
Seguro Popular	40	26.5
IMSS	14	9.3
ISSSTE	3	2.0
Otros	3	2.0
No contesta	91	60.3
Total	151	100%

Control prenatal

Al realizar el análisis de esta variable se puede observar que la mayoría de las embarazadas ha llevado el control de su embarazo desde el primer trimestre 84.1% (n=127), Ver tabla 20.

Tabla 20. *Control prenatal*

Trimestre	Frecuencia	Porcentaje
Primero	127	84.1
Segundo	13	8.6
Tercero	2	1.3

Lugar donde nacerá el bebé

Al realizar el análisis de esta variable se observó que un 46.4% (n=70) del total de la muestra (n=151) planea que el bebé nazca en el Hospital Obstétrico Pachuca, y

un 19.2% (n=29) en clínica privada, y las restantes en instituciones del Sector Salud (ver tabla 21).

Tabla 21. Lugar donde nacerá el bebé

Institución	Frecuencia	Porcentaje
Hospital Obstétrico Pachuca	70	46.4
Clínica Privada	29	19.2
IMSS	11	7.3
Hospital General	15	9.9
Centro de Salud	13	8.6
Aún no decide	8	5.3
No contesta	5	3.3

Semanas de gestación

A continuación se presenta en el tabla 22 la distribución de las embarazadas según el trimestre que cursan, y se observó que el 48.3% (n=73) de ellas cursaba el tercer trimestre, el 38.4% (n=58) el segundo trimestre y el 8.6% (n=13) el primer trimestre.

Tabla 22. Semanas de gestación

Trimestre	Frecuencia	Porcentaje
Primero	13	8.6
Segundo	58	38.4
Tercero	73	48.3

6.2 Propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados

Por otro lado, para evaluar las propiedades psicométricas de los instrumentos se efectuó un análisis factorial de los componentes principales con rotación varimax. Se aceptaron como factores solamente aquellos que tuvieron un mínimo de cuatro

variables y una carga factorial igual o mayor a 0.50. El alfa de Cronbach mínimo fue de .60 por factor.

Escala de Patrón de conducta tipo D (Denollet, 2005)

Como resultado del análisis factorial se encontró como principal, al componente *Inhibición social* al cual corresponden los ítems 1, 3, 6, 8, 10, 11 y 14 de la escala, se obtuvo un Alpha de Cronbach de .87 de los ítems mencionados, el porcentaje de varianza explicada fue de 29.93% (Ver tabla 23), respecto a la subescala de afectividad negativa no se encontró presente en la muestra de estudio incluso se eliminaron los ítems 2, 4, 5, 7, 9, 12 y 13.

Tabla 23. *Análisis factorial de la escala Patrón de conducta Tipo D.*

Factor 1 Inhibición social	Carga Factorial
Reactivo	
Yo soy una persona cerrada	.80
Prefiero mantener mi distancia con otras personas	.78
A menudo estoy de mal humor	.73
Casi todo el tiempo me siento mal	.72
Cuando estoy con otras personas no se que hacer	.66
Me resulta difícil iniciar la platica	.66
A menudo me preocupo por algo	.65
Soy pesimista	.63
Cronbach's Alpha .87	% Varianza explicada 29.93

Inventario de Evaluación de Estrés Prenatal (Flórez, 1999, en Moya Chacón, et. al., 2002)

Al realizar el análisis factorial se extrajeron únicamente dos factores; según los fundamentos teóricos de la prueba, ésta se divide en dos grandes categorías: a) Estresores Inherentes al Embarazo: en esta categoría se incluyen los temores de las gestantes en relación consigo mismas, en relación con el bebé, y en relación con el parto; y, b) Estresores Externos al Embarazo: en esta segunda categoría se incluyen los temores de las gestantes en relación por las preocupaciones por los estresores económicos, laborales, los estresores familiares y los estresores referentes a su relación de pareja.

Al factor estresores internos corresponden los ítems 15, 17, 11, 16, 5, 12, 2, 10 y 19 del inventario; en el análisis se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.91 de los ítems mencionados, el porcentaje de la varianza fue de 29.19%.

El factor estresores externos contiene los ítems: 9, 7, 8, 13 y 10; éste obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.67 de los ítems mencionados, el porcentaje de la varianza fue de 10.87%.

Cabe señalar que se eliminaron los ítems 1, 3, 4, 6, 14 y 18, de este inventario en la muestra de estudio.

Para mayor detalle en la tabla 24 se enlistan los reactivos, así como su carga factorial.

Tabla 24. Análisis Factorial del Inventario de Estrés Prenatal

Factor 1 Estresores internos al embarazo	Carga Factorial
Reactivo	
Temo que mi bebé se muera antes de nacer	.80
Temo que mi bebé nazca con alguna alteración mental	.79
Temo que mi bebé nazca con alguna malformación	.77
Temo que mi bebé sufra durante el parto	.73
Temo abortar	.68
Temo desgarrarme durante el parto	.66
Temo que mi bebé sufra algún padecimiento antes de nacer	.65
Temo que mi embarazo se complique por la presencia de otra enfermedad que complique el diagnóstico	.62
Temo morirme	.61
Cronbach's Alpha .91	% Varianza explicada 29.19
Factor 2 Estresores externos al embarazo	Carga Factorial
Reactivo	
Me preocupa alguna situación familiar	.73
Temo tener problemas económicos durante mi embarazo	.69
Me preocupa tener algún inconveniente con mi pareja	.61
Me preocupa mi situación laboral actual o la de mi pareja	.56
Cronbach's Alpha .67	% Varianza explicada 10.87

Al factor Estresores inherentes corresponden los ítems: 15, 17, 11, 16, 5, 12, 2, 10 y 19 del inventario; se obtuvo un alpha de cronbach de 0.91 de los ítems mencionados, el porcentaje de la varianza explicada fue de 29.19%.

El factor Estresores externos contiene los ítems: 9, 7, 8, 13 y 10; éste obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.67 de los ítems mencionados, el porcentaje de la varianza explicada fue de 10.87%.

Inventario de Afrontamiento (Flórez, 1986, en Moya Chacón, et. al., 2002)

Los datos recopilados en este inventario fueron procesados mediante un análisis factorial con rotación varimax por el método de extracción del análisis de componentes principales, extrayendo dos componentes, según la teoría que sustenta la prueba, la divide en dos escalas: a) Afrontamiento centrado en la emoción, y, b) afrontamiento centrado en el problema.

Como resultado del análisis, se hicieron evidentes dos categorías representadas en la tabla 25.

Tabla 25. *Análisis factorial del Inventario de Afrontamiento.*

Factor 1 Afrontamiento centrado en la emoción	Carga Factorial
Reactivo	
Me relajo	.78
Me controlo para poder pensar	.75
Me mantengo tranquila y confiada en que surgirán soluciones	.55
Pienso en soluciones realistas	.54
Cronbach's Alpha .71	% Varianza explicada 12.38
Factor 2 Afrontamiento centrado en el problema	Carga Factorial
Reactivo	
Busco ayuda de otras personas	.80
Dejo la solución en manos de Dios	.68
Pido consejo a alguien	.60
Hago algo agradable	.51
Cronbach's Alpha .65	% Varianza explicada 10.32

El factor Afrontamiento centrado en la emoción contiene los ítems: 1, 2, 10 y 4 del inventario, se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.71 de los ítems mencionados, el porcentaje de la varianza explicada fue de 12.38%.

El factor Afrontamiento centrado en el problema contiene los ítems: 8, 19, 6 y 7 del inventario, se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.65 de los ítems mencionados, el porcentaje de la varianza explicada fue de 10.32%.

6.3 Análisis descriptivo de las variables estudiadas

A continuación se muestra el análisis descriptivo de las variables patrón de conducta tipo D, estrés y afrontamiento, tal como se manifestaron en la muestra de estudio.

Patrón de conducta Tipo D (Denollet, 2005)

Después de análisis de las respuestas de las mujeres embarazadas participantes en este estudio (n=151) respecto a la Escala Patrón de Conducta Tipo D, se observa que la mayoría de las mujeres (n= 105, 70.07%) no manifiesta inhibición social, y que aproximadamente una tercera parte de la muestra (n=45, 29.93 %) sí la presenta.

Como ya se señaló la Escala de Patrón de Conducta Tipo D, también incluía la evaluación de afectividad negativa, pero en esta muestra de mujeres no estuvo presente (Ver tabla 26).

Tabla 26. Escala de Patrón de conducta tipo D e Inhibición Social.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Con Inhibición social	45	29.93
Sin Inhibición social	106	70.81
Total	151	100

Estrés prenatal (Flórez, 1999, en Moya Chacón, et. al., 2002)

Ahora bien, al evaluar el estrés prenatal se encontró que más de la mitad de las participantes no manifestó estar estresadas (n= 90) 60%, el 29.19% (n=45) presentó estrés interno al embarazo, y en un menor porcentaje (n= 16, 10.87%) padecen estrés debido a factores externos al embarazo (ver tabla 27).

Tabla 27. *Estrés Prenatal y factores inherentes al embarazo y externos al embarazo en las participantes.*

Factores	Frecuencia	Porcentaje
Estresores internos al embarazo	45	29.19
Estresores externos al embarazo	16	10.87
Sin estrés	90	60
Total	151	100

Afrontamiento (Flórez, en Moya Chacón, et. al., 2002)

Como resultado del análisis factorial del Inventario de Afrontamiento se observa que la mayoría de las mujeres (n= 117) 77.3% no presenta algún tipo de afrontamiento, el 12.38% (n=19) presentó afrontamiento centrado en la emoción, y en un menor porcentaje (n=15) 10.32% manifestó afrontamiento centrado en el problema (Ver tabla 28).

Tabla 28. *Afrontamiento: afrontamiento centrado en la emoción y afrontamiento centrado en el problema.*

Factores	Frecuencia	Porcentaje
Factor 1. Afrontamiento centrado en la emoción	19	12.38
Factor 2. Afrontamiento centrado en el problema	15	10.32
Total	43	22.70

Discusión y conclusiones

Las madres y los niños de México se encuentran entre los grupos más vulnerables en términos de morbilidad y mortalidad. Esta vulnerabilidad se debe a las condiciones especiales en que se encuentran ambos durante las etapas del embarazo y de la infancia, relacionados con los procesos biológicos de la reproducción, crecimiento y desarrollo. Como las principales causas de muerte materna se han identificado la toxemia, las hemorragias del embarazo y del parto, la sepsis puerperal, el aborto y otras complicaciones del puerperio. Con respecto a las causas de mortalidad perinatal y por orden de importancia, se encuentran las complicaciones de la placenta, cordón y membranas (OMS, 2005; Secretaría de Salud, Secretaría de Educación Pública & Secretaría de Desarrollo Social, 2002).

Por otro lado, a pesar de que se ha demostrado que los factores psicológicos relacionados a las problemáticas antes señaladas agravan el estado de salud de la mujer embarazada que las padece, poco se estudia al respecto de la influencia de factores como el estrés, las formas de afrontarlo, y específicamente las características de personalidad (Espíndola Hernández, et. al., 2006a; González Valdez, 2000; Marín Morales, et. al., 2008).

Por tales razones, en este estudio se planteó la necesidad de identificar nuevas dimensiones o variables, que pudiesen actuar como potenciales factores de riesgo, cuyo conocimiento permitiera incrementar la capacidad de los sistemas de tamizaje para prevenir problemáticas que pudieran poner en riesgo no solo la vida de la mujer embarazada, sino la del producto por nacer.

Así, el presente estudio tuvo como objetivo identificar la presencia del Patrón de conducta tipo D, los estresores inherentes y externos al embarazo, así como los

tipos de afrontamiento centrado en la emoción y/o centrado en el problema en mujeres embarazadas.

Dichos factores fueron estudiados a través del Patrón de Conducta Tipo D (Denollet, 2005), el Inventario de Estrés Prenatal (Flórez, 1999, en Moya Chacón, et. al., 2002) y el Inventario de Afrontamiento al Estrés Prenatal (Flórez, 1986, en Moya Chacón, et. al., 2002); como un primer objetivo del estudio se establecieron los parámetros psicométricos de los instrumentos utilizados.

Por otro lado, como ya se señaló, el segundo objetivo de este estudio fue identificar el patrón de conducta tipo D, los tipos de estresores, así como los tipos de afrontamiento; por lo que se discuten los datos hallados.

Los primeros factores que se consideraron fueron los de **tipo sociodemográfico** tales como el estado civil, la edad, la escolaridad, la ocupación, el nivel socioeconómico, el acceso a servicios de salud entre otros.

El estado civil al momento de estar embarazada representa un hecho muy importante, ya que puede repercutir en el adecuado tránsito del embarazo (Langer & Lozano, 1998; Salvatierra, 1989). En este estudio se encontró que de la muestra estudiada (n=151), un 52 por ciento (n=82) está casada, un 23.2 por ciento (n=35) vive en unión libre y solo un 22.5 por ciento (n= 34) es soltera, en este mismo sentido se encontró que un 23.8 por ciento (n=36) de la muestra llevan viviendo juntos de 1 a 3 años y un 29.8 por ciento (n=45) de 4 a 6 años; este aspecto suele ser crucial, ya que se ha observado que el apoyo social (particularmente la pareja) es básico en la mayoría de los casos (Alvarado, Medina & Aranda, 2002; Oblitas & Becoña Iglesias, 2000).

Ligado a la carencia de pareja se presenta el hecho de que se presenten altos niveles de estrés debido a la carencia de apoyo (Flórez Alarcón & García Sánchez, 2006; Salvatierra, 1989). Así mismo pesa en el sentido de que la sociedad etiqueta a la madre soltera; cabe destacar que en México sólo un 35 por ciento de la población en edades de 15 a 29 años están casados o viven en unión libre (INEGI, 2007).

Respecto a la edad, en México, 52 de cada 100 mujeres fue madre entre la edad de 20 y 29 años (INEGI, 2007), y en Hidalgo entre las mujeres jóvenes una de cada cinco inicio la maternidad antes de cumplir la mayoría de edad (Zúñiga, Zubieta, Araya & Delgado, 2001); en este estudio se puede observar que en efecto el rango de edad de la embarazada oscila entre los 15 y 25 años (n=101, 66.9%); éste puede ser un factor causante de que al embarazarse la mujer a edades tempranas posea poca experiencia para reconocer los síntomas propios del embarazo (Della Mora & Landoni, 2005) y las situaciones de riesgo llevándola a padecer distintas patologías entre ellas anemia, patología hipertensiva (preeclampsia, eclampsia, síndrome HELLP), parto prematuro (Lara, et. al., 2006; León, et. al., 2008) además de tener mayor probabilidad de muerte materna e infantil (Flórez – Alarcón, 1998). Con esto no queremos decir que es un riesgo total el embarazarse a edad temprana sino solo advertir que de no tener la información necesaria para llevar a cabo los cuidados se puede poner en riesgo la salud del binomio madre – hijo.

El ser madre muy joven tiene más desventajas que ventajas, ya que limita sus posibilidades de desarrollo educativo y social, al igual que el desarrollo de su pareja (INPer, 2002).

Llevar la manutención de un hogar no es nada fácil más aún si la instrucción académica es básica, como en el caso de nuestra muestra, de la cual el 58.3 por ciento (n= 88), de las embarazadas posee nivel secundaria, de acuerdo con el INPer (2002) se confirma que en México la gran mayoría de la población posee una educación baja, y esto se complementa con el hecho de que la maternidad se inicia a edades muy tempranas, arriesgando la salud tanto de la madre, como del bebé.

Otra limitante de la escolaridad baja de la muestra de estudio se manifestó – probablemente- en las respuestas que dieron a los instrumentos, y que de alguna forma se observaron al realizar el análisis factorial de los mismos.

Otro factor sociodemográfico estudiado es la ocupación de la embarazada, en este estudio el 76.2 por ciento (n=115) de la muestra (n=151) se dedica al hogar, dato sustentado por INEGI (2007) que afirma que en nuestro país de cada 100

mujeres 99 realizan trabajo domestico para los integrantes del hogar; y solo un 12 por ciento (n= 18) de la muestra estudiada trabaja ofreciendo un servicio ya sea de limpieza o de algún otro, en este sentido Langer & Lozano, (1998) e INEGI, (2007) afirman que en efecto la participación de la mujer en el ámbito laboral está limitada al sector de servicios, ya que existe gran inestabilidad laboral en gran medida determinada por las funciones reproductivas y el ciclo doméstico.

Definitivamente estos datos evidencian problemas en cuanto a la posibilidad de cumplir con los requerimientos mínimos de atención adecuada a la mujer embarazada como son: atención médica para el control del embarazo, ser derechohabiente de alguna institución del sector salud, compra de medicamentos, entre otros.

Ligado a lo anterior se encuentra el hecho de que en muchos de los empleos no se otorga el seguro médico, por el hecho de ser un empleo temporal o porque la empresa no lo promueve, o peor aún debido a que el empleado (a) no lo exige; en este estudio los resultados nos indican que 40 embarazadas (de 151) posee seguro popular, cumpliéndose en este punto con uno de los objetivos de salud del gobierno de la república, que obedece a otorgar el aseguramiento médico universal (Rivero Cruz, 2007); sin embargo, al estar este factor íntimamente relacionado con el empleo, el salario y el gasto familiar inferimos que parte de la muestra de estudio carece de tal apoyo, ya que un 60.3 por ciento (n=91) omitió la pregunta de derechohabiencia.

Esto representa sin duda un problema de salud pública pues si se pretende reducir la muerte materno infantil se tendrían que realizar más programas encaminados a ello o poner en práctica con eficiencia y eficacia los que ya existen.

Por otro lado, al ser las esposas y madres el eje principal de las intervenciones preventivas de los cuidados en alimentación, higiene y control de riesgos en el hogar (Szsaz Pianta, 2007) es necesario que presten mayor atención a su salud; al parecer esto comienza a ocurrir, la mujer se está abriendo camino hacia sí misma dejando a un lado barreras que anteriormente eran imposible de atravesar

como las relaciones de género, un aspecto no solo de inequidad, sino un eje explicativo de muchos de los factores que intervienen en el enfermar y morir de hombre, y en especial de las mujeres (Ramos Padilla, 2006), esto se refleja en los resultados del presente estudio, ya que a pesar de no ser derechohabientes de alguna institución de salud, el 84.1 por ciento (n=127) ha llevado su control prenatal desde el primer trimestre; sin embargo, este hecho no es garante total de que el embarazo llegue a su término de forma sana, pues intervienen otros factores sociales como la carencia de infraestructura médica y de información; además de la atención inadecuada por parte del personal médico como lo afirma la cadena de Noticias Mortalidad Materna México, (2008): siguiendo con la atención que la mujer está prestando a su salud, lo ideal sería que acudan al médico de forma preventiva. Sin embargo como afirma Echarri Cánovas (2004), el hecho de que acudan en más ocasiones a visitar el personal médico, va encaminado no tanto a la prevención, sino en respuesta a eventos y condiciones mórbidas.

Ahora bien el estar preocupadas las mujeres por su salud, las lleva a buscar y decidir con antelación el lugar donde se atenderán al momento del parto, y en su mayoría buscan un lugar donde exista un cuerpo médico, en el caso de nuestra muestra, un 46.4 por ciento (n=70) decidió que se atenderá en el Hospital Obstétrico Pachuca, y un 19.2 por ciento (n=29) en clínicas privadas, es decir un total de 99 embarazadas ha decidido no correr riesgos y proteger su salud, si las mujeres con mayor frecuencia actuarán de esta manera como lo afirma Comunicación e Informática de la Mujer (2008): la muerte y la discapacidad derivadas de la maternidad podrían reducirse pronunciadamente, especialmente durante el embarazo y el parto.

Otro factor sociodemográfico importante es el apoyo social, la mujer embarazada necesita saber y sentir que es apoyada en la tarea de traer al mundo una nueva vida, en este estudio un 74.8 por ciento (n=113) vive con su pareja, un 18.5 por ciento (n=28) con sus padres y un 5.3 por ciento (n=8) vive sola; por lo que inferimos que el mayor apoyo lo recibe de la pareja confirmando lo que dicen (Valadez, Alfaro & Pozos, 2003).

Desde la perspectiva de género la mujer tiene un sin número de limitaciones entre ellas es el dedicarse a la crianza de los hijos, en este estudio un 44.4 por ciento del total de la muestra se dedica al cuidado de los hijos y un 18.5 por ciento al de la pareja, es decir, de ella dependen en cuanto a alimentación y cuidados no así del sustento, pues este lo proporciona la pareja, de esta forma se sigue evidenciando el poder visto desde la perspectiva de género, ya que es el hombre quien decide cuanto, cuando en que o en quienes se gasta el dinero, limitando el crecimiento y desarrollo de la mujer (Mosley, et. al., 1992; Ramos Padilla, 2006; Szsaz Pianta, 2007).

Otro aspecto no de menos importancia y relacionado con la reproducción es el aborto, plagado al igual que las demás variables por las relaciones de género. En esta variable se inmiscuyen la sexualidad de la mujer aspecto tomado como un objeto para ejercer poder sobre ella (López Gómez, Benia Contera & Guida, 2003), pues son ellas quienes cargan sobre su cuerpo el desarrollo de la gestación (López Gómez, et. al., 2003; Ramos Padilla, 2006).

Las causas de aborto pueden ser innumerables en muchos de los casos en que el embarazo es no deseado se recurre al aborto, más aún si el embarazo es a edad temprana, pues como dice Della Mora & Landoni (2005), una adolescente va a buscar una solución rápida y mediata. Otras razones para abortar se presentan cuando el embarazo ha sido producto de una violación, abandono de la pareja, incapacidad para ser madre, falta de apoyo social, entre otras (Ramos Padilla, 2006). En este estudio un 6.6 por ciento (n=10) han sido espontáneos, y un 4.0 por ciento (n=6) por causa de alguna enfermedad. Se ha estimado que el aborto es el causante del 16 por ciento de las muertes relacionadas con el embarazo (Ramos Padilla, 2006).

Sin duda nos hace falta prestar mayor atención a la educación de la mujer, ya que una mujer con un nivel de preparación alto se muestra autónoma, segura y con la capacidad suficiente de tomar decisiones relacionadas a su salud y cuerpo; además esto podría ayudar a disminuir la morbilidad materno infantil, y tal vez

también se vea reflejado en el aspecto productivo, ya que se ha demostrado que últimamente la mujer cada día se va abriendo camino en el ámbito laboral y social como participe en la toma de decisiones que pueden afectarla.

Si bien este estudio no ahonda en una perspectiva de género si toca puntos clave de suma importancia como la escolaridad, la ocupación, el acceso a servicios de salud, entre otros, sugiriendo la elevación de la educación de las mujeres como una intervención necesaria para mejorar la salud materno infantil.

Por otro lado, respecto a la evaluación de las variables psicosociales de estudio: Patrón de Conducta tipo D, Estrés Pre Natal y Afrontamiento, a continuación se discute sobre cada uno de ellos.

Como ya se ha señalado en los capítulos anteriores, el Patrón de Conducta Tipo D, que de acuerdo a la teoría que lo define (Denollet, 2005) es un factor de riesgo para la enfermedad coronaria, que incluye como factores la inhibición social que es una tendencia a mantenerse distanciado de los demás e inhibir a menudo la expresión de los sentimientos y bajos niveles de soporte social percibido (Padersen, et.al., 2004; Rodríguez, 2008; Sánchez, 2006; Sher, 2005); el otro factor es la afectividad negativa que es la tendencia a preocuparse y a tener una visión pesimista de las cosas, a menudo se presenta acompañada de sentimientos de inferioridad, enojo e irritación, de síntomas depresivos, ansiosos y de tensión crónica, así como de un bajo nivel bienestar subjetivo (Denollet, 2000; Sánchez, 2006; Rodríguez, 2008); al estar presente este factor en una mujer embarazada y vincularse con otros factores psicosociales como lo es el estrés pudiera poner en riesgo su estado de salud, no solo la de la mujer, sino también del producto.

Es importante destacar que en la búsqueda documental que se realizó para establecer el marco teórico referencial sobre el Patrón de Conducta Tipo D, no se encontraron estudios publicados que se hubieran llevado a cabo con mujeres embarazadas; sin embargo, las variables que conforma al Patrón de Conducta Tipo D, sí se han investigado por separado; por ejemplo, en el estudio de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2003) se encontró que de la población

obstétrica un 9.8 por ciento padecía trastorno depresivo mayor, y un 8.4 por ciento trastornos de ansiedad, así mismo el Instituto Nacional de Perinatología (2004) evidenció que de 264 pacientes obstétricas el 18.5 por ciento padecía probable depresión perinatal.

Cabe destacar al respecto, que el Patrón de Conducta Tipo A, es un constructo que fue estudiado en 1958 por los cardiólogos Friedman y Rosenman quienes consideraron que podría precipitar la enfermedad coronaria (en Davidson & Neale, 2003), este constructo antecede desde el punto de vista teórico a la conformación del patrón de conducta tipo D, que también está vinculado a enfermedades cardiovasculares.

En este estudio un 29.93 por ciento (n=45) del total de la muestra (n=151) manifestó inhibición social lo que indica que al parecer conductas de distanciamiento con los demás, sentimientos de inseguridad, estrategias de afrontamiento de evitación y pocas habilidades de comunicación (Denollet, 2000; Padersen, et. al., 2004; Rodríguez, 2008; Sánchez, 2006; Sher, 2005), la embarazada podría no estar teniendo el cuidado necesario en su embarazo, esto es que no acuda a su control prenatal porque no quiere que la gente la vea, no tiene deseos de platicar, o no tiene la posibilidad económica de hacerlo y esto le provoque el sentirse inferior a los demás.

Ahora bien al hecho de manifestar inhibición social le sigue un estrés negativo, es decir este estrés perjudica la salud de la embarazada porque puede estar en casa y no dejar de preocuparse por su estado de salud; sin embargo no hace algo para remediar tal situación.

Por otro lado, respecto a la variable *Estrés*, si bien las investigaciones sugieren que se trata de una reacción particular entre el individuo y su entorno, y que al ser evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos, pone en peligro su bienestar (Torres Gutiérrez, 2004). Así mismo, se suman las dificultades en el ámbito personal, familiar y social que pueden suscitar enfermedades como

trastornos gastrointestinales, depresión, ansiedad, hipertensión arterial, entre otras (Oblitas & Becoña, 2000).

Respecto al estrés materno, se ha evidenciado que se vincula a complicaciones obstétricas, como por ejemplo, la preeclampsia y eclampsia, así como toxemias propias de este periodo (Bustos, 2005; Hurtado, Donat, Escriva & Póveda, 2003; López Valverde, et. al., 2001; Salvatierra, 1989); enfermedades psiquiátricas, respuesta emocional al embarazo y factores psicosociales (Gaviria, 2006; Marrero Santos, 2007; Salvatierra, 1989).

En particular el embarazo es vivido como un acontecimiento vital estresante, por los cambios que implica tanto físicos como psicológicos y sociales; como amenaza y con un gran temor (Salvatierra, 1989).

En este sentido la Escala de Estrés Prenatal de (Flórez, 1999, en Moya Chacón, et. al., 2002) utilizada en la muestra de estudio manifestó el estrés inherente al embarazo con un 29.19 por ciento (n=45) del total de la muestra, específicamente en el que la mujer teme que su bebé sufra algún daño antes de nacer, que nazca con enfermedad mental o malformación; en cuanto a ella teme no cooperar en la labor del parto, sufrir algún daño en su cuerpo y morir; y estrés externo al embarazo con un 10.87 por ciento (n=16), es decir le preocupan situaciones de ámbito económico, familiar y laboral tanto de ella como de su pareja. Lo mismo encontró Flórez (1999), en una muestra de mujeres con alto riesgo obstétrico en donde se destaca que las variables psicológicas tienen una repercusión en el embarazo, así concluye que la actitud positiva juega un papel determinante en la aceptación del embarazo, ya que ayuda a disminuir la incidencia de padecer depresión, por el contrario la actitud negativa aumentaba la incidencia de depresión grave, junto con sentimientos negativos hacia ella misma y hacia el bebé.

Es evidente entonces que el estado emocional de la embarazada influye en el apego maternal, en el embarazo y después de él.

Otra variable estudiada fue el *Afrontamiento* entendido como esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes con los recursos del individuo, y tienen dos categorías una enfocada en la emoción y otra enfocada en el problema (Rodríguez Marín, 1995).

En este sentido nuestras participantes evidenciaron los tipos de afrontamiento antes señalado, aunque con un bajo porcentaje. El 12.38 por ciento (n=19) mostraron el afrontamiento centrado en la emoción, donde señalaron relajarse, controlarse para poder pensar, mantenerse tranquilas y confiadas pensando en que surgirán soluciones, particularmente realistas. En cuanto al afrontamiento centrado en el problema se obtuvo un 10.32 por ciento (n=15), aquí señalaron que buscan ayuda de otras personas, piden consejo a alguien, hacen algo agradable y dejan la solución en “manos de Dios”.

Sin duda se tiene que considerar que el afrontamiento afecta de diversas maneras la salud del individuo (Moya Chacón, et. al., 2002). En realidad la forma de afrontamiento depende de la situación, el momento el problema y la persona (Davidson & Neale, 2003; Moya Chacón, et. al., 2002).

El afrontamiento puede también afectar de forma negativa la salud aumentando el grado de mortalidad y morbilidad cuando se utilizan de forma excesiva (Flórez, 1999); en este estudio las embarazadas seleccionaron dos estrategias que podrían ser tomadas como negativas, ya que pueden interpretarse como un desapego a la hora de afrontar la situación y dejar que las situaciones solas tomen su rumbo, es decir no manifiestan el grado de responsabilidad necesaria ante tal situación o simplemente adopta el “papel de enferma” como lo señalan Díaz, Aguilar y Santillan (1999), y Mora y Landoni (2005).

Tal vez el hecho de mantenerse tranquilas y relajadas lleva implícito el uso de sustancias como el alcohol y/o cigarrillos e incluso poner en riesgo su vida al decidir interrumpir el curso de la gestación como lo afirma Moya Chacón, et. al., (2002).

Precisamente en este aspecto – el afrontamiento – existe una serie de creencias de origen cultural y religioso que puede obstaculizar la adopción de conductas apropiadas al embarazo (León, Minassian, Borgoño & Bustamante, 2008; Pelcastre, et. al., 2005).

La importancia del estudio de variables psicológicas en el embarazo como la personalidad –Patrón de Conducta Tipo D-, el Estrés y el Afrontamiento, así como su vinculación con diversas enfermedades biológicas, como psicológicas e inclusive psiquiátricas, pueden prevenirse si la mujer embarazada acude a las instituciones del sector Salud a llevar un control prenatal, este hecho puede disminuir los índices elevados de la mortalidad materna e infantil, ya que si en un primer momento se detectan estos problemas se podrían generar intervenciones “Profilácticas” que mejorarían la condición de la mujer embarazada y del producto.

Así mismo los resultados obtenidos en este estudio hacen énfasis en la importancia de la labor del psicólogo como educador en el campo de la salud – enfermedad, ya que su labor es no solo buscar transmitir un mensaje informativo que prepare a pacientes y a la comunidad para mejorar la salud, sino permitir el logro de aprendizajes efectivos y eficientes que se traduzcan en cambios de conducta trascendentes en mejora de la salud, sobre todo al estar trabajando en los niveles de prevención primario y secundario con una población sana y otra población en riesgo de padecer alguna enfermedad, en este caso riesgo obstétrico, es decir, padecer alguna enfermedad propia del embarazo como lo es la eclampsia, preeclampsia o síndrome HELLP.

- Realizar una comparación entre mujeres con y sin pareja.

- Realizar estudios con muestras clínicas, es decir en mujeres con riesgo obstétrico, por trimestre de embarazo y hacer un comparativo con mujeres embarazadas saludables.

- Aplicar los instrumentos a un número mayor de embarazadas para seguir estableciendo las propiedades psicométricas en particular la escala de Patrón de Conducta Tipo D.

- Conformar una batería de instrumentos que evalúen factores psicosociales que sirvan de criterio diagnóstico, junto con los factores biológicos (médicos).

- Conformar equipos multidisciplinarios en los que el psicólogo realice instrumentos para diagnosticar factores psicológicos que pueden intervenir en el desarrollo de la gestación así mismo desarrolle programas los cuales ayuden a prevenir el riesgo obstétrico o la muerte materna y/o del producto.

- Establecer la relación entre variables.

Por otro lado, respecto a las limitaciones que hubo en este estudio fue de ámbito institucional en este sentido, se acudió a distintas autoridades del sector salud para la aprobación del proyecto y se permitieran la aplicación de los instrumentos, en cuanto a la apertura de trabajar en los centros de salud fue limitada debido a que las mujeres embarazadas adscritas a tales instituciones no asistían a las pláticas, por lo tanto se dificultó el objetivo inicial del estudio en cuanto a contar con la participación de una muestra de 380 mujeres embarazadas para validar los instrumentos utilizados a población pachuqueña.

Con referencia a la literatura del Patrón de Conducta Tipo D, fue muy complicada, ya que este es un patrón que apenas se está estudiando, y su investigación está ligada a la repercusión que tiene en enfermedades cardíacas, sobre todo que no se han hecho estudios aplicados a mujeres embarazadas sobre esta temática.

REFERENCIAS

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2005) *Nuevo informe de AHRQ reporta que la depresión predomina en las mujeres durante el embarazo pero casi siempre queda sin detectarse*. Recuperado el 12 enero de 2009, de <http://F:/AHRQ.mht>.
- Aguilar Figueroa, V.D., & Morales Carmona, F.A. (1995) Ansiedad y auto concepto en pacientes embarazadas diabéticas. *Perinatol Reprod Hum*, 9(2), 99-105.
- Aldana Calva, E. & Atkin, L. (1997) Depresión durante el embarazo en adolescentes. *Perinatol Reprod Hum*, 11(4), 184-189.
- Alvarado, M. R., Medina, L. E. & Aranda C. W. (2002). *El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido*. *Revista Medica de Chile*. Recuperado el 2 Julio de 2008 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872002000500012&script=sci_arttext
- Alvarado, R., Medina, E. & Aranda, W. (2001) Componentes psicosociales del riesgo durante la gestación. *Rev Psiquiatría*, 13, 30–41.
- Aquarius, A., Denollet, J., Hamming, J., Van Berge Henegouwen, D. & De Vries, J. (2007). Type-D Personality and Ankle Brachial Index as Predictors Of Impaired Quality of Life and Depressive Symptoms in Peripheral Arterial Disease. *Arch Surg*, 142(7), 662-667.
- Aragón L, & Silva A. (2002). *Evaluación psicológica en el área clínica*. México D.F.: Pax-México.
- Ávila Gálvez, E., Cid Santana, M., García Imia, I., Lorenzo González, A. & Rodríguez, P. (2000). *Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia*. Recuperado el 2 Julio de 2008 de http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol74_4_02/ped08402.htm
- Babylon online dictionary (2007). *Embarazo*. Recuperado el 20 Junio de 2008 de <http://www.babylon.com/definicion/embarazo/Spanish>

- Baeza, B., Poo, A., Vázquez, O. & Muñoz, S. (2005). Comprendiendo los Factores Asociados al Embarazo Precoz, desde la Perspectiva de Adolescentes Nuligestas. *Revista SOGIA*, 12 (2), 41–48.
- Baeza, B., Poo, A., Vázquez, O., Muñoz, N. S. & Vallejos, V. C. (2007). Identificación de Factores de Riesgo y Factores Protectores del Embarazo en Adolescentes de la Nueva Región. *Revista Chilena Obstétrica Ginecológica*, 72 (2), 76–81.
- Barón, A. R. (2003). *Psicología*. México, D. F.: Pearson Educación.
- Batista Moliner, R., Coutin Marie, G. & Feal Cañizarez, P. (2005). *Condiciones de vida y salud materno infantil*. Rev. Cubana 27 (2). Recuperado el 25 marzo de 2008 de http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/27_2_01/RCSP201.pdf#page=54.
- Berman, J. & Berman, L. (2001). *For women only*. Recuperado el 2 febrero de 2004 de http://www.The_clitoris_com.htm.
- Bisso Andrade, A. (2001) Compendio médico. Asociación entre ansiedad en el embarazo y aumento del índice de resistencia de la arteria uterina. *Acta Medica Peruana*, 18, 39-41
- Briones Garduño, J.C., Díaz de León Ponce, M., Gómez Bravo Topete, E., Ávila Esquivel, F., Rodríguez Roldán, M., & Briones Vega, C. G. (2004). Mortalidad materna y medicina crítica. Tres décadas (1973-2003). *Revista de Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, 18 (4), 188-122.
- Brunner, L. & Suddarth, D. (1982). *Enfermería práctica*. México, D. F.: Nueva Editorial Interamericana.
- Bustos, M. A. (2005). *Desarrollo Prenatal*. Recuperado el 2 Julio de 2008 de http://www.apsique.com/wiki/DesaDespren_59K
- Calderón Guillen, J., Vega Malagon, G. Velásquez Tlapanco, J., Morales Carrera, R. & Vega Malagon, A. (2004). Factores de riesgo asociados al parto pre término *Revista Médica del IMSS*, 43 (4), 339–342.

- Callen W. (2002). *Obstetricia y ginecología*. 4ta ed. Madrid, España: Médica Panamericana.
- Cameron, N. (2003). *Desarrollo y Psicopatología de la personalidad*. México, D.F.: Trillas.
- Cara, M.A., Navarro., Navarrete. Cabrera. A., Almanza, J., Morales, F. & Juárez, F. (2006). Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29 (4), 55-62.
- Carreón-Vásquez, J., Mendoza-Sánchez, H., Pérez-Hernández, C., Gil-Alfaro, I., Soler-Huerta, E., & González-Solís, R. (2004). Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. *Archivos Médicos Familiares*, 6 (3), 70-73.
- Carrera Moreno, L. (2008). *El Herald de Tabasco la depresión, el principal síntoma de la embarazada*. Recuperado el 9 Julio de 2008 de <http://www.oem.com.mx/elheraldodetabasco/notas/n647634.htm>
- Castro, R., Campero, L. & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev. Saúde Pública*, 31 (4), 425-35.
- Chavarría-Olarte, M. E., Palomo-Piñón, S. Danel, I. & Granados Martínez, J. (2002). La investigación en la salud de la mujer ene el siglo XXI. *Cirugía y cirujanos*, 70 (3), 194-199.
- Chocrón E, Capote E, Wojotowicz J, López P, Sánchez I, & Capote J. (2002). Perfil psicosocial en pacientes embarazadas con hipertensión arterial sistémica. *Revista de la Unidad de Ergología, Área de estudios de postgrado*, 5 (2), 1-12.
- Comunicación e Información de la Mujer. (2003). *Es hogar comunitario opción para embarazadas sin familia*. Recuperado el 9 Julio de 2008 de <http://www.cimacnoticias.com/noticias/03jul/03072504.html>
- Comunicación e Información de la Mujer. (2004). *Persisten índices de mortalidad materna en México*. Recuperado el 6 mayo de 2008 de <http://www.cimacnoticias.com/noticias/04/may/04051413.html>

- Comunicación e Información de la Mujer. (2008) *Obtiene salud materna menos recursos en el mundo*. Recuperado el 12 enero de 2009 de <http://www.Mortalidadmaterna.com.mx/noticias.htm#>.
- Currid, T.J. (2004). Improving perinatal mental health care. *Nursing Standords*, 19 (3), 40-43.
- Davison, G. & Neale, J. (2003). *Psicología de la conducta anormal DSM - IV*. México, D.F.: Limusa Wiley.
- De la Osa, J. A. (s/f). Síndrome Coronario Agudo. Recuperado el 19 de marzo 2009 de <http://www.granma.cubaweb.cu/salud/consultas/s/c13.html>
- Del Villar, L. (2008). Hipertensión arterial: en busca de la detección oportuna. *Médicos de México*, 14-16.
- Della Mora, M. & Landoni, A. (2005). *Estrategias de afrontamiento en adolescentes embarazadas de la ciudad de Buenos Aires* Recuperado el 15 mayo de 2008 de www.psicologia Cientifica.com
- Denollet, J. & Van Heck, G. (2001). Psychological Risk Factors In Heart Disease: What Type D Personality Is (Not) About. *Journal of Psychosomatic Research*, (51), 465 – 468.
- Denollet, J. (2000). Type D personality A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 255-266.
- Denollet, J. (2005). *DS14: Standard Assessmen of Negative Affectivity, Social Inhibition, and Type D Personality*. Recuperado el 1 Agosto de 2008 de <http://www.narcis.info/.../PRS1287852/Language/en/;jsessionid=am4e5013k8019k>
- Denollet, J., Conraads, V., Brutsaert, D., De Clerck, L., Stevens, W. & Vrints, C. (2003). Cytokines and Inmune Activation in Systolic Heart Failure: The Role of Type D Personality. *Brain, Behavior and Inmunity*, 17(4), 304-309.

- Denollet, J., Pedersen, S., Vrints, C. & Conraads, V. (2005). Usefulness of Type D Personaluty in Predictin Five – Year Cardiac Events Above and Beyond Concurrent Symptoms of Stress in Patients With Coronary Heart Disease. *The American Journal of Cardiology*, 970-973.
- Díaz Atienza, J. (2000). *Etiología: Factores familiares ambientales y medios de comunicación*. 11- 18. Recuperado el 15 mayo de 2008 de <http://www.paidopsiquiatria.com/TDAH/Tc5.pdf>
- Díaz Romero, R., Aguilar Figueroa, V. & Santillán, García, R. (1999). Estrés y embarazo. *Revista Asociación Dental Mexicana*, 56 (1), 27-31.
- Dirección de Políticas y Estrategias en Salud Pública, Subdirección de Epidemiología Departamento de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades no Transmisibles. (2006, 2007).
- Echarri Cánovas, C.J. (2004). Estratificación socioeconómica y salud materno infantil en México. *Papeles de Población*, (39), 95-128
- El mundo es salud. (2006). *Salud de la mujer, enfermedades de transmisión sexual*. Recuperado el 16 Mayo de 2008 de http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/2006/06/salud_mujer/salud_sexual/sifilis.html
- Elu, M.C. (2004). Mortalidad materna: Una tragedia evitable. *Revista de perinatología y reproducción humana*, 18 (1), 46.
- Espíndola Hernández, J. G., Morales Carmona., F., Díaz Franco, E., Escalante Varela, A., Pimentel Nieto, D., Henales Almaraz, C. & Ibarra Medina Mora, A.C. (2006). Estudio descriptivo de la población psiquiátrica del instituto Nacional de Perinatología. *Ginecol Obstet Mex*, 74,476-482.
- Espíndola- Hernández, J. G., Morales Carmona, F., Díaz Franco, E., Meza Rodríguez, P., Sánchez Bravo, C., Carreño Meléndez, J., Escalante Varela, A., Ibarra-Medina Mora,

- A. & Brull Jiménez, A.L. (2006) Estudio descriptivo de un grupo psicoterapéutico de pacientes obstétricas con trastorno mental. *Perinatol Reprod Hum*, 20, 91-97.
- Espíndola Hernández, J. G., Morales Carmona, F., Díaz Franco, E., Pimentel Nieto, A., Meza P, Henales, C., Carreño, J. & Ibarra, A. C. (2006). Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco – obstétrica hospitalizada. *Perinatología y reproducción humana*; 20, 112-122.
- Evans, J., Herón, J., Francomb, H., Oke, S. & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 323 (7307), 257-260.
- Farkas, C. & Santelices, M. P. (2008). Estudio de las preocupaciones asociadas al embarazo en un grupo de embarazadas primigestas chilenas. *SUMMA psicológica UST*, 1 (5), 13-20.
- Fierro, J. (2008). *Han muerto 20 mujeres dentro del proceso de maternidad en el 2008*. Recuperado el 10 enero de 2009 de <http://www.Mortalidadmaterna.com.mx/noticias.htm#>.
- Flórez Alarcón, L. (1998) *Elaboración e implementación de un programa de educación para la salud dirigido a la promoción y la prevención en adolescentes gestantes*. Recuperado el 17 marzo de 2008 de http://www.psycologia.com/articulos/ar_luflorez01.htm
- Flórez - Alarcón, L. (2006). *Los núcleos de educación familiar: Una estrategia para la protección de los derechos de la familia gestante precoz de los estratos 1 y 2 de Bogotá*. *Típica Boletín Electrónico de Salud Online*. Bogotá (2), 1–89. Recuperado el 18 mayo de 2008 de http://www.tipica.org/indice_articulo_nef.htm
- Flórez Alarcón, L. & García Sánchez, B. (2006a). *Escenarios previos al embarazo: Factores de riesgo y de protección*. 2(1). Recuperado el 18 mayo de 2008 de <http://www.tipica.org.pdf>

- Flórez Alarcón, L. & García Sánchez, B. (2006b). *Constitución de las familias de Origen de los Gestantes Precoces y Factores de riesgo asociados 2(1)* Recuperado el 18 mayo de 2008 de <http://www.tipica.org/paf/olfamiliasdeorigen.org.pdf>.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. (1996). *Programa Pro Maternidad Sin Riesgos*. Recuperado el 8 abril de 2008 de <http://www.buenasalud.com/lib/ShoasDod.cfm?libDocID=3153&ReturnCatID=1886>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2004). *Salud Sexual y reproductiva y planificación de la familia*. Recuperado el 14 abril de 2008 de <http://www.unfpa.org/swp/2004/español/chg/>
- Gaitan Duarte, G. & Gómez Sánchez, P. I. (s/f). *Tercera parte convenio 405 Aspectos Médicos derechos humanos, derechos de la mujer: ante todo el principio de la protección*. Recuperado el 7 Julio de 2008 en http://www.und.edu.co/bioetica/documentos/conveniodoc/fi_tercera_parte_6_7_8_9_10_11_aspectos_medicos.doc
- Gala León, F., Lupiani Giménez, M. & Lupiani Giménez, M. (2003). Problemas psicosociales del embarazo y maternidad adolescente. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 20 (2), 119-123.
- García, R. – Pelayo & Gross. (2005). *Diccionario Larousse*. México, D.F: Larousse.
- Gaviria, A. (2006). Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (2), 210-224.
- Godínez Leal, L. (2008). *La muerte materna, una violación a los derechos humanos*. Recuperado el 12 enero de 2009 de <http://www.Mortalidadmaterna.com.mx/noticias.htm#>.
- Gómez, E.M., Morales Carmona, F. Aretia, A. & Gutiérrez E. 1990 Detección de alteraciones emocionales en pacientes obstétricas y ginecológicas. *Rev. Ginecología y obstetricia de México*, 58, 112-116.

- Gómez–Gómez, M., Danglot-Banck, C., García de la Torre, G. S., Antonio-Ocampo, A., Fajardo-Gutiérrez, A., Sánchez-García, M. L. & Ahumada-Ramírez, E. (2004). Factores de riesgo de mortalidad en el hijo de madre toxémica. *Gaceta Médica de México*, 140 (1), 33 – 45.
- Gómez López, M.E., Morales Carmona, F., Aldana Calva, E. & Gaviño Gaviño, F. (2008). Estado Emocional de la mujer en relación con el parto o cesárea. *Ginecol Obstet Mex*, 76 (7), 365-372.
- Gómez López, M.E., & Aldana Calva, E. (2007). Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Rev. Psicología y Salud*, 17 (1), 53-61
- González Valdez, T. L. (2004) *Las creencias y el proceso salud – enfermedad*. Recuperado el 18 abril de 2008 de http://www.psicolatina.org/Uno/las_creencias.html-25k
- González-Ruiz, M. R., Garcia-Garro, A. & Cruz-Rosas, B. (2002). Participación de trabajo social en la promoción educativa y detección de riesgos biopsicosociales en pacientes embarazadas de alto riesgo. *Revista del Hospital General “La Quebrada”*, 1 (1), 37 – 40.
- Grandi, C., González, M. A., Naddeo, S., Basualdo, M. N. & Salgado, M. P. (2008). Relación entre estrés psicosocial y parto prematuro. Una investigación interdisciplinaria en el área urbana de Buenos Aires. *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* 27 (2), 51-67.
- Guyton, A. (1985). *Fisiología humana*. México, D.F.: Nueva Editorial Interamericana.
- Hernández Vargas, J. G. (2000). *Familias sanas y disfuncionales*. CETYS Universidad.
- Hodnett, E. D. & Fredericks, S. (2008). *Apoyo durante el embarazo a mujeres con mayor riesgo de recién nacidos de bajo peso al nacer*. Recuperado el 21 junio de 2008 de <http://www.update-software.com>.
- Hurtado, F., Donat, F., Escriva, P. & Poveda, C. (2003). La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento. *Cuadernos de Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. (66), 32-45.

- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, (2000). *Hidalgo Perfil sociodemográfico. XXI Censo General de Población y Vivienda.*
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, (2007). *Comunicado de prensa. 1-5* Recuperado el 25 enero de 2009 de http://inegi.gob.mx/inegi/contenidos/español/prensa/Boletines/Boletin/Comunicados/Especiales/2007/Noviembre/cp_154.doc.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2007). *Estadísticas a propósito del día de la madre” datos nacionales.* 1-10. Recuperado el 18 enero de 2009 de <http://www.inegi.gob.mx/est./contenidos/español/proyectos/continuas/vitales/bd/mortalidad/Mortalidad/Fetal.asp?c...-33K->
- Instituto Nacional de Perinatología. (2002). *Psicología de la reproducción humana un enfoque integral.* México, D.F.: Trillas.
- Issler, J.R. (2001). *Embarazo en la adolescencia.* Recuperado el 16 enero de 2004 de http://www.http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html.
- Krause, P. (1997) Embarazo en la adolescencia precoz. Venezuela *Revista Obst–Ginec*, 57 (1), 29 – 35.
- Laham, M. (2007). *Perfil de personalidad y coronariopatías II: la personalidad tipo D.* Recuperado el 1 Agosto de 2008 de <http://www.psicocardiologia.com.ar/>
- Langer, A. & Lozano, R. (1998). *Condición de la mujer y salud.* Recuperado el 24 Octubre de 2007 de <http://www.hsph.harvard.edu/grhf/ Spanish/course/sesion3/langer/langer.html>.
- Langer, A. & Nigenda, G. (2000). *Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Desafíos y Oportunidades.* Recuperado el 29 agosto de 2008 de <http://www.popcouncil.org/pdfs/Langer.pdf>.
- Lara, M. A., Navarro, C., Navarrete, L., Cabrera, A., Almanza, J., Morales, F. & Juárez, F. (2006). Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29 (4), 55 – 62.

- Lartigue Becerra, T. (2001). Relación materno-fetal en México: aspectos transculturales. *Rev. Perinatología Reproducción Humana*, 15 (1), 75-88.
- León, P., Minassian, M., Borgoño, R. & Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Revista Pediátrica Electrónica*, 5 (1), 42-51.
- López Gómez, A., Benia, W., Contera, M. & Güida, C. (2003). *Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva tensiones, obstáculos y perspectivas*. Recuperado el 9 abril de 2008 de <http://www.psico.edu.uy/academic/sexrep/libro%20enfoque%materno%20infantil.pdf>
- López-Valverde, M., Fernández Sedano, I., Páez, D., Ortiz, A. & Alvarado, R. (2001). Ansiedad ante el embarazo y afrontamiento de confrontación y evitación en mujeres sometidas a la prueba de amniocentesis. *Boletín de Psicología*, (70), 65-78.
- Mainieri, R. (1999). Estrés. Recuperado el 19 de marzo 2009 de <http://healthclub.fortunecity.com/hockey/91/estres.html>
- Marín Morales, D., Bullones Rodríguez, M. A., Carmona Monge, F. J., Carretero Abellan, M. I., Moreno Moure, M. A. & Peñacoba Puente, C. (2008). *Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal*. Recuperado el 26 agosto de 2008 de http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyemb37210200893951.pdf
- Marrero Santos, M. L. (2007). Estrés psicosocial laboral como factor de riesgo para el peso al nacer en trabajadoras embarazadas en la edad juvenil. *Revista Cubana de Salud y Trabajo* 2 (8), 20-26.
- Martínez Félix, J. L., Aguirre Avalos, G & Coronado Magaña, H. (2001). Síndrome de HELLP – Eclampsia. *Revista de la Asociación Mexicana Crítica y Terapia Intensiva* 15 (4), 121 – 125.

- Mesa Restrepo, C. M., Mesa Restrepo, L. E., Jimeno Cárdenas, M. P. & Mora Zapata, A. M. (2001). Factores de Riesgo para la Preeclampsia Severa y Temprana en el hospital General de Medellin 1999 – 2000. *Revista CES Medicina* 15 (1), 19–28.
- Miranda Palacios, R. (2005). *Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del centro materno infantil “Juan Pablo II” de Villa el Salvador*. Recuperado el 9 Julio de 2008 de http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/miranda_pr/html/index-frames.html
- Miró, J. (1991). *Ansiedad y percepción del dolor*. Recuperado el 24 octubre de 2008 de <http://fs-morente.filos.ucm.es/publicaciones/iberpsicologia/iberpsi3/miro/miro.htm>.
- Montesano-Delfín, J. R., Hernández, A., Zaplén-Moreno, J., Olivares-Durán, E., Guizar-Mendoza, J. M. & Luna-Ruiz, M. A. (2009). Mortalidad materna: enlace entre gestión directiva y atención clínica oportuna. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47 (1), 109-116.
- Mora, M. & Landoni, A. (2005). *Estrategias de afrontamiento en adolescentes embarazadas de la ciudad de Buenos Aires*. Recuperado el 12 noviembre 2008 de <http://www.Psicologiacientifica.com>.
- Morales, F. Gonzales, G. & Valderrama, G. (1988). Perfil de personalidad de un grupo de mujeres embarazadas. *Perinatología y Reprod Hum* 2 (4), 165-174.
- Mortalidad Materna en México Noticias. (2008) *Reducción de Mortalidad materna*. Recuperado el 12 enero de 2009 de <http://www.Mortalidadmaterna.com.mx/noticias.htm#>.
- Moya Chacón R, García W, & Flórez L. (2002). Estudio descriptivo de los aspectos psicosociales asociados al alto riesgo obstétrico en pacientes del Instituto Materno Infantil de Santa fe de Bogotá. Recuperado el 2 de febrero de 2008 de <http://www.alapsa.org/detalle/o1/index.html>
- National Institute of Mental Health. (2006). *Depresión, lo que toda mujer debe saber*. Recuperado el 2 febrero de 2009 de <http://www.nimh.nih.gov>.

- Nitardi, H. S. (2005). *Enfermedad coronaria en la mujer ¿Dónde están las diferencias? Capítulo IV: Factores de riesgo Aspectos psicopatológicos*. Recuperado el 12 julio de 2008 de <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c217/nitardi.php.-41k>.
- Noriega Iriondo, M. F., Arias Sánchez, E. A. & García López, S. M. (2005) Hipertensión arterial en el embarazo. *Medica Sur*, 12 (4), 196–202.
- Oblitas Guadalupe, L. A. & Becoña Iglesias, E. (2000). *Psicología de la Salud*. México, D.F.: Plaza y Valdés.
- Organización de las Naciones Unidas. (2002). *Objetivos del Desarrollo del Milenio*. Recuperado el 8 mayo de 2008 de <http://www.un.org/Spanish/millenniumgoals/report2007/mdgreport2007r2.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Que es la OMS...* Recuperado el 12 enero de 2009 de <http://www.who.int/about/es/>.
- Organización Panamericana de la Salud (2005). *Necesario ejercer el derecho al embarazo y parto sin riesgo, llama OPS a reducir la muerte materna*. Recuperado en 16 mayo 2008 de <http://www.cimacnoticias.com/noticias/05Feb/05020301.html>
- Ortega González, C. (2005). Disfunción tiroidea y embarazo. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 13 (1), 37-41.
- Osoffky, I. (1990). Embarazo en la segunda década de la vida. Consideraciones psicosociales. *Clin Obst-Ginecol. Norteam*, 4 (2), 10. Recuperado el 27 mayo de 2008 de http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S00034_75312002000400008&script=sci_artt ex_26k
- Padersen, S. & Denollet, J. (2003). Type D personality, cardiac events and impaired quality of life: a review. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 10 (4), 241 – 148.

- Palmero F, Breva A, Diago J, Díez J, & García I. (2002). Funcionamiento psicofisiológico y susceptibilidad a la sintomatología premenstrual en mujeres Tipo A y Tipo B. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2, 111-136.
- Papalia, D. E., Olds, S.W. & Felman, R.D. (2003). *Desarrollo Humano*. México, D.F.: Mc Graw Hill.
- Pedersen, S., Denollet, J., Ong, A., Sonnenschein, K., Erdman, R., Serruys, P. & Dumburg, R. (2007). Adverse clinical events in patients treated with sirolimus – eluting stents: the impact of Type D personality. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 14 (1), 135-140.
- Pedersen, S., Dumburg, R., Theums, D., Jordaens, L. & Erdman, R. (2004). Type D Personality Is Associated With Increased Anxiety and Depressive Symptoms in Patients With an Implantable Cardioverter Defibrillator and their Partners. *Psychosomatic Medicine* 66, 714-719.
- Pedersen, S., Theums, D., Muskens-Heemskerk, A., Erdman, R. & Jpurdaens, L. (2007). Type D Personality but not Implantable cardioverter – defibrillator indication is associated with impaired health-related quality of life 3 months post-implantation. *European society of cardiology* 9, 675-680.
- Pelcastre, B., Villegas, N., De León, V. Agustín Díaz, A., Ortega, D., Santillana, N. & Mejía, J. (2005). Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. *Revista de la Escuela de Enfermería de la Universidad de San Luis Potosí* 39 (4), 375-82.
- Pérez Rodríguez, A., Medina García, C., Alcaraz Agüero, M. & Berenguer Gouarnalusses, M. (2001). Factores sociales asociados al embarazo precoz en el área de salud “28 de septiembre”. *Medisan* 5 (1), 31 – 34.
- Pérez Romero, N., Hernández Sánchez, J. E. & Alonso Prieto, M. A. (2006). *Canal Salud el Embarazo*. Recuperado el 20 Junio de 2008 de http://www.mapfrecajasalud.com/mcsa/es/cinformativo/03/C1_20051107_010104030

- Picech, A.R., Flores, L.J., Lanser, R.A., & Elizalde Cremonte Ortiz, M. A. (2005). Depresión y embarazo. *Revista de posgrado de la VI a Catedral de Medicina*, (145), 5-8.
- Pimentel Sarsuri, B. (2007). Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el hospital materno infantil de la C.N.S La Paz- Bolivia. *Rev. Paceña Med Fam* 4 (5), 15-19.
- Pimentel-Nieto, D. (2007). Guía clínica para la intervención psicológica de mujeres embarazadas con endocrinopatías. *Perinatol Reprod Hum*, 21,54-68
- Quiroz Lluen, J. M. (2001). *Efectos del embarazo en la personalidad de las adolescentes de la provincia de Ferreñafe durante el año 2006*. Recuperado el 2 Julio de 2008 de <http://www.monografias.com/trabajos41/embarazo-efectos/embarazo-efectos2.shtml>
- Ramos Padilla, M. (2006). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Publica* 23 (3), 201-220.
- Reynoso L, & Seligson I. (2002). *Psicología y Salud*. (1ra ed.) México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Risquez Thielen, J. (s/f). *Adolescencia y embarazo enfoque en la consulta del pediatra*. Recuperado el 27 junio de 2008 de <http://www.dynabizvenezuela.com/images/dynabiz/ID3749/siteinfo/ACF91.pdf>.
- Rivero Cruz, B. (2007). *Primer Informe de Gobierno*. Recuperado el 03 marzo de 2008 de <http://mhtml://F:/Primerinformedegobierno-PresidenteFelipeCALderonHinojosa.mht>.
- Rodríguez, A., Pérez-López, J., & Brito de la Nuez, A. (2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses de embarazo en las madres y padres tempranos. Un estudio preliminar. *Anales de psicología*, 20, 93-102.
- Rodríguez, M. L. & Frías, L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad. *Psicología y salud*, 15, 169-18
- Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis S.A.

- Rodríguez, P. (2000). *Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia*. Recuperado el 2 julio de 2008 de http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol74_4_02/ped08402.htm
- Romero, S. (2003). Riesgo de morbilidad en hijos de madres con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo. Estudio de cohorte comparativa. *Revista de perinatología y reproducción humana*, 17 (3), 133-145.
- Rosales Duno, R. (s/f) *Como enfrentar las preocupaciones cotidianas*. Recuperado el 25 agosto de 2008 de http://biosalud.saber.ula.ve/db/ssalud/edocs/articulos/Como_enfrentar_preocup.pdf
- Rosales, J. (2008). *En Coahuila el índice de mortalidad materna es bajo*. Recuperado el 12 enero de 2009 de <http://www.Mortalidadmaterna.com.mx/noticias.htm#>.
- Rosas, J. P. & Casanueva, E. (2008). Suplementación con calcio durante el embarazo para prevenir los trastornos hipertensivos y problemas relacionados. Recuperado el 17 mayo 2009 de http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/nutrition/ppcom/es/index.html
- Rozados, (2008) *Depresión Postparto*. Recuperado el 16 enero de 2009 de http://www.Depresion.psicomag.com/post_parto.php-35K.
- Ruiz Sánchez, J. J. & Cano Sánchez, J. J. (1999). *Manual de Psicoterapia Cognitiva Aplicaciones Clínicas: Elementos Básicos. Tratamiento de los trastornos psicosomáticos*. Recuperado el 7 Julio de 2008 de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/MANual/manual15.htm>.
- Salvatierra, V. (1989). *Psicología del embarazo y sus trastornos*. (1ra ed.) Barcelona: Plaza y Valdés.
- Sánchez, A. I., Bermúdez, M. P. & Buela Casal. (2000). *Efectos del estado de gestación sobre el estado de ánimo*. Recuperado el 20 enero de 2007 de <http://reme.uji.es/articulos/abuelg316251199/texto.html>

- Sánchez, R. (2005). Personalidad tipo D y riesgo cardiovascular *Rev. Nexos*, (20), 22–25.
- Sánchez, R. (2006). *El papel de la personalidad en los trastornos isquémicos – cardiovasculares. Personalidad tipo D y trastornos cardiovasculares*. Recuperado el 1 agosto de 2008 de <http://www.Blognitiva.blogspot.com/2007/08/personalidad-tipo-d-y-trastornos.html>
- Scalon Dos Santos, C. & Mondragón, H. (s/f). *Vivir bien el libro de la salud Tomo III*. México, D. F.: Salud de México.
- Secretaria de Salud (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006. Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida*. Recuperado el 2 mayo de 2007 de http://www.//2007.248.228.135/Library/Presentacion_APV/ArranqueParejo.swf.
- Secretaria de Salud y Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud (1995). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*. Recuperado el 02 mayo de 2008 de <http://F: NOM-007-SSA2-1993.html>.
- Sher, L. (2005). Type D personality: the heart, stress, and cortisol. *QJMed*, 98, 323-329.
- Sistema Nacional de información en Salud (2009). Recuperado el 18 junio 2009 de <http://sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html>.
- Sub-dirección de Epidemiología Departamento de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles (2006). Base de datos de epidemiología de la Sub-Secretaría de Salud de Hidalgo. México: SSA.
- Susanne, S., Pedersen, P., Ron, T., Van, D., Dominic, A. M. J., Theuns, M., Jordaens, L., Ruud, A. M. & Erdman. (2004). Type D Personality Is Associated With Incieased Anxiety and Depressive Symptoms in Patients With an Implantable Cardioverter Defibrillator and their Partners. *Psychosomatic Medecine*, (66), 714-719.

- Szasz Piante, I. (2007). *Alternativas Teóricas y Metodológicas para el Estudio de la Condición de la Mujer y la Salud Materno-Infantil*. Recuperado el 24 octubre de 2007 de <http://www.hsph.harvard.edu/grhf/Spanish/course/sesion1/altern.html>.
- Téllez Vargas, J. (2005). Dopamina, estrés y embarazo. *Avances en psiquiatría biológica*, 6, 156 – 166.
- Torres Gutiérrez, M. (2004). Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33 (3), 285-297.
- Valadez, I., Alfaro, N. & Pozos, E. (2003). Cuidados alternativos en la atención del embarazo en Jalisco, México. *Cad. Saúde Pública*, 19 (5), 1313-1321
- Velasco-Murillo, V., Palomares-Trejo, A. & Navarrete-Hernández, E. (2003). Causalidad y tendencia de la mortalidad perinatal hospitalaria en el Instituto Mexicano del Seguro Social, 1998-2002. *Cirugía y Cirujanos*, 71(4), 304-313.
- Villanueva Egan, L. A. & Collado Peña, S. P. (2007). Conceptos actuales sobre la preeclampsia – eclampsia. *Revista de Facultad Médica UNAM*, 50, (2), 57 – 61.
- Villanueva Flores, L. & Zelada Leiva, T. E. (2008). *Características de la personalidad y algunos factores socioculturales y obstétricos en gestantes con diagnostico y sin diagnostico hiperémesis gravídica*. Recuperado el 2 Julio de 2008 de ucvvirtual.edu.pe/portal/escuelas/psicología/tesis-ps/TESIS/T40.doc
- Vinnaccia E, Sánchez M. V., Bustamante E. M, Cano E. J. & Tobón, S (2006). Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. *International journal of clinical and health psychology*, 6 (1), 41-51.
- Vinnaccia, S., Arango, C., Cano, E., Tobon, S., Moreno, E. & López, A. E. (2006). Evaluación del patrón de conducta tipo C y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnostico de cáncer colorrectal. *Rev. Univ Psychol. Bogotá*, 5 (3), 575-583.

World Health Organization (2003). *La tasa de mortalidad materna es desproporcionadamente alta en los países en desarrollo*. Recuperado el 2 mayo de 2008 de http://www.who.int/reproductive-health/MNBH/maternal_mortality_2000/index.htm.

Zúñiga, E., Zubieta, B., Araya, C. & Delgado, D. (2001). *Cuadernos de salud reproductiva Hidalgo*. Recuperado el 20 Octubre de 2008 de <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/CuaSalud/pdf/srhg.pdf>

ANEXOS

**Carta de consentimiento
informado para participación en
protocolos de investigación
clínica.**

Lugar y Fecha:

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

“Patrón de Conducta Tipo D, Estrés y Afrontamiento en Mujeres Embarazadas Atendidas en Instituciones del Sector Salud de los Municipios Pachuca y Mineral de la Reforma, Hidalgo”

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es:

Determinar la manifestación del Patrón de Conducta Tipo D, Estrés y Afrontamiento en Mujeres Embarazadas Atendidas en Instituciones del Sector Salud de los Municipios Pachuca y Mineral de la Reforma, Hidalgo.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del investigador responsable

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Testigos



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
AREA ACADEMICA DE PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Fecha: _____ Folio: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Lugar de nacimiento: _____ Estado civil: _____

Ocupación: _____ Escolaridad: _____

Semanas de gestación: _____

Nombre de la pareja: _____ Edad: _____

Ocupación: _____ Escolaridad: _____

La información recabada es totalmente confidencial.

Instrucciones: Por favor lea cada una de las afirmaciones y señale con una **X** la respuesta.

1. Vive con:

Su pareja Sus padres Sola Otra(s) personas (especifique)

2. Tiempo de vivir en pareja: _____

3. Personas que dependen de usted:

Pareja Padres Hijos Nadie Otra(s) personas (especifique)

4. Actualmente usted trabaja:

No Sí ¿Dónde?

5. ¿Su pareja trabaja?

- No Si ¿Dónde?
-

6. ¿A cuánto ascienden sus ingresos?

- \$ 300 - \$ 500
 \$ 600 - \$ 1000
 \$ 1 100 - \$ 2000
 \$ 2000 - \$ 4000
 \$ 5000 o más (especifique) _____

7. Su ingreso es:

- Por día
 Semanal
 Quincenal
 Mensual
Otro _____

8. ¿A cuánto ascienden sus gastos mensuales?

9. Tiene usted otros ingresos

- No Sí (Describalos)
-

10. ¿Vive en casa propia?

- No Sí

11. ¿Paga renta?

- No Sí

12. ¿Tiene automóvil?

- No Sí

13. ¿Cuántos hijos (as) tiene?_____ 14. ¿Qué edades tienen sus hijos?_____

15. ¿Ha tenido abortos?

No Sí ¿Cuáles fueron las causas del aborto(s)?

16. Respecto al actual embarazo ¿Desde hace cuanto tiempo está asistiendo con el médico para su control?:

17. ¿En dónde tiene planeado que nazca su bebé?: _____

18. ¿Es usted derechohabiente de alguna institución del sector salud?

No Sí ¿De cuál institución? _____



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
AREA ACADEMICA DE PSICOLOGIA

INVENTARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTRÉS PRENATAL

Nombre _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Edo. Civil: _____

Número de Hijos: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Por favor lea cada una de las afirmaciones y señale con una X” la frecuencia con la que presenta actualmente alguno de los temores, malestares, o preocupaciones que se indican a continuación:

1. Temo a la enfermedad que me diagnosticaron.	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
2. Temo que mi bebé sufra algún padecimiento antes de nacer	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
3. Temo perder el control y gritar durante el parto	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
4. Temo padecer otros problemas de salud no relacionados con mi embarazo	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
5. Temo abortar	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
6. Temo no poder relajarme ni colaborar en el parto	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
7. Temo tener problemas económicos	a)	b) Casi	c) A	d)

durante mi embarazo	Siempre	siempre	veces	Nunca
8. Me preocupa mi situación laboral actual o la de mi pareja	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
9. Me preocupa alguna situación familiar	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
10. Temo que mi embarazo se complique por la presencia de otra enfermedad que complique el diagnostico.	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
11. Temo que mi bebé nazca con alguna malformación	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
12. Temo desgarrarme durante el parto	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
13. Me preocupa tener algún inconveniente con mi pareja	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
14. Temo ser hospitalizada	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
15. Temo que mi bebé se muera antes de nacer	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
16. Temo que mi bebé sufra durante el parto	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
17. Temo que mi bebé nazca con alguna alteración mental	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
18. Temo que mi organismo sufra algún daño si mi bebé se muere antes de nacer	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
19. Temo morirme	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca

20. En una escala del cero al quince señale que tan estresada se siente respecto a su embarazo.

0 _____ 15

21. ¿Qué otra preocupación tiene que no se le haya preguntado?



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
AREA ACADEMICA DE PSICOLOGIA
INVENTARIO DE AFRONTAMIENTO

Nombre _____ Fecha _____

Instrucciones: Por favor lea cada una de las afirmaciones y señale con una "X" con que frecuencia realiza las acciones que se describen a continuación cuando se enfrenta a una situación difícil.

1. Me relajo	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
2. Me controlo para poder pensar	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
3. Camino	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
4. Pienso en soluciones realistas	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
5. Converso	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
6. Pido consejo a alguien	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
7. Hago algo agradable	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
8. Busco ayuda de otras personas	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca

9. Evito ponerme a pensar	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
10. Me mantengo tranquila y confiada en que surgirán soluciones	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
11. Me encierro y aislo	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
12. Lloro	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
13. Me desespero	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
14. Exploto y pierdo el control	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
15. Tiro las cosas	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
16. Me ofendo	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
17. Me pongo de mal genio	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
18. Hablo calmadamente con las personas	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca
19. Dejo las soluciones en manos de Dios	a) Siempre	b) Casi siempre	c) A veces	d) Nunca



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

AREA ACADEMICA DE PSICOLOGIA

ESCALA DE PATRON DE CONDUCTA TIPO D

Nombre _____ Fecha _____

Instrucciones: A continuación encontrará algunas afirmaciones que la gente utiliza para describirse a sí mismos. Por favor lea cada una de ellas y marque con una "X", el número que indique la mejor respuesta que la describa. No existen respuestas buenas o malas. Lo importante es conocer como se ve a sí misma.

1.- Puedo hacer plática fácilmente con otras personas.	a) Totalmente en desacuerdo	b) En desacuerdo	c) De acuerdo	d) Totalmente de acuerdo
2.- Frecuentemente me preocupo por cosas que no tienen importancia.	a) Totalmente en desacuerdo	b) En desacuerdo	c) De acuerdo	d) Totalmente de acuerdo
3.- A menudo hablo con extraños.	a) Totalmente en	b) En	c) De	d) Totalmente de

	desacuerdo	desacuerdo	acuerdo	acuerdo
4.- A menudo me siento infeliz	a) Totalmente en desacuerdo	b) En desacuerdo	c) De acuerdo	d) Totalmente de acuerdo
5.- A menudo me enojo	a) Totalmente en desacuerdo	b) En desacuerdo	c) De acuerdo	d) Totalmente de acuerdo
6.- A menudo me siento cohibida en situaciones	a) Totalmente en desacuerdo	b) En desacuerdo	c) De acuerdo	d) Totalmente de acuerdo
7.- Soy pesimista	a) Totalmente en desacuerdo	b) En desacuerdo	c) De acuerdo	d) Totalmente de acuerdo
8.- Me resulta difícil iniciar la plática	a) Totalmente en desacuerdo	b) En desacuerdo	c) De acuerdo	d) Totalmente de acuerdo
9.- A menudo estoy de mal humor	a) Totalmente en desacuerdo	b) En desacuerdo	c) De acuerdo	d) Totalmente de acuerdo
10.- Yo soy una persona cerrada	a) Totalmente en desacuerdo	b) En desacuerdo	c) De acuerdo	d) Totalmente de acuerdo
11.- Prefiero mantener distancia con otras personas	a) Totalmente en desacuerdo	b) En desacuerdo	c) De acuerdo	d) Totalmente de acuerdo
12.- A menudo me preocupo por algo	a) Totalmente en desacuerdo	b) En desacuerdo	c) De acuerdo	d) Totalmente de acuerdo
13.- Casi todo el tiempo me siento mal	a) Totalmente en	b) En	c) De	d) Totalmente de

	desacuerdo	desacuerdo	acuerdo	acuerdo
14.- Cuando estoy con otras personas, no sé que hacer	a) Totalmente en desacuerdo	b) En desacuerdo	c) De acuerdo	d) Totalmente de acuerdo