



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADEMICA DE MEDICINA

**“CONDUCTA TIPO A Y ESTRÉS PRENATAL Y SU ASOCIACION A LA
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA EN MUJERES EMBARAZADAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA”**

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTA:

SARA QUIROZ OLGUÍN

DIRECTORA DE TESIS

MTRA. PSIC. REBECA GUZMÁN SALDAÑA

INDICE

Introducción.....	4
Antecedentes.....	6
Marco Teórico.....	11
Planteamiento del Problema.....	20
Pregunta de Investigación.....	21
Justificación.....	21
Objetivos.....	22
Hipótesis.....	22
Metodología.....	23
1) Diseño epidemiológico.....	23
2) Ubicación espacio temporal.....	23
3) Selección de la población objetivo.....	23
Criterios de inclusión de la población.....	23
Criterios de exclusión.....	23
Criterios de eliminación.....	23
4) Variables.....	24
Definición operativa de variables.....	25
5) Fuentes de información.....	27
6) Pilotaje.....	29
7) Plan de análisis.....	30
Aspectos éticos del estudio.....	30
Resultados.....	31
Análisis univariado.....	32
Análisis bivariado.....	38
Conclusiones.....	58
Limitación del estudio.....	59
Bibliografía.....	60
Anexos.....	64

RESUMEN

Objetivo: Analizar la asociación de la conducta tipo A y estrés prenatal en la enfermedad hipertensiva en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital General de Pachuca en el periodo febrero-julio 2011. **Material y Métodos:** Estudio Observacional tipo Casos y Controles no pareado a través de una batería de pruebas psicológicas. Se obtuvo una muestra de 250 mujeres de las cuales 119 (47.6%) con diagnóstico de embarazo sano y 131 (52.4%) mujeres con diagnóstico de embarazo con enfermedad hipertensiva del embarazo atendidas en el Hospital General de Pachuca, se utilizó un instrumento autoaplicable con preguntas cerradas. **Resultados:** La edad promedio de las mujeres con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo estuvo entre los 23 y 27 años de edad siendo el 14.8%, y de las mujeres sanas oscilaba entre los 18 y 22 años y también se obtuvo un 14.8%. Las variables potencialmente predictoras de conducta tipo A se encontraron significativas al obtener una $p < 0.05$ para los ítems nunca llego tarde, soy muy competitiva, me anticipo a los demás y les interrumpo, siempre estoy con prisas, intento hacer muchas cosas simultáneamente, soy impaciente cuando espero, hablo con fuerza y energía, deseo que se me estime por mi trabajo, nunca expreso mis emociones, y siento culpa cuando no trabajo. Las variables potencialmente predictoras de estrés prenatal fueron: miedo o temor que mi bebé sufra algún padecimiento antes de nacer, preocupación por alguna situación familiar, me molesta estar hospitalizada y temor a morirme, al obtener una $p < 0.05$. **Conclusiones:** La información y sensibilización respecto al manejo de las emociones y el estrés en el embarazo es insuficiente, y con este estudio nos da un pequeño panorama para valorar la importancia de desarrollar y evaluar intervenciones que permitan promover el manejo de las emociones y el estrés en la etapa del embarazo. **Palabras Clave:** conducta tipo A, estrés prenatal, enfermedad hipertensiva, Hospital General Pachuca.

“CONDUCTA TIPO A Y ESTRÉS PRENATAL Y SU ASOCIACION EN LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA”

INTRODUCCION

La salud materno infantil ha ocupado un lugar prioritario en el tema de la salud, ya que aquí descansa la reproducción biológica y social del ser humano. En el caso de la morbilidad materna, sus efectos son devastadores debido a que la madre juega un papel estratégico en la reproducción social, por lo que su ausencia temporal o permanente disminuye o elimina sus contribuciones económicas, sociales y afectivas al hogar y la sociedad. La salud infantil, por su parte, representa un activo fundamental porque incide en las capacidades y recursos iniciales de las nuevas generaciones. Es particularmente en el embarazo y en el periodo neonatal donde se fundamenta buena parte de la salud futura de toda persona, y por lo tanto, la investigación en materia de salud en aspectos que atañe a este tipo de sector es una prioridad en salud pública hoy en día.

La mortalidad materna es, sin duda, el indicador que mejor refleja las disparidades entre grupos sociales, regiones y países. Por ejemplo, mientras que las diferencias en la mortalidad infantil entre países en desarrollo y desarrollados es de 10 veces, las discrepancias ascienden a 100 veces en materia de mortalidad materna. Este rango es considerado como la diferencia más profunda entre todas las estadísticas de salud. Una de las complicaciones más frecuentes y graves es la enfermedad hipertensiva en el embarazo, que es un trastorno multisistémico de etiología desconocida, y representa una de las causas más importantes de morbilidad materna y perinatal en el mundo.

Diversos estudios se han ocupado de analizar las variables biológicas relacionadas con la incidencia de la enfermedad hipertensiva del embarazo.

Sin embargo son múltiples los aspectos psicoafectivos y comportamentales que se pueden asociar a un embarazo de alto riesgo. Entre los aspectos psicológicos importantes en el embarazo, están la necesidad de que la mujer sea consciente del significado de éste acontecimiento, se informe acerca de las complicaciones de su nuevo estado, del parto y de sus peligros.

La utilización de estrategias de afrontamiento por parte de la mujer embarazada deben ayudarle a adaptarse a la nueva situación, y a buscar y obtener soporte social, emocional y económico, evitando así que el estrés pueda causarle alteraciones mayores a ella o al bebé.

Por otro lado son varias las razones por las cuales el alto riesgo incrementa el estrés que experimenta la madre gestante: primero el alto riesgo conlleva a una mayor medicalización de su embarazo, esto implica una mayor exigencia en términos de servicios de salud especializados, también hay mayores demandas para ella misma pues incrementa su responsabilidad por el bienestar fetal, así como los procedimientos médicos especializados que se practican con mayor frecuencia que en el embarazo normal, también porque puede implicar hospitalización (en el caso de la enfermedad hipertensiva siempre es necesario), y puede desencadenarse un eventual desembrazo antes de término, con todas las implicaciones propias de la cirugía (anestesia, malestar, etc.) y los peligros que conlleva para la salud de la madre y del hijo.

Por lo anterior se considera importante seguir con las investigaciones de estrés y comportamiento en el embarazo, parto y puerperio. Y así desarrollar estrategias y acciones que contribuyan a la promoción de la salud integral en las mujeres.

ANTECEDENTES

A partir del año de 1985 La Organización Mundial de la Salud (OMS), convocó a la Primera Reunión Internacional sobre Prevención de la Mortalidad Materna, para 1987 La Conferencia Internacional para una maternidad sin riesgo se realizó en Nairobi, Kenya y es en esta cumbre donde se comienzan a crear acuerdos internacionales para disminuir la mortalidad materna a nivel mundial.¹

En 1990 se celebra la Cumbre Mundial de la Infancia, en la que se ratifica el plan de acción para reducir la mortalidad materna en un 50 por ciento entre 1990 y el año 2000, en los países participantes.² En ese mismo año se realiza la XXIII Conferencia Panamericana de Ministros de Salud y los representantes de los Gobiernos de la región reunidos en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington D.C. en los Estados Unidos de Norteamérica, y es aprobado el Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas.³

En 1999 y 2000 se realizan reuniones para evaluar los progresos del Plan de Reducción de la Mortalidad Materna⁴. En el año 2000 y 2002 en la celebración del Milenio se realiza la Declaración del Milenio en la sesión especial, sobre la niñez, de la Asamblea General de las Naciones Unidas que propone reducir la mortalidad en niños menores de 5 años en dos tercios y la mortalidad materna en tres cuartos para el año 2015.⁵

Sin embargo y a pesar de todos los esfuerzos por realizar programas de reducción de la mortalidad materna la Organización Panamericana de la Salud determinó una tasa global de 190 muertes por 100 mil nacidos vivos en América Latina y el Caribe durante el 2002.⁶ En nuestro país, en el año 2004,

se reportaron 1,239 casos (18 de ellos en Sinaloa) que representaron la primera causa de muerte materna reportada con 16 defunciones que corresponden a 29.5 por ciento del total de defunciones, la Secretaría de Salud informó que entre 2000 y 2002 la tasa de mortalidad materna fue próxima a 50 por 100,000 nacidos vivos; no obstante, otras publicaciones oficiales ubican dicho índice en 75 o más⁷. En las décadas anteriores decreció la tasa de mortalidad materna en nuestro país, pero en los últimos 10 años se ha mantenido relativamente estable.⁸

Las principales causas de muerte materna en México son los trastornos hipertensivos del embarazo y las hemorragias obstétricas.⁹

En nuestro país, la mortalidad materna e infantil representa un problema de salud pública multifactorial, relacionado con la cobertura y calidad de los servicios de salud, factores socioeconómicos y culturales¹⁰. En el año 2006 sucedieron 1925 muertes maternas por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, en el año 2009 la tasa de mortalidad materna fue de un 63.4 por ciento debido a las mismas complicaciones.¹¹

Con el objetivo de reducir los niveles de mortalidad materna y neonatal y prevenir los defectos de nacimiento en la República Mexicana, se desarrolló el Programa Nacional de Salud, “Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida”.¹² Donde algunos de sus objetivos es mejorar las condiciones de salud, y brindar servicios eficientes con calidad y seguridad para las pacientes, así como reducir las desigualdades en las comunidades marginadas, mediante el aseguramiento médico.¹³

En el Estado de Hidalgo a partir del mes abril del 2005 da inicio la notificación de la morbilidad materna, en ese año se identificaron 431 casos,

de los cuales el 46.4 por ciento correspondió a enfermedad hipertensiva del embarazo, seguida de la hemorragia obstétrica con un 26.9 por ciento, para el año 2006 se notificaron 718 casos, el 39.4 por ciento corresponde a enfermedad hipertensiva del embarazo, seguido de la hemorragia obstétrica con un 31.6 por ciento, durante el año 2007 fueron 1026, casos reportados y persiste en primer lugar la enfermedad hipertensiva del embarazo con un 39.3 por ciento y muy de cerca la hemorragia obstétrica con 36.4 por ciento, en el transcurso del 2008 hasta el mes de febrero se notificaron 141 casos, fue la hemorragia obstétrica la que ocupa el primer lugar con el 40.4 por ciento y la enfermedad Hipertensiva del embarazo con el 39.1 en segunda posición.¹⁴

Para el Estado de Hidalgo, la razón de mortalidad materna se encontró en 36 por 100, 000 nacidos vivos, por arriba de la razón Nacional.¹⁵ El sistema de información del Hospital General Pachuca reporta anualmente, las causas obstétricas directas (excepto aborto) como la primera causa de morbilidad hospitalaria, siendo el 20 por ciento de todas las patologías atendidas en este Hospital.¹⁶

En el Hospital General de Pachuca la morbilidad grave correspondió al 10.2 por ciento de todos los eventos obstétricos atendidos, con una razón de 1 paciente con patología grave por cada 10 eventos obstétricos atendidos. La mortalidad por cada muerte materna ocurrida en el hospital 31 pacientes presentaron una patología grave que puso en peligro su vida. De las 4012 pacientes obstétricas atendidas en año 2009, 432 presentaron un trastorno hipertensivo del embarazo, y de estas 50 pacientes fueron atendidas en la Unidad de Terapia Intensiva.¹⁷

Tomando en cuenta que en el embarazo hay desajustes hormonales también es importante advertir que también es un periodo de crisis del desarrollo psicológico y social, hay investigaciones que se han preocupado por

estudiar al embarazo desde una perspectiva multidimensional, tomando en cuenta la esfera física, psicológica y social de la mujer embarazada, y siguiendo esta misma línea y por ser la pre-eclampsia una enfermedad multifactorial se ha desarrollado una línea de investigación durante los últimos 20 años para la creación, evaluación e implementación de un Modelo Biopsicosocial para la reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal.¹² Esta metodología fue evaluada como un ensayo poblacional abierto en 15.354 gestantes pobres del occidente Colombiano, observando unas tasas de mortalidad materna bajas, con la limitante de no haber sido un estudio comparativo.¹³ Estos resultados fueron presentados a la OMS en Ginebra como una experiencia apoyada por el Ministerio de Salud de Colombia.¹⁸

El Gobierno de Colombia, a partir de ésta línea desarrollada en el Centro Colaborador, presenta ésta metodología innovadora a la cooperación Sur-Sur y con el arbitraje de la OMS en Ginebra (Zona Pacífico Sur) se dá apoyo financiero a un proyecto internacional entre Colombia, China y Bangladesh. En este trabajo colaborativo se validó la Escala de Riesgo Biopsicosocial Prenatal en Asia con valores predictivos similares a los encontrados en Colombia y luego en 4 países latinoamericanos.¹⁹ Adicionalmente se realizó un ensayo clínico controlado con pacientes colombianas y asiáticas observando resultados similares a los vistos en los estudios nacionales con el beneficio que se identificó el mecanismo protector a nivel fisiopatológico, bioquímico y molecular por el cual el Modelo Biopsicosocial reduce la letalidad de la pre-eclampsia y por tanto la Mortalidad Materna por esta causa.²⁰

Así mismo, se creó un inventario para la evaluación del estrés prenatal en pacientes con preeclampsia, a partir del análisis de las respuestas dadas por 100 pacientes a una entrevista semiestructurada para evaluar eventos estresantes y otros aspectos del embarazo, propuesta por Salvatierra en 1989.

Se encontraron tres categorías de eventos estresores inherentes al embarazo mismo, y cuatro inherentes a hechos externos al embarazo.²¹ Dentro de las primeras se ubican las amenazas al propio estado físico de las madres, las amenazas al bebé, y las amenazas asociadas al parto. Dentro de las segundas se ubican otras amenazas a la salud diferentes a la preeclampsia, preocupaciones por la situación laboral, las preocupaciones por la situación económica, y las preocupaciones por la situación familiar o de pareja.²²

La validez de constructo del inventario en torno a las anteriores categorías se corroboró mediante análisis factorial. El ANOVA de las respuestas a los items de la versión final, practicado mediante la prueba de Kruskal-Wallis, no arrojó diferencias significativas para el estrés prenatal en función del nivel educacional, el estado civil, la ocupación, el diagnóstico, ni las actitudes frente al embarazo. Tampoco se observaron asociaciones significativas entre el estrés prenatal, la ansiedad de rasgo, la ansiedad de estado, ni la depresión. Se observó en las pacientes con preeclampsia presencia de estresores propios del embarazo normal y de estresores específicos relacionados con el alto riesgo obstétrico.²³

Los trabajos de metaanálisis más recientes que evalúan el impacto del estrés prenatal sobre los resultados del embarazo son el de Istvan y el de Lobel. Ambos autores coinciden en afirmar la presencia de altos índices de morbimortalidad perinatal, reflejada en bajo peso al nacer, prematuridad, complicaciones en el parto, bajos indicadores biológicos en el recién nacido, mortalidad neonatal, y mortalidad materna.²⁴ Se han detectado indicadores biológicos potentes para predecir esta morbimortalidad, tales como la edad de la madre, la presencia de enfermedades durante el embarazo, la historia obstétrica, y la edad gestacional. No es igual la situación en cuanto a indicadores psicosociales; sin embargo el que más ha empezado a recibir atención es el estrés prenatal. Istvan analiza un número considerable de estudios sobre estrés prenatal en diferentes especies infrahumanas y concluye que los resultados son muy variables.²⁵

Sin embargo en su revisión de 23 estudios que se proponían evaluar la asociación entre estrés prenatal y resultados del embarazo en sujetos humanos, halló que sólo 8 reportaban algún grado de mal resultado en gestantes afectadas por la ansiedad. Su conclusión general es que, aunque sí existen bases para afirmar que el estrés prenatal constituye un predictor de mal resultado obstétrico, la asociación encontrada es muy débil.²⁶

En lo que corresponde al Estado de Hidalgo y su capital, no existen datos que permitan observar el problema desde el punto de vista psicológico, por lo tanto el presente estudio servirá para caracterizar la población, del Hospital General de Pachuca.

MARCO TEÓRICO

La Maternidad como evento natural debería estar libre de complicaciones, y de defunciones, ya que los fallecimientos derivados del embarazo, parto y puerperio, se consideran en su mayoría, evitables con los recursos de la medicina actual. Sin embargo cada año fallecen poco más de medio millón de mujeres en todo el mundo por estas causas.²⁷

Una de las complicaciones más frecuentes y graves es la enfermedad hipertensiva en el embarazo, que es un trastorno multisistémico de etiología desconocida, y representa una de las causas más importantes de morbilidad materna y perinatal en el mundo.²⁸

La enfermedad hipertensiva del embarazo, es una serie de trastornos que se caracterizan por tener en común la existencia de hipertensión arterial, proteinuria entre otros síntomas, a partir de las 20 semanas de gestación. Estos trastornos han sido agrupados dentro de un término denominado

síndrome hipertensivo del embarazo, que abarca fundamentalmente cuatro categorías.²⁹

1. Preeclampsia – Eclampsia.
2. Hipertensión inducida por el embarazo o hipertensión gestacional.
3. Hipertensión crónica.
4. Hipertensión crónica con preeclampsia sobre-agregada

Hipertensión Gestacional. Síndrome caracterizado por hipertensión desarrollada durante el embarazo mayor o igual a 20 semanas, tensión arterial sistólica mayor o igual a 140mmHg o tensión arterial diastólica mayor o igual a 90mmHg, en una mujer previamente normotensa sin proteinuria.

Preeclampsia. Tensión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm Hg o tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg en embarazo mayor o igual a 20 semanas en mujer previamente normotensa, proteinuria en 24 horas mayor o igual a 300 mg, o tirilla reactiva positiva + o más.

Preeclampsia leve. Cuando existe una tensión arterial sistólica mayor o igual 140 mm Hg y menor a 160 mm Hg, la tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg y menor de 110 mm Hg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, con proteinuria en tirilla reactiva positiva, o proteinuria en 24 horas mayor o igual a 300mg hasta menor de 5 gramos, y ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad.

Preeclampsia severa. Cuando la tensión arterial sistólica es mayor o igual a 160 mm Hg, y la tensión arterial diastólica mayor o igual de 110 mm Hg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, además proteinuria en 24 horas

mayor o igual a 5 gramos o proteinuria en tirilla reactiva +++ y presencia de uno de los siguientes signos, síntomas y exámenes de laboratorio: Vasomotores: cefalea, tinitus, acúfenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho. Hemólisis.

Plaquetas menor a 100000 mm³. Disfunción hepática con aumento de transaminasas. Oliguria menor 500 ml en 24 horas. Edema agudo de pulmón. Insuficiencia renal aguda.

Eclampsia. Tensión Arterial mayor de 140/90mmHg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, con proteinuria en 24 horas mayor a 300 mg o en tirilla reactiva +/++/+++, acompañado de convulsiones tónico clónicas o coma durante el embarazo, parto o puerperio sin estar causados por epilepsia u otros procesos convulsivos.

Hipertensión Arterial Crónica Cuando la tensión arterial es mayor o igual a 140/90mmHg en embarazo menor a 20 semanas o previa al embarazo y que persiste luego de las 12 semanas post parto, la proteinuria en tirilla reactiva es negativa.³⁰

Aspectos psicológicos y estrés

El embarazo es un periodo de grandes modificaciones metabólicas, hormonales e inmunológicas, perceptibles por la mujer desde el inicio de la gestación. Desde el punto de vista psicológico, la gestación también es un importante cambio en la vida de la mujer, y algunas ocasiones se requiere que elabore estrategias para llevar a cabo el cuidado del recién nacido, facilitando el vínculo que establecerá con su hijo.³¹

Algunas investigaciones como las de Verny, Florez, Light, Fenster, Istvan y Lobel, por mencionar, han analizado en qué medida los múltiples aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales, influyen en cómo se desarrolla el embarazo, el parto, el puerperio, la maternidad y el vínculo afectivo, siendo aún pocos los estudios que profundizan en el área psicológica.³²

Dentro de las variables psicológicas que van a influir en la manera de responder de la mujer frente al embarazo, se encuentra la personalidad y el estrés. La personalidad de la mujer va a determinar en gran medida la forma en que se va a afrontar esta nueva condición.³³

El problema del estrés aparece con mucha frecuencia, algunas veces como factor etiológico, y otras como un factor asociado, relevante en el contexto vital de la paciente. Las principales preocupaciones o factores de estrés que pesan sobre las madres gestantes se refieren a los peligros potenciales para el estado físico del bebé y el de ellas. En el caso del embarazo normal, se ha observado que las mayores frecuencias de percepción de peligro se dan en relación con la salud y normalidad del niño, la condición del recién nacido en el momento del parto, la contracepción después del parto, la pérdida del atractivo físico los problemas financieros derivados de la atención médica, y los efectos de la anestesia.

Los principales aspectos que generan ansiedad en un embarazo se relacionan con el temor por el sufrimiento fetal, el parto, y los aspectos físicos referentes a la madre. El impacto de estos eventos es mayor en las mujeres más jóvenes, en las primigrávidas, en las de bajo nivel educacional, en las que no reciben preparación psicoprofiláctica para el parto, y en las que tienen un embarazo de alto riesgo.³⁴

Son varias las razones por las cuales el alto riesgo incrementa el estrés que experimenta la madre gestante: porque el alto riesgo conlleva a una mayor medicalización de su embarazo,³⁵ porque ello implica una mayor exigencia en términos de servicios de salud especializados, porque implica mayores demandas para ella misma pues incrementa su responsabilidad por el bienestar fetal, porque implica procedimientos médicos especializados que se practican con mayor frecuencia que en el embarazo normal (ej. mayor monitoreo fetal), porque puede implicar hospitalización (en el caso de la preeclampsia siempre la implica), y porque puede implicar un eventual desembarazo antes de término, a través de cirugía, con todas las implicaciones propias de la cirugía (anestesia, malestar, etc.) y los peligros que conlleva para la salud de la madre y del hijo.³⁶

Se han propuesto diversas interpretaciones del concepto de “estrés”. Los investigadores coinciden en que éstas asumen una de tres formas: 1) El concepto de estrés referido a eventos o situaciones que generan el estado así denominado; 2) el concepto de estrés referido a las respuestas del organismo que caracterizan el estado así denominado; 3) el concepto de estrés como una transacción, referido a un proceso de interacción entre situaciones que son interpretadas de alguna manera por la persona y sus propios recursos para afrontar dichas situaciones. Las dos primeras conceptualizaciones han recibido muchas críticas por su carácter de tipo circular.³⁷

En general se puede considerar al estrés como una relación entre eventos o situaciones del medio externo o interno ("estresores") y la reacción de activación que se produce en la persona en respuesta a dichos eventos. Entre unos y otros eventos median factores moduladores, tales como el apoyo social, el estilo o historia de afrontamiento, las características de estilo de vida, y muchas otras. En ese sentido, el estrés es un proceso necesario y propio de la adaptación del organismo al medio.³⁸ Esta interpretación del estrés guió el presente estudio sobre estrés prenatal, dentro de un marco que asume al

embarazo como un proceso biológico altamente condicionado y afectado por eventos estresantes de tipo psicosocial,³⁹ inherentes o externos al embarazo mismo, que influyen sobre la situación orgánica de la madre gestante y, por esa vía, sobre el resultado final o producto del embarazo.

Algunos autores han propuesto que un factor modulador de la respuesta de ansiedad ante los estresores internos o externos al embarazo es la deseabilidad y oportunidad del mismo.⁴⁰ Se observó que las gestantes que no desean quedar embarazadas presentan más temores referentes a su propia integridad física, mientras que las que sí lo desean presentan más temores relacionados con la integridad del bebé. El embarazo no planeado, y sobre todo el no deseado, aumenta la situación de ansiedad y malestar en la gestante. La actitud de la gestante hacia el embarazo, positiva o negativa, refleja, a manera de síntesis, sus cogniciones o ideas acerca del mismo. Estas cogniciones son la resultante de toda la tradición oral y escrita, formal e informal, que la mujer recibe acerca del embarazo y del parto.⁴¹

Personalidad Tipo A

Si bien todavía existe controversia acerca del papel independiente de los factores de riesgo psicológicos y sociales en los procesos de la enfermedad hipertensiva en el embarazo, diversos estudios sobre el Infarto Agudo al Miocardio han intentado determinar el papel de las variables psicológicas, independientemente de los factores de riesgo cardiovascular. Una de las variables psicológicas más estudiadas ha sido la personalidad. En base a la conceptualización que realiza Millon,⁴² los estilos de personalidad reflejan las características permanentes y omnipresentes de funcionamiento del paciente. Estas tienden a perpetuarse y a agravar las dificultades cotidianas porque los pacientes están tan automatizados con ese modo de vida que, con frecuencia, son inconscientes de las consecuencias destructivas de su naturaleza y

personalidad. Bajo condiciones de persistente adversidad, el estilo de funcionamiento desadaptado podría comenzar a descompensarse, adquiriendo aspectos que justifican la denominación de moderada o marcada gravedad.⁴³

Por otra parte Brezinka y Padmos, encontraron que los principales factores de riesgo psicológicos reportados para las mujeres eran patrones de conducta tipo A y emociones problemáticas crónicas ya que desarrollan un nivel de preocupación cognitiva más elevado, son más irritables y menos relajadas; variables psicológicas que deberían ser tomadas en cuenta para obtener una óptima rehabilitación psicosocial.⁴⁴

Un estudio reciente citado por Welin C, Lappas G, y Wilhelmsen L. con un seguimiento de 10 años, destaca que el género femenino, los altos niveles de depresión y la carencia de apoyo social son los factores de mayor riesgo de mortalidad coronaria, entre otros factores psicosociales que incluyen edad, estado civil, nivel de educación, tensión mental en el trabajo o en el matrimonio, ansiedad, insatisfacción con la vida familiar, problemas con los hijos, insatisfacción con la situación financiera, sucesos de vida, enojo no expresado, irritabilidad, conducta tipo A o locus de control de la salud.⁴⁵

En 1959, los cardiólogos Rosenman y Friedman, en un intento por determinar cuáles eran las características personales de quienes habían sido afectados por un Infarto Agudo al Miocardio, propusieron un conjunto de características de comportamiento, que parecía describir la forma en la que estos pacientes se comportaban, y lo denominaron "patrón de conductas tipo A". Estas se caracterizan por:⁴⁶

a) Esfuerzo intenso y mantenido hacia el logro de objetivos autoseleccionados y, por lo general, pobremente definidos;

- b) Elevada inclinación hacia la competitividad;
- c) Deseo persistente de reconocimiento y prestigio;
- d) Constante implicación en múltiples y diversas actividades que generalmente exceden la disponibilidad de tiempo del sujeto;
- e) Propensión habitual a la aceleración en la realización de actividades diversas;
- f) Extraordinario nivel de alerta física y mental.

En los últimos 30 años, la investigación del patrón de efectos de la conducta tipo A, en síntomas psicológicos y físicos ha crecido considerablemente. Friedman y Rosenman inicialmente la describieron como una combinación de competitiva necesidad de logro, sentido de urgencia de tiempo, agresividad y hostilidad. Friedman y Rosenman notaron que su constelación de comportamiento era más prevalente entre pacientes cardíacos y pacientes con enfermedad coronaria grave. Estas observaciones iniciales han estimulado varios grandes estudios prospectivos, muchos de los cuales encontraron una modesta pero significativa relación entre la conducta tipo A y la prevalencia e incidencia de la enfermedad cardíaca.⁴⁶

Conceptualización de la salud materno-infantil

El concepto de Salud reproductiva dado por la Conferencia Internacional sobre población y desarrollo en 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 como lo ha expuesto el autor Ramos Padilla.⁴⁷

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 cotidianeidad 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, es decir, el género no solo es un aspecto determinante de inequidad sino también un eje explicativo de muchos de los factores que intervienen en el enfermar y morir de mujeres y hombres.⁴⁸

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 evidencias 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 las carga de enfermedades femeninas está relacionada con sus funciones y potencial reproductivos pues son ellas quienes cargan sobre sus cuerpos e embarazo, el parto y el puerperio y por lo mismo, existen necesidades específicas para su atención.⁴⁸

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos hipertensivos en el embarazo continúa siendo una importante causa de morbimortalidad materno fetal, por los efectos y consecuencias que ocasiona en órganos, sistemas y en las relaciones afectivas. La etiología aún no se conoce con precisión, no obstante la prevención juega un papel muy importante; para ello debe ponerse especial atención en acciones educativas y de autocuidado que permitan la detección oportuna para realizar el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

En La actualidad, se presentan 2.1 millones de embarazos cada año en México, alrededor de 300 mil tienen complicaciones obstétricas. El impacto que estas complicaciones obstétricas siguen teniendo en el país es enorme ya que 30,000 mujeres quedan con secuelas obstétricas, falleciendo anualmente 1,100 mujeres lo que provoca un impacto social.

Así mismo, Salvatierra comenta en sus investigaciones, que la mujer debe concientizarse acerca de tres realidades durante la gestación: 1) La aparición de un nuevo ser; 2) Las profundas modificaciones biológicas, anatómicas y funcionales que alteran la imagen corporal y conducen a transformación física; y 3) Su nuevo rol social. Estos hechos generan en la mujer alteraciones psicológicas, sentimientos ambivalentes, e incrementan la ansiedad o estrés ante las demandas sociales.

Al analizar ésta situación, se hace patente la necesidad de ubicar la atención perinatal desde una perspectiva de la prevención, lo que a su vez requiere ampliar el enfoque tradicional biologista a uno que conceptualiza la reproducción humana como un proceso Biopsicosocial.

JUSTIFICACIÓN

La mortalidad materna y fetal constituye un problema de Salud Pública en México. Ya que la mortalidad materna es sin duda el indicador que mejor refleja las disparidades entre grupos sociales, regiones y países. La mayor parte de las muertes maternas son prevenibles y evitables, si son atendidas de manera oportuna y adecuada. Según datos oficiales, entre 75% y 85% de las defunciones maternas son absolutamente prevenibles.

Las principales causas de muerte materna en el Estado de Hidalgo para el periodo enero-diciembre 2009 fueron: Choque Hipovolémico 13%, Síndrome de Hellp 5%, Preeclampsia 3%, Choque Séptico 4%, Edema Agudo pulmonar 2%, Insuficiencia Cardíaca 2%, Eclampsia 1%. Teniendo el Hospital General de Pachuca el 25% de prevalencia en Enfermedad hipertensiva del embarazo para ese periodo.

El estudio de la etapa gestacional ha ido cobrando cada vez mayor importancia ya que con acciones preventivas se pueden evitar futuras complicaciones. Al ubicarse dentro de éste marco integral y preventivo, se percibe que muchos de los problemas de salud perinatal son condicionados en gran medida por factores psicológicos, sociales, económicos y culturales. Por lo tanto es solo a través de una mayor atención a estos factores, en combinación con los avances tecnológicos, que se puede lograr un mayor éxito en cuanto a la prevención de la morbilidad materna.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿La conducta tipo A y el estrés prenatal en la mujer embarazada con diagnóstico de enfermedad hipertensiva se encuentran asociados?

OBJETIVO GENERAL

Analizar la asociación de la conducta tipo A y el estrés prenatal en la enfermedad hipertensiva del embarazo en mujeres atendidas en el Hospital General de Pachuca en el periodo febrero–julio 2011.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Describir las variables sociodemográficas que caracterizan a la población de estudio
- 2) Estimar la prevalencia de estrés prenatal en mujeres sin la enfermedad hipertensiva del embarazo
- 3) Evaluar la prevalencia de la conducta tipo A en mujeres sin la enfermedad hipertensiva del embarazo.
- 4) Determinar la asociación entre la conducta tipo A y la enfermedad hipertensiva del embarazo.
- 5) Determinar la asociación entre el estrés prenatal y la enfermedad hipertensiva del embarazo

HIPOTESIS

La conducta tipo A y estrés prenatal están asociados positivamente en la enfermedad hipertensiva en el embarazo.

METODOLOGIA

Diseño epidemiológico

Se realizó un diseño observacional tipo casos y controles no pareado.

Ubicación espacio temporal

Lugar: Hospital General de Pachuca Hidalgo de la Secretaria de Salud.

Tiempo: Se ejecutó de febrero a julio de 2011

Personas: Mujeres con diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo y mujeres con diagnósticos de embarazo saludable.

Definición de la población objetivo

a. Criterios de inclusión

1.- Casos: Mujeres con diagnóstico de enfermedad hipertensiva en el embarazo (hipertensión gestacional, preeclampsia leve, preeclampsia grave, síndrome de hellp)

2. Controles. Mujeres con diagnóstico de embarazo sano.

b. Criterios de exclusión

Mujeres que no sepan hablar español y o tengan algún padecimiento psiquiátrico para ambos grupos.

c. Criterios de Eliminación

Como criterio de eliminación se consideró a las mujeres que no contestaran más del 80% de los ítems, sin embargo no hubo encuestas eliminadas en la investigación.

Definición del tamaño muestral

Muestreo no probabilístico de sujetos tipo.

Ficha técnica de muestreo

UNIVERSO: mujeres embarazadas con enfermedad hipertensiva del embarazo y mujeres sanas que cursen el segundo trimestre del embarazo.

ÁMBITO. Hospital General de Pachuca Hidalgo. Secretaria de Salud

TAMAÑO DE MUESTRA. 131 mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo y 119 mujeres sanas. Total 250 mujeres embarazadas.

Variables

Variable dependiente:

Conducta tipo A y Estrés prenatal

Variables independientes:

Enfermedad Hipertensiva en el embarazo y diagnóstico sanas

Variables Confusoras

Edad

Escolaridad

Estado civil

Con quien viven

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	FUENTE
<p>Independiente:</p> <p>Enfermedad Hipertensiva en el embarazo</p>	<p>La EHE se define como un padecimiento que se presenta desde la vigésima semana del embarazo en adelante, durante el parto y el puerperio, caracterizado por hipertensión arterial, y proteinuria</p> <p>A.-Preeclampsia- Leve Elevación sobre cifras basales en la TA sistólica >140/90, <160/110</p> <p>B.-Preeclampsia Severa HAS de 160/110 mmHg o mayor</p>	<p>Padecimiento que se presenta desde la vigésima semana del embarazo</p>	<p>Dicotómica</p>	<p>Expediente Médico</p>
<p>Dependiente</p> <p>Conducta Tipo A</p>	<p>Componente acción-Re-acción integrado por:</p> <p>a) componentes formales: habla rápida, tensión en la musculatura facial, excesiva actividad psicomotora y otros manierismos,</p> <p>b) actitudes y emociones: hostilidad, impaciencia, ira y agresividad,</p> <p>c) aspectos motivacionales: motivación de logro, competitividad y</p>	<p>Reacción de no tolerancia y falta de tiempo.</p>	<p>Cualitativa Categorica</p>	<p>Tests</p>

	ambición, d) manifiesta urgencias de tiempo, implicación en el trabajo, y e) Aspectos cognitivos: necesidad de control ambiental y estilo atribucional			
Dependiente: Estrés Prenatal	Respuesta corporal no específica ante cualquier demanda que se le haga al organismo, así mismo en el estado de embarazo	Situación de tensión y malestar físico y mental	Cuantitativa, dicotómica	Test
Variables confusoras				
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo	Tiempo en años que una persona ha vivido desde que nació	Cuantitativa Discreta	Encuesta
Escolaridad	Grado escolar que ha alcanzado una persona	Grado escolar alcanzado hasta el momento de la entrevista	Ordinal	Encuesta
Estado civil	Situación legal que mantienen dos sujetos	Condición legal que mantiene la persona entrevistada	Nominal Categórica	Encuesta
Con quien viven	Ubicación tempoespacial de la localización física y social de un individuo	Con quien vive la pareja	Nominal categórica	Encuesta

Proceso de obtención de la información

Fuente de información

Para obtener la información del estudio se utilizó una fuente prolectiva, la cual consistió en una entrevista con datos sociodemográficos, test de “Bornet” para la conducta tipo A y test de estrés prenatal autoaplicables por la población considerada en el estudio (Ver Anexo 1).

Técnica de recolección de la información

Se efectuó a través de un instrumento autoaplicado, previa información y sensibilización a las pacientes de ambos grupos. Se inició en el Club del embarazo donde las mujeres con embarazo sano son informadas de temas de interés, después se procedió al área de hospitalización previa autorización del jefe de ginecología y de conocer el proyecto. Se autorizó a evaluar a las mujeres con diagnóstico de hipertensión en el embarazo. Es importante hacer mención que a todas las mujeres se les dio una carta de consentimiento informado y así garantizar la confidencialidad de la información generada. (Ver anexo 2)

RUTA CRÍTICA

Elaboración de la base de datos con información de la población seleccionada.



Limpieza de Base de datos



Análisis de la información



Elaboración de cuadros y gráficas



Redacción de Conclusiones y discusión



Redacción e integración de investigación



Revisión por el comité de investigación del Instituto de Ciencias de la Salud



Presentación de examen



Publicación de artículo.

Pilotaje

El propósito de su realización consistió en evaluar la calidad del lenguaje del instrumento y evitar sesgos que pudieran alterar los resultados. Se utilizó como piloto a las pacientes del hospital obstétrico de Pachuca, de características similares a la población estudiada.

Fase de Campo

Se llevó a cabo a través de 2 pasantes de la carrera de psicología que se capacitaron para el levantamiento de la información, uno realizó la entrevista y test a las mujeres sin diagnóstico y el otro a las mujeres con diagnóstico de hipertensión en el embarazo.

Validación de la información

Técnica de recolección de la información: validez y confiabilidad

Se validó a técnica de recolección de información de la siguiente manera:

Supervisión durante la fase de campo durante el levantamiento de los datos al verificar que las pacientes llenaran en forma completa y adecuada los instrumentos de recolección de los datos y en la codificación.

Se capturó la información en una base de datos, elaborada en spss.

Se hizo limpieza de datos, con la finalidad de evitar la obtención de datos incongruentes por error en su captura.

Plan de análisis

Los resultados de las variables se obtuvieron apoyándose en la utilización de software`s estadísticos como el SPSS 15.0 para Windows. Con el fin de caracterizar a la población se utilizó estadística descriptiva. Se calcularon las medidas de resumen (media, mediana).

Se trabajó para el análisis bivariado, prueba de t de students y sus intervalos de confianza al 95% para la diferencia de medias, así como la χ^2 Pearson.

ASPECTOS ETICOS

El presente estudio se llevará a cabo acorde a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo,

Se considera un estudio con riesgo mínimo según el artículo 17 de éste Reglamento, por aplicar estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios.

Se respetó la voluntariedad de las participantes, así como la confidencialidad previa aceptación del consentimiento informado, de conformidad con el título quinto, investigación para la salud del mismo reglamento. Se anexa el consentimiento informado que se entregó.

PRESUPUESTO

CONCEPTO	JUSTIFICACION	COSTO POR UNIDAD	U	T O T A L
HOJAS	INSTRUMENTOS DE MEDICION			
IMPRESIÓN DE TEST	CONDUCTA TIPO A Y ESTRÉS PRENATAL	\$ 500.00	CAJA CON 500 HOJAS	500.00
MATERIAL GASTABLE DE OFICINA	PARA LLENAR LOS TEST	\$ 200	1	500.00
TIEMPO PERSONA				S/C
TIEMPO COMPUTADORA				S/C
TOTAL				\$ 1,000.00

LIMITACIONES

La investigación por ser un casos y controles es especialmente susceptible a sesgos, ya que los casos seleccionados por el investigador se obtienen a partir de una reserva disponible, así mismo puede generar frecuentemente sesgos de información, debido a que a exposición, se mide o se cuantifica, después del desarrollo de la enfermedad, y también se puede introducir un sesgo de selección, si la exposición de interés determina diferencialmente la selección de los casos y los controles. Desde el punto de vista metodológico es importante señalar la dificultad de evaluar el comportamiento de las personas ya que los test muchas veces no arrojan datos totalmente sólidos, ya que pueden no decir totalmente como es el comportamiento que tienen realmente en su casa o dentro de la sociedad.⁴⁹

DISCUSION

Del test de Bortner de conducta tipo A, las siguientes afirmaciones tuvieron una asociación significativa: Nunca llego tarde, soy muy competitiva, me anticipo a los demás y les interrumpo, siempre estoy con prisas, intento hacer muchas cosas simultáneamente, soy impaciente cuando espero, hablo con fuerza y energía, deseo que se me estime por mi trabajo, nunca expreso mis emociones, y siento culpa cuando no trabajo.

Sin embargo la afirmación mi vida está centrada en mi trabajo no obtuvo una asociación significativa, quizás debido a que el instrumento fue diseñado para hombres de negocios, sin embargo como lo menciona Jeffrey R. Edwards y A. J. Baglioni Jr. en su artículo "The psychometric properties of the Bortner Type A scale" en su conjunto, ésta evidencia es insuficiente para sacar conclusiones respecto a la forma de la dimensionalidad de la escala, aunque parece que la urgencia de tiempo puede ser un componente central."

Ahora bien para el estrés prenatal solo se encontró una significancia en las afirmaciones miedo o temor que mi bebé sufra algún padecimiento antes de nacer, preocupación por alguna situación familiar, me molesta estar hospitalizada y temor a morirme, y sin embargo miedo al dolor del parto y Miedo a que se complique el embarazo, no fueron significativas, aquí se observan discrepancias con lo observado por Standley, Soule y Copans quienes encontraron que los principales aspectos que generan ansiedad en un embarazo se relacionan con el temor por el sufrimiento fetal, el parto, y los aspectos físicos referentes a la madre.

Por lo tanto es importante desarrollar y evaluar intervenciones que nos permitan promover la importancia de las emociones y estrés prenatal en el embarazo, a través de instrumentos confiables y validados en nuestro país, y la utilización de una muestra probabilística que le dé el poder estadístico necesario.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se identificaron las variables potencialmente predictivas de estrés prenatal y conducta tipo A, con ello se cumple el objetivo general ya que al analizar la asociación de la conducta tipo A y el estrés prenatal en la enfermedad hipertensiva del embarazo en mujeres atendidas en el Hospital General de Pachuca en el periodo febrero–julio 2011 se halló asociación significativa.

Es importante tener en mente que el estrés y la conducta no dejan de ser una reacción individual, es decir cada persona va a ser afectada en diferentes grados, exacerbándose su respuesta en etapas de crisis, más susceptible a las consecuencias adversas del mismo, las cuales se pueden proyectar en cada contexto, así como la generación de confianza hacia el entrevistador y que este pueda obtener una información veraz.

Así mismo en la gestación existen una serie de acontecimientos que en cascada ponen a prueba la estabilidad emocional de la mujer, por lo que se recomienda reciba el apoyo de índole psicológico por parte del prestador de servicios para facilitar su manejo clínico y establecer con mayor precisión intervenciones adecuadas.

RESULTADOS

ANÁLISIS UNIVARIADO. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

A. Aspectos socioculturales

En una muestra de N=250 mujeres embarazadas, atendidas en el Hospital General de Pachuca en el periodo febrero a julio 2011, el 52.4% (n=131) correspondieron a mujeres con el diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo, y un 47.6% (n= 119) eran mujeres embarazadas sanas (ver tabla 1). Al respecto se tuvieron los siguientes datos:

Tabla 1. Distribución porcentual de mujeres de acuerdo al diagnóstico

Diagnóstico	n	%
Sanas	119	47.6
Enfermedad hipertensiva del embarazo	131	52.4
Total	250	100

Edad

Respecto a la edad de las mujeres, en total se encontraron en un rango de 13 a 45 años, los intervalos están de la siguiente manera: de 13 a 17 años con el 18.4 % del total, del cual el 10.8% fueron mujeres con el diagnóstico de enfermedad hipertensiva y 7.6% fueron mujeres embarazadas sanas. Se identifica que el 14.8% fueron mujeres con diagnóstico que oscila entre los 23 y 27 años de edad (n=37), y las mujeres sin diagnóstico oscilan entre 18 a 22 años 14.8% (n=37) (ver figura 1).

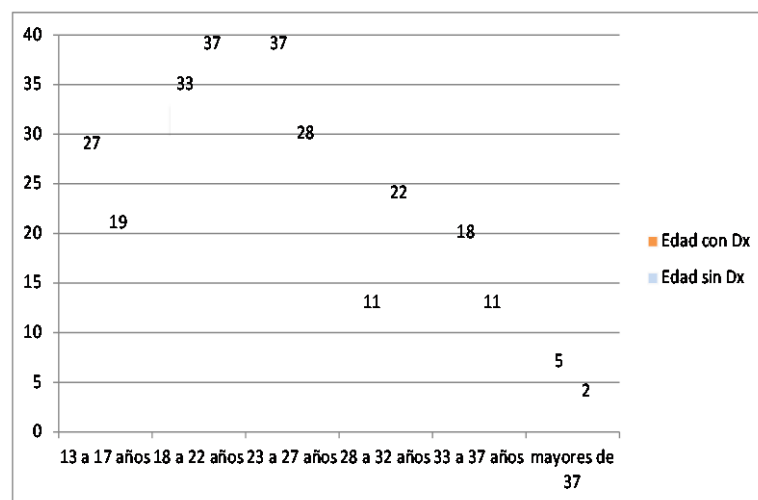


Fig. 1. Rangos de edad de las mujeres participantes.

Lugar de origen

Con relación al lugar de origen de las mujeres participantes, se clasificó en cuatro categorías: Pachuca, Estado de Hidalgo, Distrito Federal y otros lugares; encontrándose N=161 (64.4%) del Estado de Hidalgo. En la categoría Pachuca son N=77 (30.8%) y las restantes N=12 (4.8%) son de otros lugares y del DF. Por el diagnóstico el 35.6% (n=89) fueron mujeres con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo, y el 28.8% (n=72) fueron mujeres sin diagnóstico y corresponden al Estado de Hidalgo. (ver figura 2).

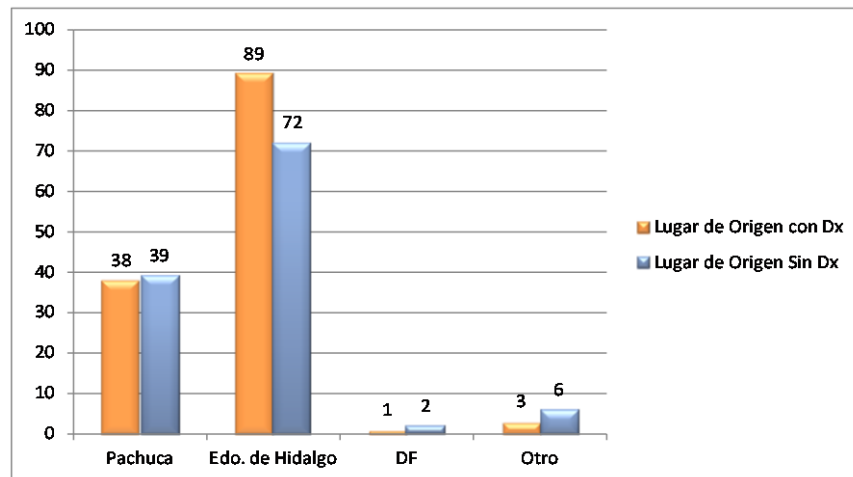


Fig. 2. Lugar de origen de las mujeres participantes.

Estado Civil

Las categorías para el estado civil son solteras 16.4% (n= 41) de las cuales el 9.2% (n=23) corresponden a las mujeres con diagnóstico de EHE, y el 7.2% (n=18) son mujeres sin dx. Se encontró que la mayoría de ellas están en la categoría de unión libre encontrándose el 34.8% (n=87) de mujeres con dx de EHE y el 30.8% (n=77) de mujeres sin dx. (ver figura 3).

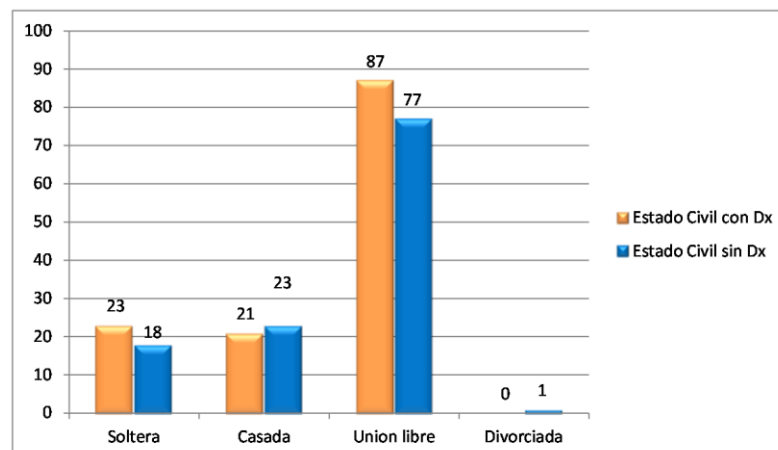


Fig. 3. Estado Civil de las mujeres participantes.

Grado de estudio de las mujeres.

Se obtuvieron once categorías para el grado de estudios, de las cuales la mayoría de las mujeres se encuentra en la categoría secundaria completa, correspondiente al 40% (N= 100), de las cuales el 19.2% (n=48) son mujeres con el dx de EHE y el 20.8% (n=52) son mujeres sin dx. El 60% restante están en las otras categorías. (ver figura 4)

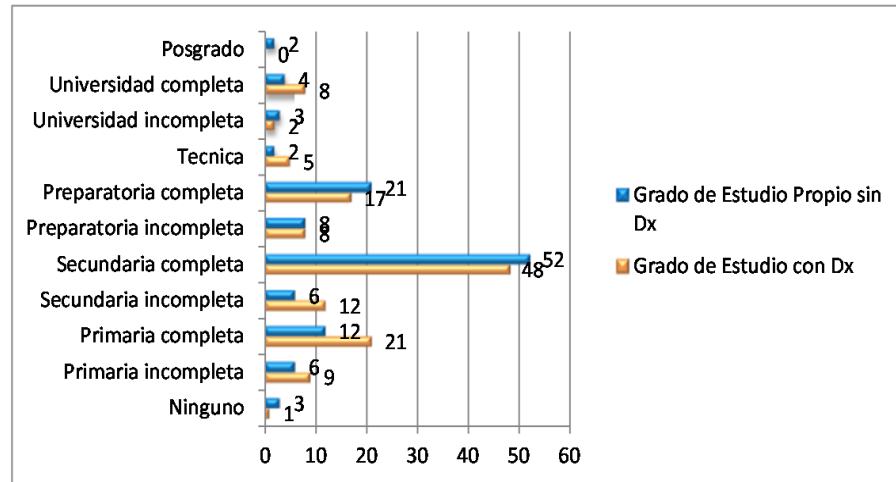


Fig. 4. Grado de estudios de las mujeres participantes.

Ocupación de las mujeres.

De ésta manera a la ocupación se agrupó en tres categorías: ama de casa, la cual obtuvo un total de n= 211 equivalente al 42% (n=105) para las mujeres con dx de EHE y un 42.4% (n=106) para las mujeres sin el diagnóstico. Obteniendo solo el 2% (n=5) de las mujeres que son estudiantes. (ver figura 5)

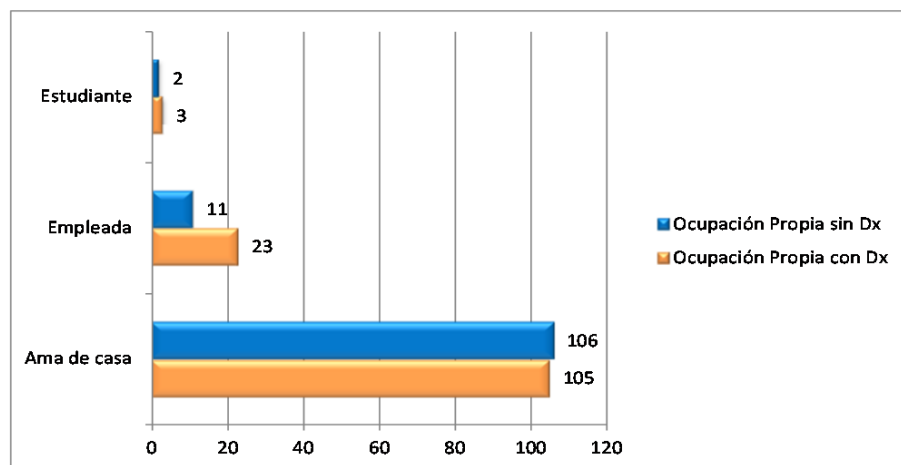


Fig. 5. Ocupación de las mujeres participantes

Edad de la pareja

El 83.2 % (n=208) de mujeres participantes en el estudio mantiene una relación y la edad de sus parejas oscila entre los 25 y 30 años, dándonos un 26% (n= 65), y el 11.6 % (n=29) son muchachos de 15 a 19 años y el 15.2% (n=38) desconoce la edad del padre de su hijo. (ver figura 6)

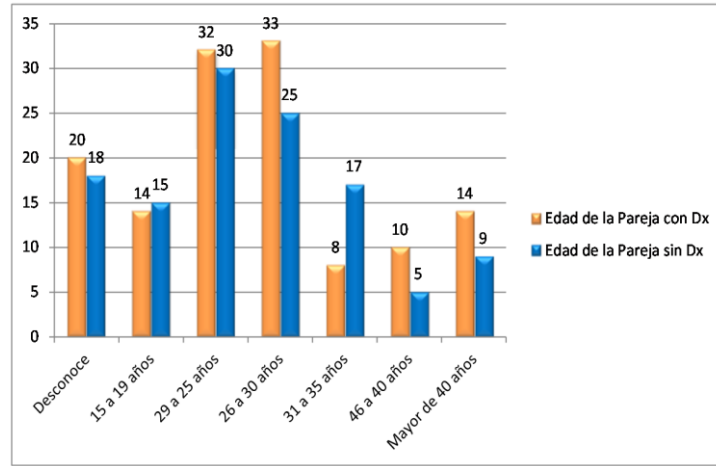


Fig. 6. Edad de las parejas de las mujeres participantes

Grado de estudios de las parejas de las mujeres participantes.

En cuanto se refiere al grado de estudios, se encontró que el 18% (n=45) de las parejas de mujeres sin diagnóstico cursaron con la secundaria completa, mientras tanto el 16.8% (n=42) de las parejas fueron de mujeres con dx de EHE y cursaron la primaria completa, y así va disminuyendo el porcentaje en los grados posteriores. (ver figura 7)

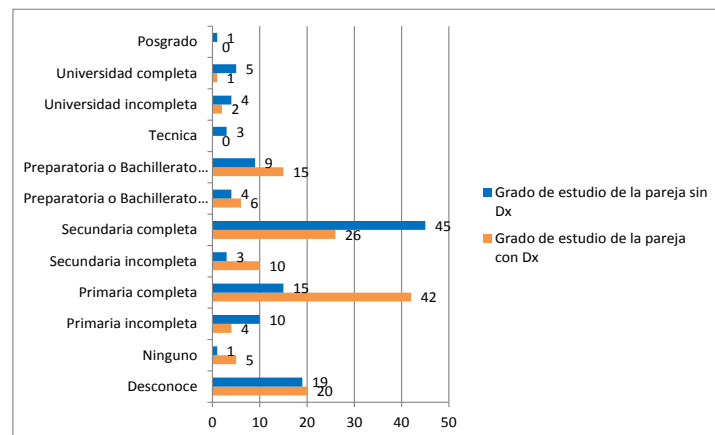


Fig. 7. Grado de estudios de las parejas de las mujeres participantes

Ocupación de la pareja.

En lo que respecta a la ocupación se encontró que el 21.2% (n=53) de las parejas de las mujeres sin diagnóstico eran empleados, mientras el 12.4% (n=31) de las parejas de mujeres con dx de EHE, se dedicaban a la albañilería y el 13.6% (n=34) desconoce la ocupación. (ver figura 8)

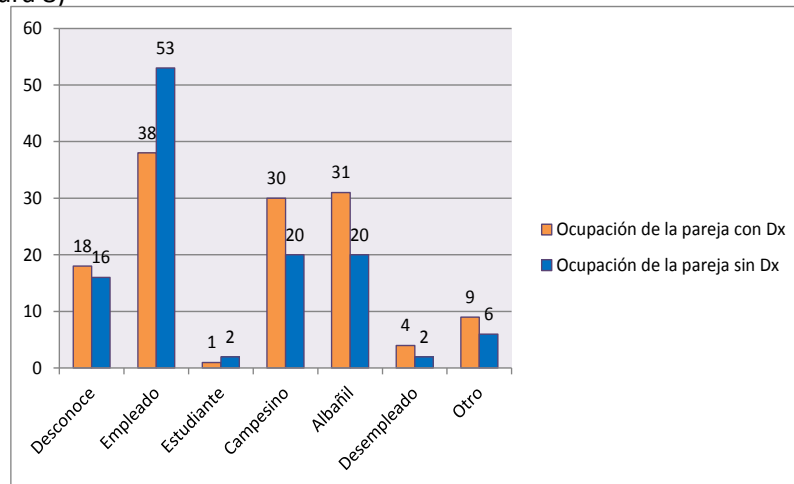


Fig. 8. Ocupación de las parejas de las mujeres participantes

Con quien viven

Al efectuar el análisis de la distribución por con quien viven las mujeres participantes del estudio, se encontró que el 41.2% (n=103) del total viven solas con su pareja, del cual 21.2% (n=53) corresponden a las mujeres sin diagnóstico, y el 20% (n=50) a las mujeres con dx de EHE. Siguiendo con el 16.4% (n=41) de las mujeres con dx de EHE viven con sus padres. (ver figura 9)

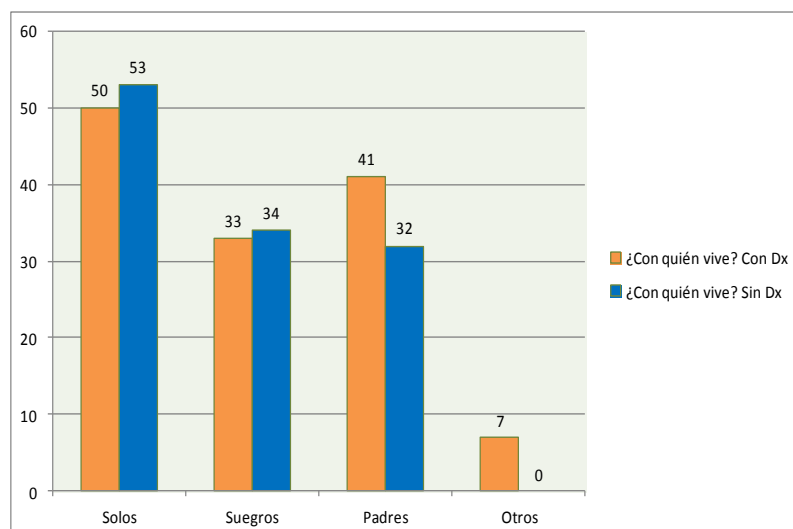


Fig. 9. Persona con quien viven las mujeres participantes.

Número de embarazo.

Para a distribución por número de embarazos se obtuvo lo siguiente; de las mujeres con diagnóstico de EHE, el 26.4% (n=66) era su primer embarazo, en su segundo embarazo se obtuvo el 14.4% (n=36) y para más de dos 11.6% (n=29). (Ver figura 10)

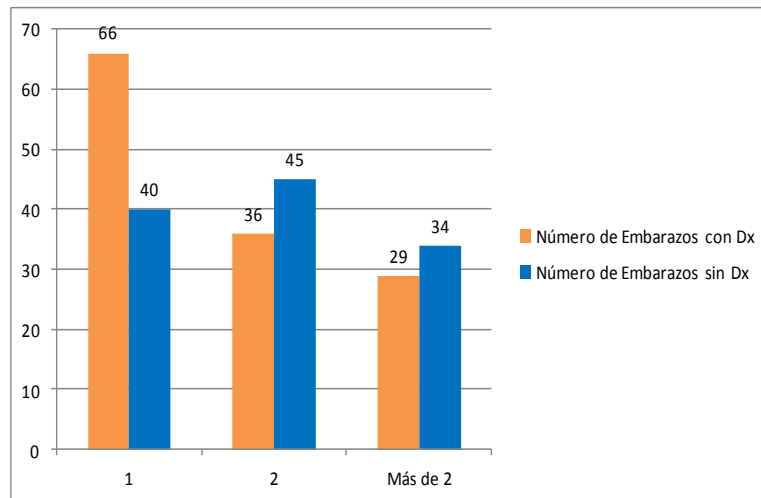


Fig. 10. Número de embarazos de las mujeres participantes

Edad Gestacional

Continuando con la edad gestacional se encontró que el 43.6% (n=109) se hallaba en la clasificación de más de 3 semanas de gestación para las mujeres con el dx de EHE, 8.4% (n=21) para el rango de 21 a 30 semanas de gestación y el 0.4% (n=1) en menos de 20 semanas de gestación. (ver figura 11)

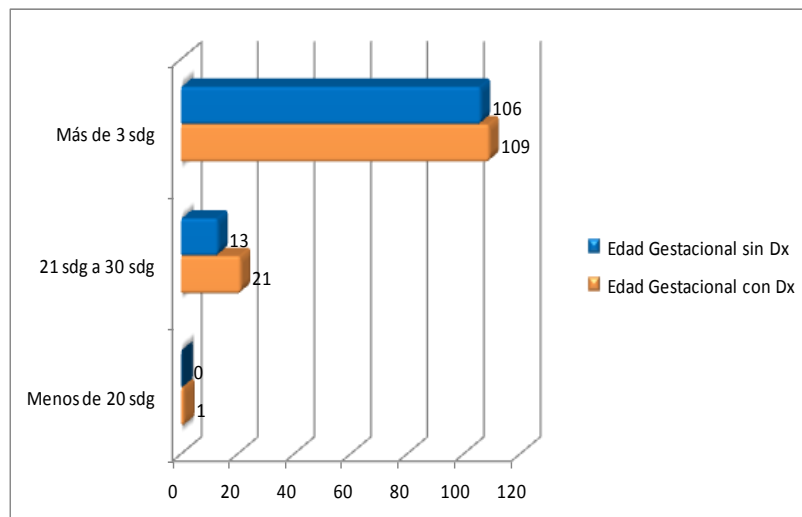


Fig. 11. Edad gestacional de las mujeres participantes.

ANALISIS BIVARIADO. CONDUCTA TIPO A EN MUJERES EMBARAZADAS CON Y SIN DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL PACHUCA PERIODO FEB-JUL 2011

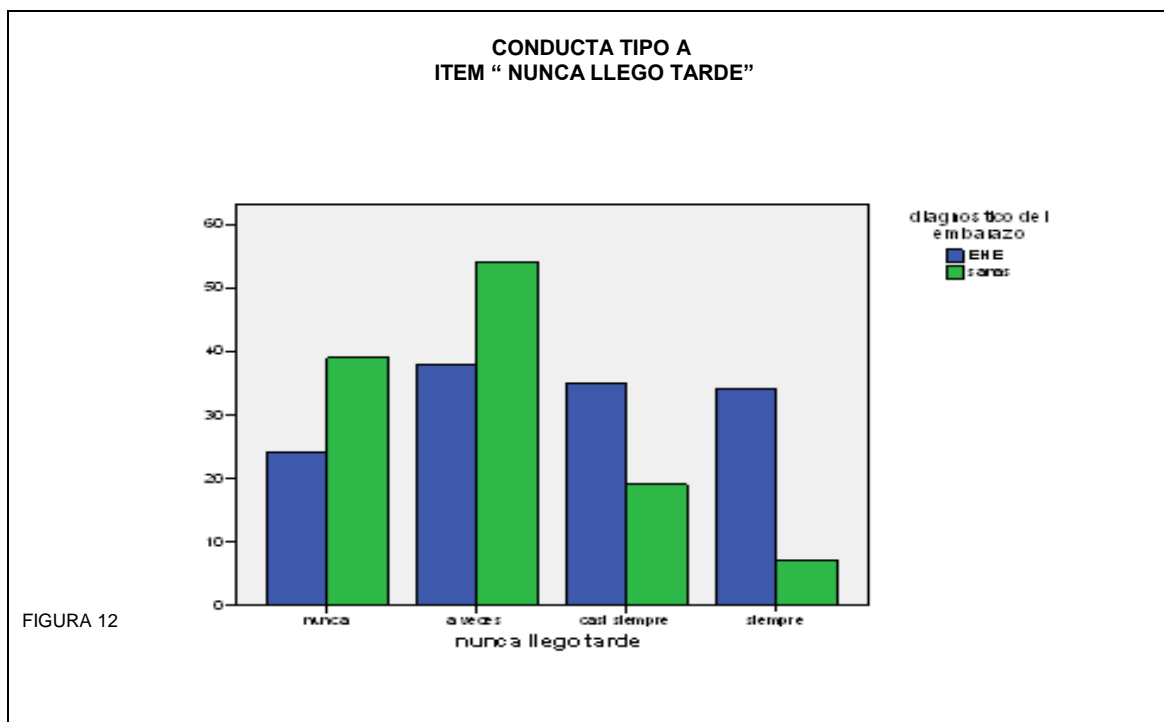


FIGURA 12

Pruebas de chi-cuadrado: Nunca llego tarde				Prueba t: Nunca llego tarde							
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)		Media Sin EHE	Media EHE	t	gl	Sig	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
Chi-cuadrado de Pearson	28,365(a)	3	,000							Inf	Sup
Razón de verosimilitudes	30,000	3	,000								
Asociación lineal por lineal	25,532	1	,000								
N de casos válidos	250										
					1.95	2.60	5.323	248	.000	.412	.895
							5.380	244.210	.000	.414	.893

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 19,52.

Tabla 3
Fuente: Test conducta tipo A "Borner"

En el caso de la afirmación "Nunca llego tarde", las mujeres con EHE obtuvo una $X=2.60$, y las mujeres sin EHE una $X=1.95$, de acuerdo con el resultado de la prueba t de student, las diferencias entre ambos grupos fueron significativas para esta variable ($t=5.32$; $p=.001$) (Ver figura 12, y tabla 3).

De la misma forma, la variable "Nunca llego tarde" al cruzarla con la variable mujeres embarazadas y mujeres con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo, se encontraron diferencias significativas entre los grupos, al encontrar una $p<0.05$, por lo que si se encontró una dependencia entre la enfermedad hipertensiva y el nunca llegar tarde (ver tabla 2).

En el caso del ítem “Soy muy competitiva”, las mujeres con EHE obtuvieron una $X=2.79$, y las mujeres sin EHE una $X=2.13$, siendo las diferencias entre ambos grupos fueron significativas para esta variable ($t=5.09$; $p=.001$) (Ver figura 13, y tabla 4).

De la misma forma, se encontraron diferencias significativas, al encontrar una $p<0.05$, por lo que si se encontró una dependencia entre la enfermedad hipertensiva y la competitividad (Ver tabla 5).

**CONDUCTA TIPO A
ITEM “SOY MUY COMPETITIVA”**

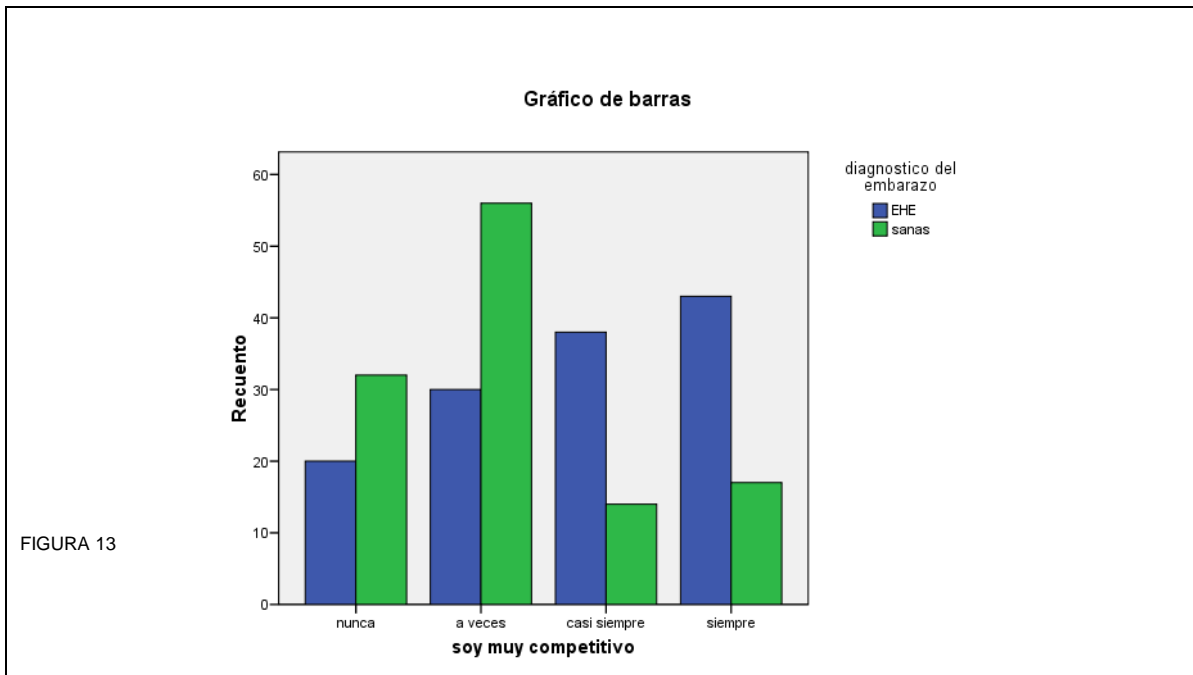


FIGURA 13

Pruebas de chi-cuadrado: Soy muy competitiva				Prueba t: Soy muy competitiva						
	Valor	gl.	Sig. asintótica (bilateral)	Media Sin EHE	Media EHE	t	gl	Sig	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
Chi-cuadrado de Pearson	32,472(a)	3	,000						Inf	Sup
Razón de verosimilitudes	33,360	3	,000							
Asociación lineal por lineal	23,575	1	,000							
N de casos válidos	250			2.13	2.79	5.093	248	.020	.404	.914
						5.115	247.989		.406	.913

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 24,75.

Tabla 5
Fuente: Test conducta tipo A "Bornet"

TABLA 4

**CONDUCTA TIPO A
ITEM "ME ANTICIPO A LOS DEMÁS"**

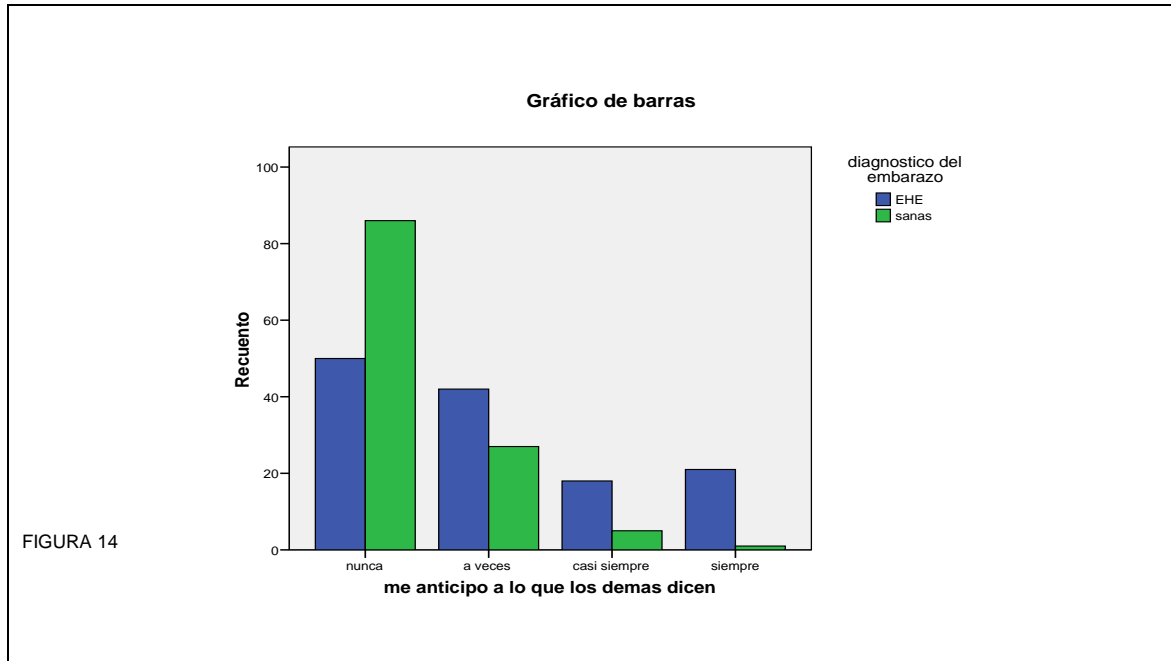


FIGURA 14

Pruebas de chi-cuadrado: "Me anticipo a los demás"				Prueba t: " Me anticipo a los demás"						
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Media Sin EHE	Media EHE	t	gl	Sig	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inf	Sup
Chi-cuadrado de Pearson	37,831(a)	3	,000							
Razón de verosimilitudes	42,517	3	,000							
Asociación lineal por lineal	37,319	1	,000							
N de casos válidos	250									
Me anticipo a lo que los demás van a decir y les interrumpo				1.34	2.08	6.612	248	.000	.520	.961
						6.782	207.2	.000	.525	.955

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,47.

Tabla 7
Fuente: Test conducta tipo A "Bornet"

TABLA 6

Se obtuvo diferencias significativas, al encontrar una $p < 0.05$, así mismo se encontró una dependencia entre la enfermedad hipertensiva y el anticiparse a los demás cuando hablan. (Ver tabla 6).

"Me anticipo a los demás cuando hablan y les interrumpo", se encontró que las mujeres con EHE obtuvieron una $X = 2.08$, y las mujeres sin EHE una $X = 1.34$, siendo las diferencias entre ambos grupos fueron significativas para esta variable ($t = 6.6$; $p = .001$) (Ver figura 14, y tabla 7).

**CONDUCTA TIPO A
ITEM "SIEMPRE ESTOY CON PRISAS"**

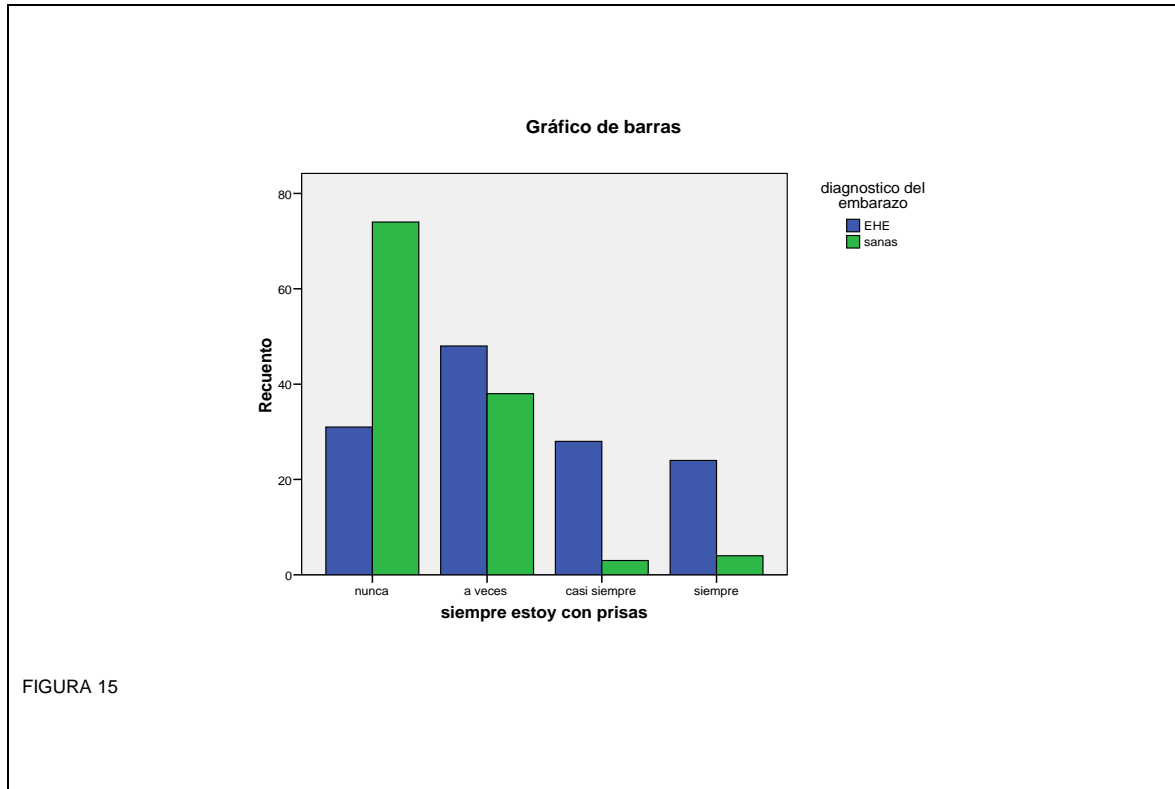


FIGURA 15

Pruebas de chi-cuadrado: "Siempre estoy con prisas"				Prueba t: " Siempre estoy con prisas"							
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Media Sin EHE	Media EHE	t	gl	Sig	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
Chi-cuadrado de Pearson	52,765(a)	3	,000						Inf	Sup	
Razón de verosimilitudes	57,840	3	,000								
Asociación lineal por lineal	47,957	1	,000								
N de casos válidos	250										
<small>a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 13,33.</small>				Siempre estoy con prisas	1.47	2.34	7.691 7.826	248 231.254	.000 .000	.649 .653	1.096 1.093

Tabla 9
Fuente: Test conducta tipo A "Bomet"

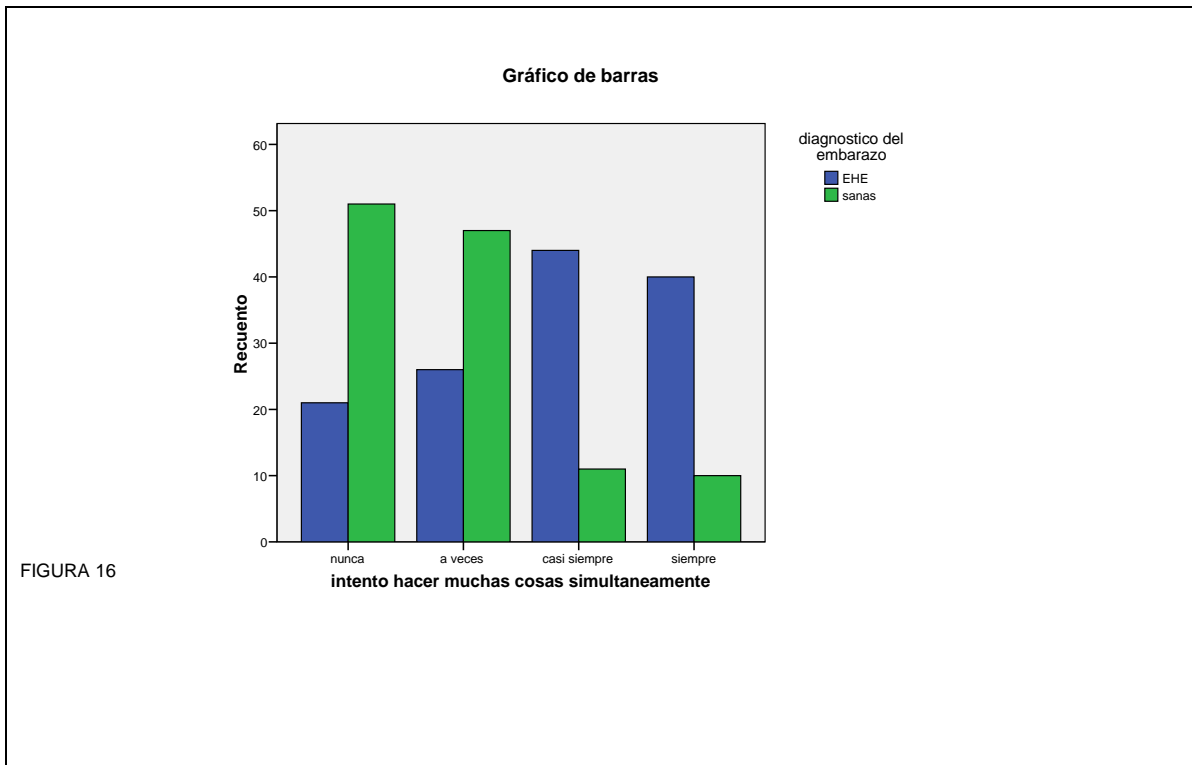
En el caso de la afirmación "Siempre estoy con prisas", las mujeres con EHE obtuvo una $X=2.34$, y las mujeres sin EHE una $X=1.47$, de acuerdo con el resultado de la prueba t de student, las diferencias entre ambos grupos fueron significativas para esta variable ($t=7.6$; $p=.001$) (Ver figura 15, y tabla 9).

De la misma forma, la variable “Siempre estoy con prisas” al cruzarla con la variable mujeres embarazadas y mujeres con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo, se encontraron diferencias significativas entre los grupos, al encontrar una $p < 0.05$, por lo que si se encontró una dependencia entre la enfermedad hipertensiva y siempre estoy con prisas (ver tabla 8).

Se obtuvo diferencias significativas, al encontrar una $p < 0.05$, así mismo se encontró una dependencia entre la enfermedad hipertensiva y el intentar hacer muchas cosas simultáneamente. (Ver tabla 10).

La variable “Intento hacer muchas cosas simultáneamente”, se encontró que las mujeres con EHE obtuvieron una $X = 2.79$, y las mujeres sin EHE una $X = 1.83$, siendo las diferencias entre ambos grupos fueron significativas para esta variable ($t = 7.6$; $p = .001$) (Ver figura 16, y tabla 11).

**CONDUCTA TIPO A
ITEM “INTENTO HACER MUCHAS COSAS SIMULTANEAMENTE”**



Pruebas de chi-cuadrado: "Intento hacer muchas cosas simultáneamente"

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	55,894(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	58,917	3	,000
Asociación lineal por lineal	47,223	1	,000
N de casos válidos	250		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 23,80.

TABLA 10

Prueba t: "Intento hacer muchas cosas simultáneamente"

	Media Sin EHE	Media EHE	t	gl	Sig.	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inf	Sup
Intento hacer muchas cosas simultáneamente	1.83	2.79	7.618 7.670	248 247.517	.000 .000	.708 .709	1.201 1.199

tabla 11

Fuente: Test conducta tipo A "Bornet"

Gráfico de barras

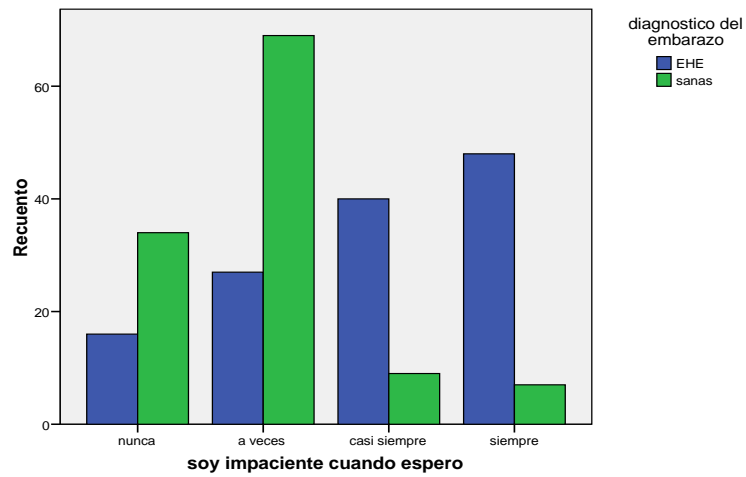


FIGURA 17

Pruebas de chi-cuadrado: "Soy impaciente cuando espero"				Prueba t: "Soy impaciente cuando espero"							
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)		Media Sin EHE	Media EHE	t	gl	Sig	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
										Inf	Sup
Chi-cuadrado de Pearson	74,627(a)	3	,000								
Razón de verosimilitudes	80,571	3	,000								
Asociación lineal por lineal	58,166	1	,000								
N de casos válidos	250										
				Soy impaciente cuando espero	1.91	2.92	8.694	248	.000	.780	1.237
							8.814	239.319	.000	.783	1.234

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 23,32.

TABLA 12

TABLA 13
Fuente: Test conducta tipo A "Bornet"

**CONDUCTA TIPO A
ITEM "SOY IMPACIENTE CUANDO ESPERO"**

Se obtuvo diferencias significativas, al encontrar una $p < 0.05$, así mismo se encontró una dependencia entre la enfermedad hipertensiva y ser impaciente cuando espero. (Ver tabla 12).

También se encontró que las mujeres con EHE obtuvieron una $X = 2.92$, y las mujeres sin EHE una $X = 1.91$, siendo las diferencias entre ambos grupos fueron significativas para esta variable ($t = 8.6$; $p = .001$) (Ver figura 17, y tabla 13).

**CONDUCTA TIPO A
ITEM "HABLO CON FUERZA Y ENERGIA"**

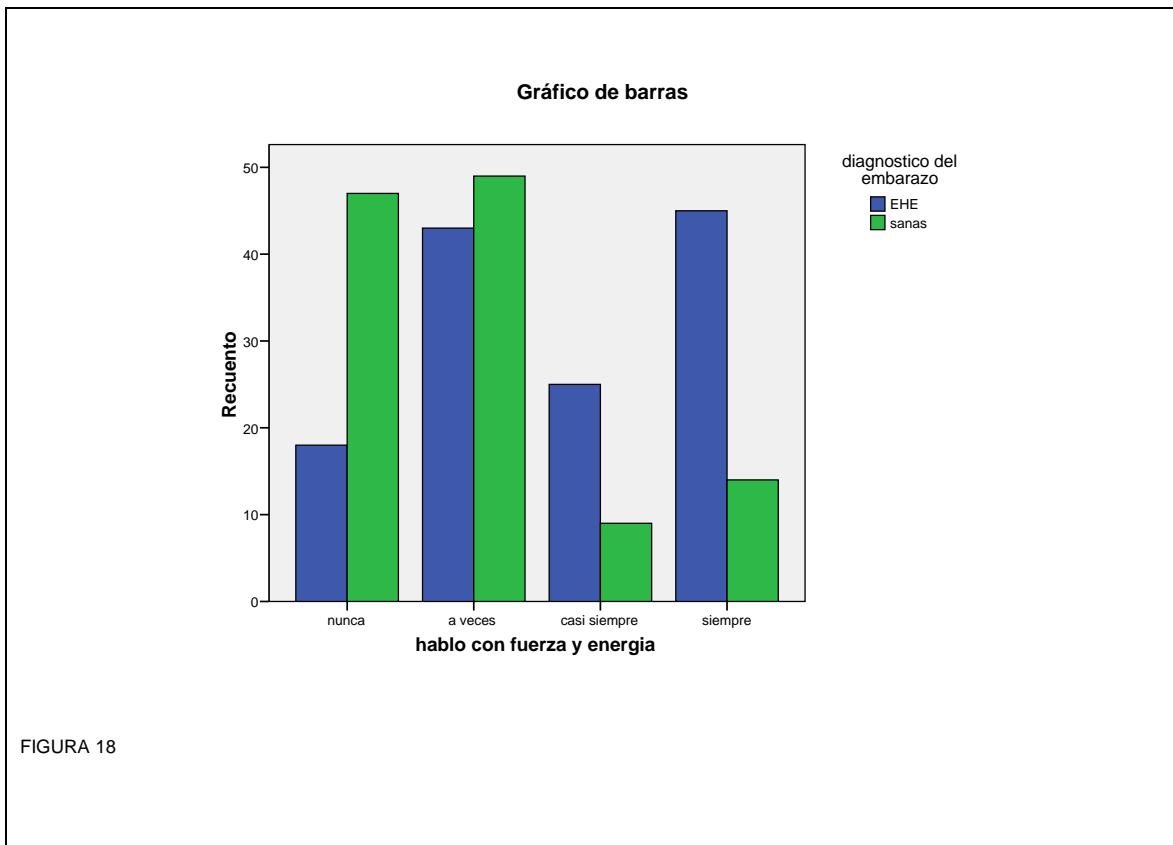


FIGURA 18

Pruebas de chi-cuadrado: "Hablo con fuerza y energía"				Prueba t: "Hablo con fuerza y energía"						
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Media Sin EHE	Media EHE	t	gl	Sig	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inf	Sup
Chi-cuadrado de Pearson	36,656(a)	3	,000	1.92	2.74	6.330 6.362	248 247.981	.000 .000	.568 .569	1.081 1.080
Razón de verosimilitudes	38,192	3	,000							
Asociación lineal por lineal	34,637	1	,000							
N de casos válidos	250									

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 16,18.

Tabla 15
Fuente: Test conducta tipo A "Bomet"

TABLA 14

Quando se analiza la variable "Hablo con fuerza y energía", las mujeres con EHE obtuvo una $X=2.74$, y las mujeres sin EHE una $X=1.92$, de acuerdo con el resultado de la prueba t de student, las diferencias entre ambos grupos fueron significativas para esta variable ($t=6.33$; $p=.001$) (Ver figura 18, y tabla 15).

De la misma forma, el ítem "Hablo con fuerza y energía" al cruzarla con la variable mujeres embarazadas y mujeres con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo, se encontraron diferencias significativas entre los grupos, al encontrar una $p<0.05$, por lo que si se encontró una dependencia entre la enfermedad hipertensiva y el hablar con fuerza y energía (ver tabla 14).

Se obtuvo diferencias significativas, al encontrar una $p<0.05$, así mismo se encontró una dependencia entre la enfermedad hipertensiva y el deseo de ser estimada por el trabajo. (Ver tabla 16).

También se encontró que las mujeres con EHE obtuvieron una $X=3.16$, y las mujeres sin EHE una $X=2.38$, siendo las diferencias entre ambos grupos fueron significativas para esta variable ($t=6.71$; $p=.001$) (Ver figura 19, y tabla 17).

**CONDUCTA TIPO A
ITEM “DESEO SE ME ESTIME POR MI TRABAJO”**

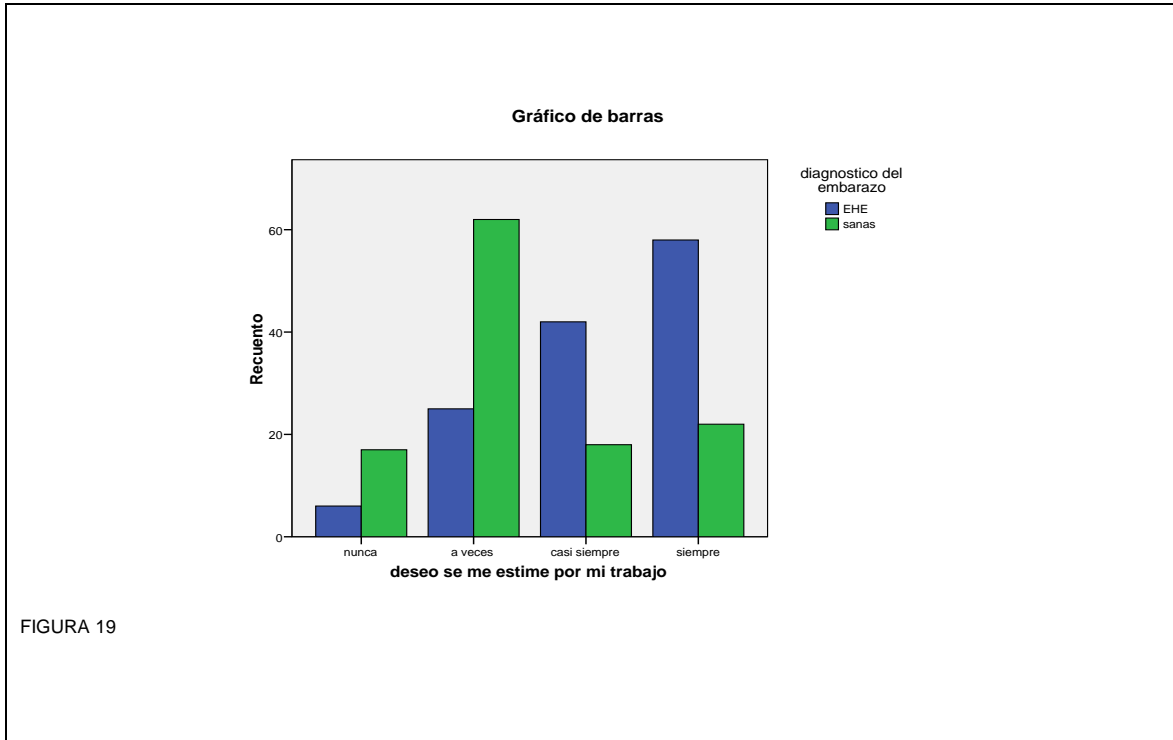


FIGURA 19

Pruebas de chi-cuadrado: “Deseo se me estime por mi trabajo”

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46,327(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	47,825	3	,000
Asociación lineal por lineal	38,338	1	,000
N de casos válidos	250		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 10,95.

TABLA 16

Prueba t: “deseo se me estime por mi trabajo”

	Media Sin EHE	Media EHE	t	gl	Sig	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inf	Sup
Deseo se me estime por mi trabajo	2.38	3.16	6.718 6.699	248 242.121	.000 .000	.553 .552	1.011 1.012

Tabla 17
Fuente: Test conducta tipo A “Bomet”

**CONDUCTA TIPO A
ITEM “HAGO QUE LOS DEMÁS SIGAN MIS INSTRUCCIONES”**

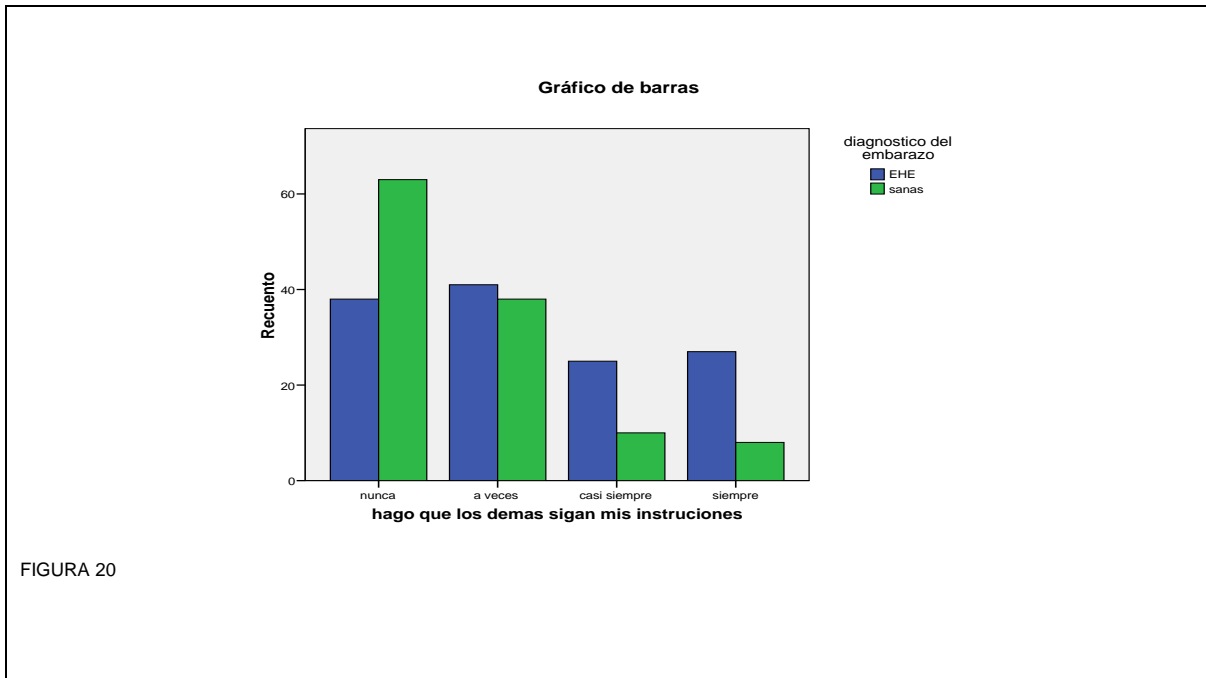


FIGURA 20

Pruebas de chi-cuadrado: "Hago que los demás sigan mis instrucciones"				Prueba t: "Hago que los demás sigan mis instrucciones"							
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)		Media Sin EHE	Media EHE	t	gl	Sig	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
Chi-cuadrado de Pearson	22,521(a)	3	,000							Inf	Sup
Razón de verosimilitudes	23,324	3	,000								
Asociación lineal por lineal	21,903	1	,000	Hago que los demás sigan mis instrucciones	1.69	2.31	4.891 4.941	248 244.671	.000 .000	.373 .375	.875 .873
N de casos válidos	250										

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 16,66.

Tabla 19
Fuente: Test conducta tipo A "Bornet"

En el caso de la afirmación "Hago que los demás sigan mis instrucciones", las mujeres con EHE obtuvo una $X=2.31$, y las mujeres sin EHE una $X=1.69$, de acuerdo con el resultado de la prueba t de student, las diferencias entre ambos grupos fueron significativas para esta variable ($t=4.8$; $p=.001$) (Ver figura 20, y tabla 18).

De la misma forma, al cruzarla con la variable mujeres embarazadas y mujeres con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo, se encontraron diferencias significativas entre los grupos, al encontrar una $p<0.05$, por lo que si se encontró una dependencia entre la enfermedad hipertensiva y hacer que los demás sigan mis instrucciones (ver tabla 19).

**CONDUCTA TIPO A
ITEM "NUNCA EXPRESO MIS SENTIMIENTOS"**

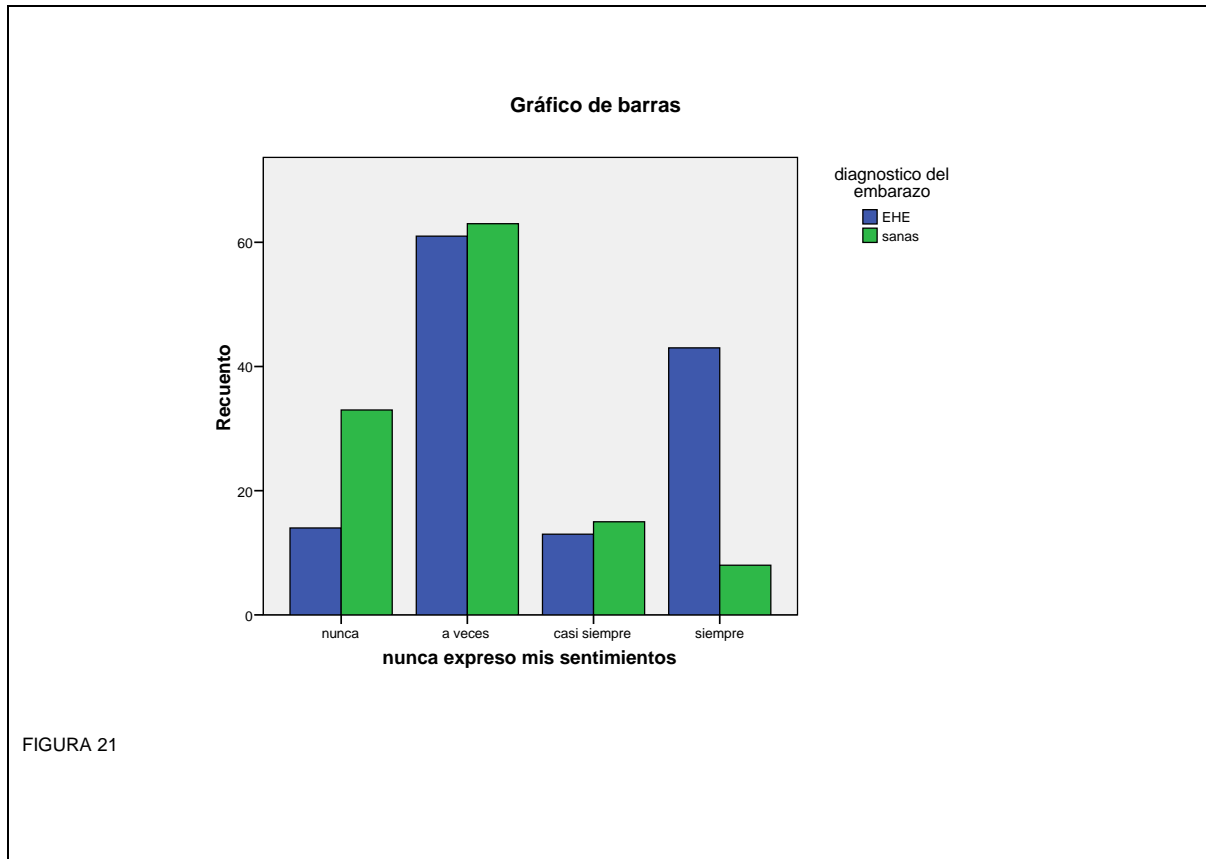


FIGURA 21

Pruebas de chi-cuadrado: "Nunca expreso mis sentimientos"				Prueba t: "Nunca expreso mis sentimientos"							
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Media Sin EHE	Media EHE	t	gl	Sig	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
Chi-cuadrado de Pearson	31,372(a)	3	,000						Inf	Sup	
Razón de verosimilitudes	33,893	3	,000								
Asociación lineal por lineal	27,362	1	,000								
N de casos válidos	250										
a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 13,33.				Nunca expreso mis sentimientos	1.98	2.65	5.533 5.598	248 242.797	.000 .000	.429 .431	.903 .900

Tabla 21
Fuente: Test conducta tipo A "Bornet"

Se obtuvo diferencias significativas, al encontrar una $p < 0.05$, así mismo se encontró una dependencia entre la enfermedad hipertensiva y el no expresar los sentimientos. (Ver tabla 20).

También se encontró que las mujeres con EHE obtuvieron una $X=2.65$, y las mujeres sin EHE una $X=1.98$, siendo las diferencias entre ambos grupos fueron significativas para esta variable ($t=5.53$; $p=.001$) (Ver figura 21, y tabla 21).

**CONDUCTA TIPO A
ITEM "MI VIDA ESTA CENTRADA EN EL TRABAJO"**

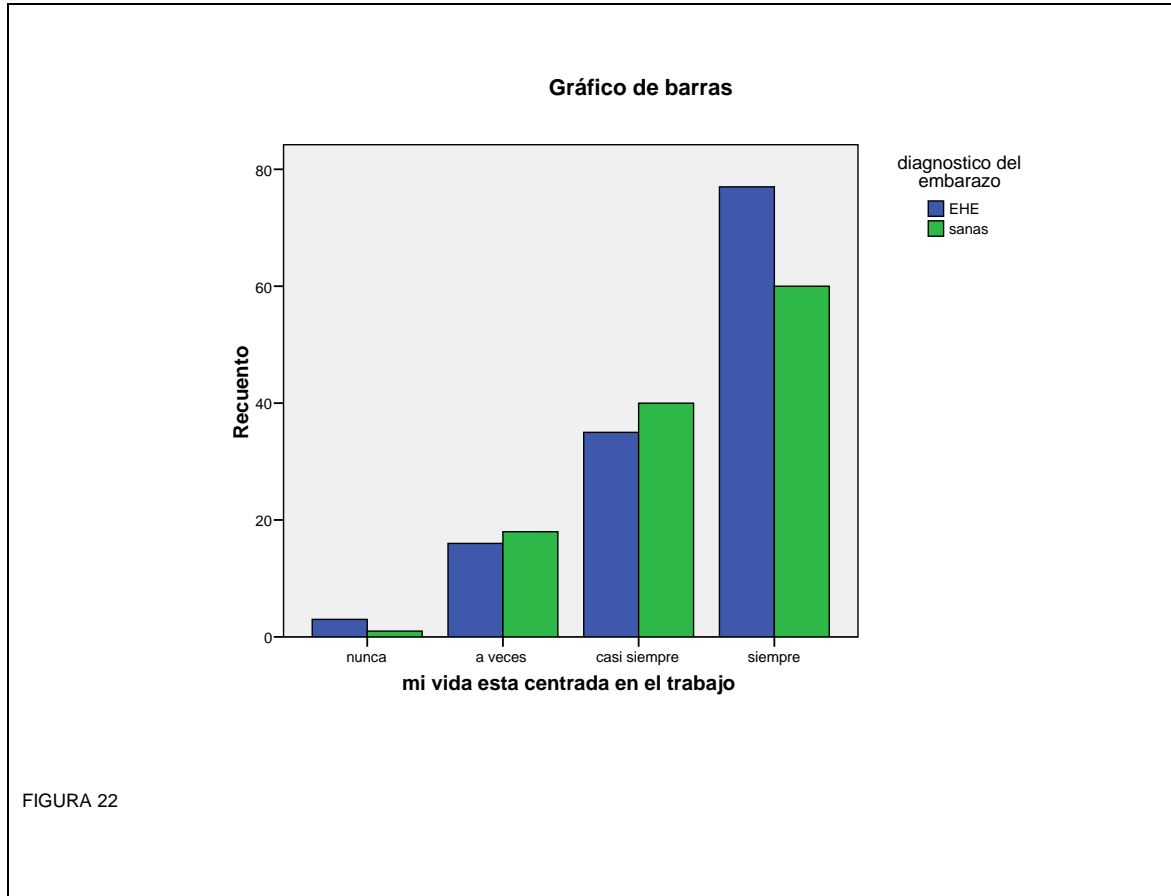


FIGURA 22

Pruebas de chi-cuadrado: Mi vida está centrada en el trabajo				Prueba t: "Mi vida está centrada en mi trabajo"						
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Media Sin EHE	Media EHE	t	gl	Sig.	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
Chi-cuadrado de Pearson	2,991(a)	3	,393						Inf	Sup
Razón de verosimilitudes	3,037	3	,386							
Asociación lineal por lineal	,721	1	,396							
N de casos válidos	250									
				3.34	3.42	.849	248	.397	-.111	.278
						.850	247.227	.396	-.110	.278

a 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,90.

Tabla 23
Fuente: Test conducta tipo A "Bornel"

TABLA 22

Para la expresión "Mi vida está centrada en el trabajo" no hubo diferencias significativas. (Ver fig. 22. Tablas 22 y 23).

CONDUCTA TIPO A
ITEM "SIENTO CULPA CUANDO NO TRABAJO O PERMANEZCO MUCHO TIEMPO SIN HACER NADA"

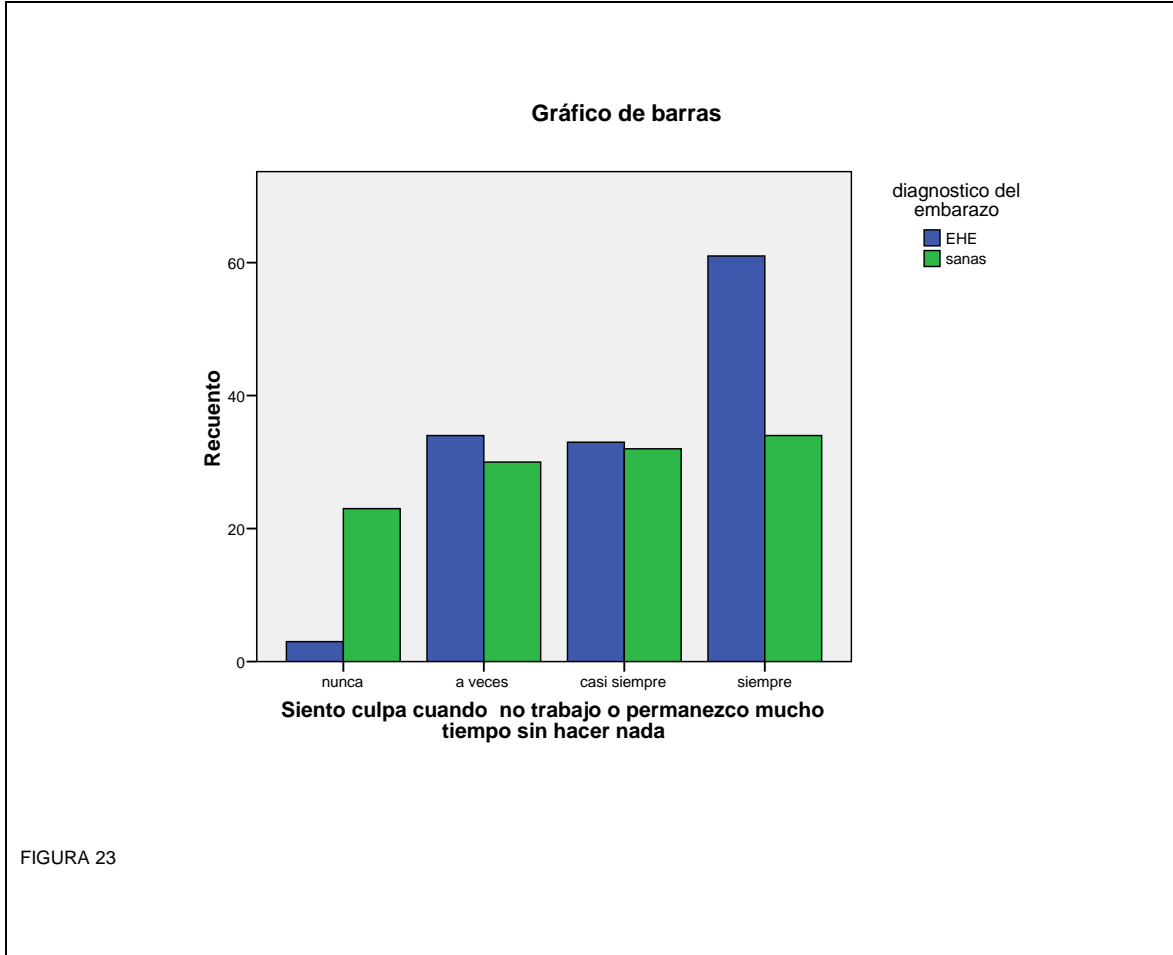


FIGURA 23

Pruebas de chi-cuadrado: "siento culpa cuando no trabajo"				Prueba t: " Siento culpa cuando no trabajo o permanezco mucho tiempo sin hacer nada"						
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Media Sin EHE	Media EHE	t	gl	Sig	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inf	Sup
Chi-cuadrado de Pearson	22,800(a)	3	,000	2.65	3.16	4.079 4.040	248 228.192	.000 .000	.265 .263	.761 .764
Razón de verosimilitudes	24,917	3	,000							
Asociación lineal por lineal	15,657	1	,000							
N de casos válidos	250									

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,38.

Tabla 25
Fuente: Test conducta tipo A "Bomet"

TABLA 24

Se obtuvo diferencias significativas, al encontrar una $p < 0.05$, así mismo se encontró una dependencia entre la enfermedad hipertensiva y sentir culpa cuando no se trabaja o se está mucho tiempo sin hacer nada. (Ver tabla 24).

También se encontró que las mujeres con EHE obtuvieron una $X = 3.16$, y las mujeres sin EHE una $X = 2.65$, siendo las diferencias entre ambos grupos fueron significativas para esta variable ($t = 4.07$; $p = .001$) (Ver figura 23, y tabla 25).

**CONDUCTA TIPO A
ITEM "SOY RAPIDA HACIENDO COSAS HABITUALES"**

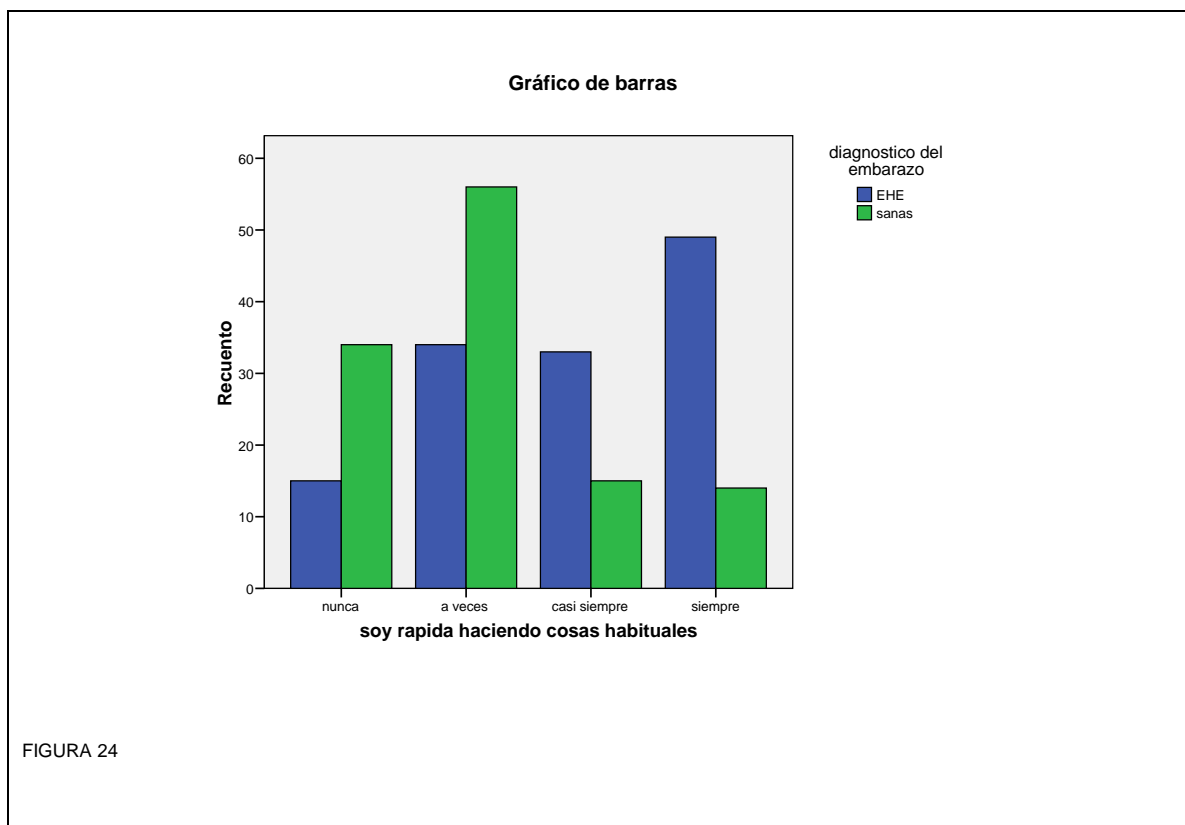


FIGURA 24

Pruebas de chi-cuadrado: "Soy rápida haciendo cosas habituales"

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,452(a)	3	,000
Razón de verosimilitudes	39,932	3	,000
Asociación lineal por lineal	35,545	1	,000
N de casos válidos	250		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 22,85.

TABLA 26

Prueba t: "Soy rápida haciendo cosas habituales"

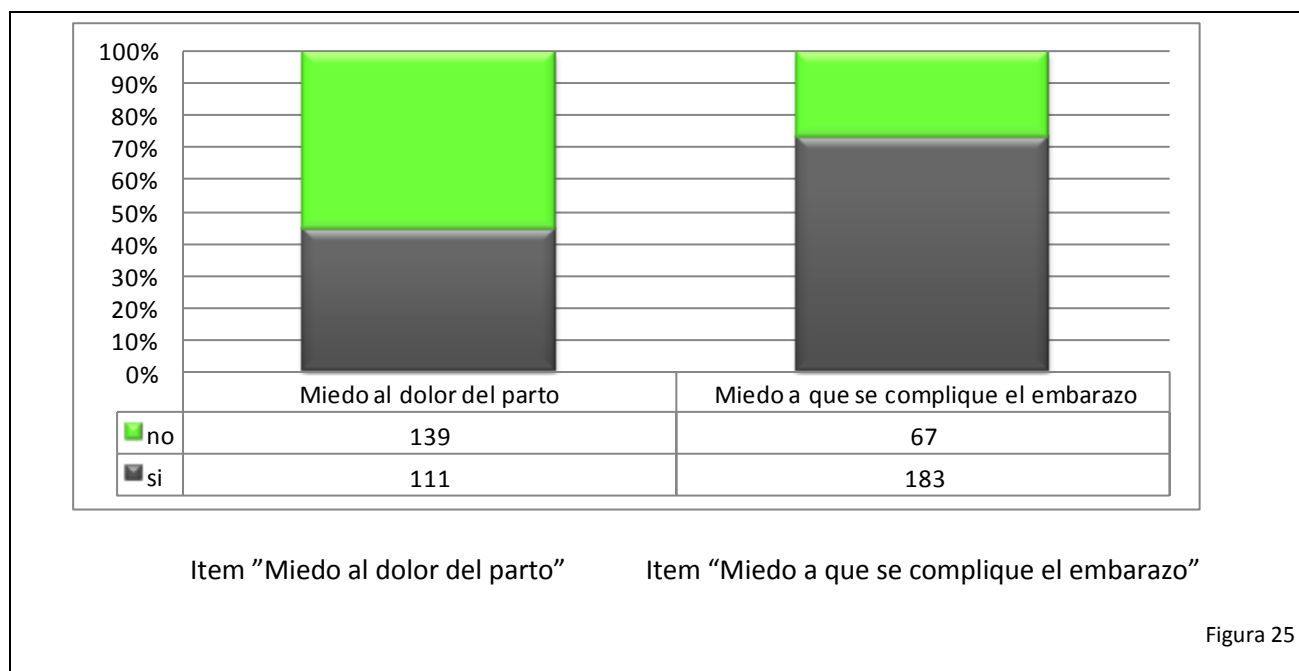
	Media Sin EHE	Media EHE	t	gl	Sig.	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inf	Sup
Soy rápida haciendo cosas habituales	2.08	2.89	6.426 6.458	248 247.989	,000 ,000	,562 ,563	1.058 1.057

Tabla 27
Fuente: Test conducta tipo A "Bornet"

Se obtuvo diferencias significativas, al encontrar una $p < 0.05$, así mismo se encontró una dependencia entre la enfermedad hipertensiva y ser rápida haciendo cosas habituales. (Ver tabla 26).

La variable “Soy rápida haciendo cosas habituales”, se encontró que las mujeres con EHE obtuvieron una $X = 2.89$, y las mujeres sin EHE una $X = 2.08$, siendo las diferencias entre ambos grupos fueron significativas para esta variable ($t = 6.4$; $p = .001$) (Ver figura 24, y tabla 27).

ANÁLISIS BIVARIADO. ESTRÉS PRENATAL EN MUJERES EMBARAZADAS CON Y SIN DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA



Pruebas de chi-cuadrado: Miedo al dolor del parto						Pruebas de chi-cuadrado: Miedo a que se complique el embarazo					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)		Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)	Sig. Exacta (bilateral)	Sig. Exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.045(b)	1	.831			Chi-cuadrado de Pearson	3.050(b)	1	.081		
Corrección por continuidad(a)	.007	1	.932			Corrección por continuidad(a)	2.571	1	.109		
Razón de verosimilitudes	.045	1	.831			Razón de verosimilitudes	3.052	1	.081		
Estadístico exacto de Fisher				.899	.466	Estadístico exacto de Fisher				.088	.054
Asociación lineal por lineal	.045	1	.832			Asociación lineal por lineal	3.038	1	.081		
N de casos válidos	250					N de casos válidos	250				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.
b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 52.84. Tabla 28

Calculado sólo para una tabla de 2x2.
B. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 31.89. Tabla 29

Para los ítems "Miedo al dolor del parto y miedo a que se complique el embarazo" no hubo diferencias significativas. (Ver fig. 25. Tablas 28 y 29).

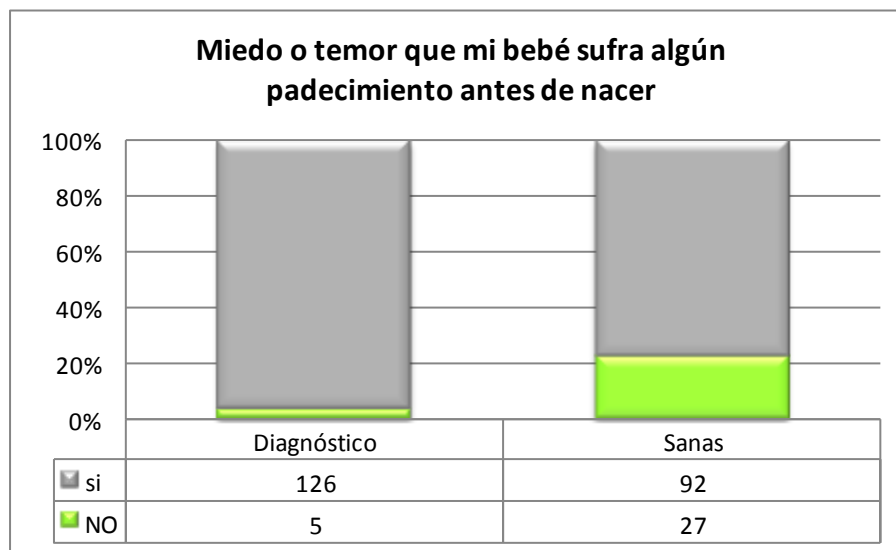


Figura 26

Pruebas de chi-cuadrado: "Miedo o Temor que mi bebé sufra algún padecimiento antes de nacer"

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19.898(b)	1	.000		
Corrección por continuidad(a)	18.243	1	.000		
Razón de verosimilitudes	21.372	1	.000		
Estadístico exacto de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	19.818	1	.000		
N de casos válidos	250				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 15.23.

Tabla 30

De la variable "Miedo o Temor que mi bebé sufra algún padecimiento antes de nacer" al cruzarla con la variable mujeres embarazadas con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo y sin éste diagnóstico, se encontraron diferencias significativas entre los grupos, al obtener una $p < 0.05$, por lo que si se encontró una dependencia entre la enfermedad hipertensiva y "Miedo o Temor que mi bebé sufra algún padecimiento antes de nacer" (ver Fig . 26 y Tabla 30).

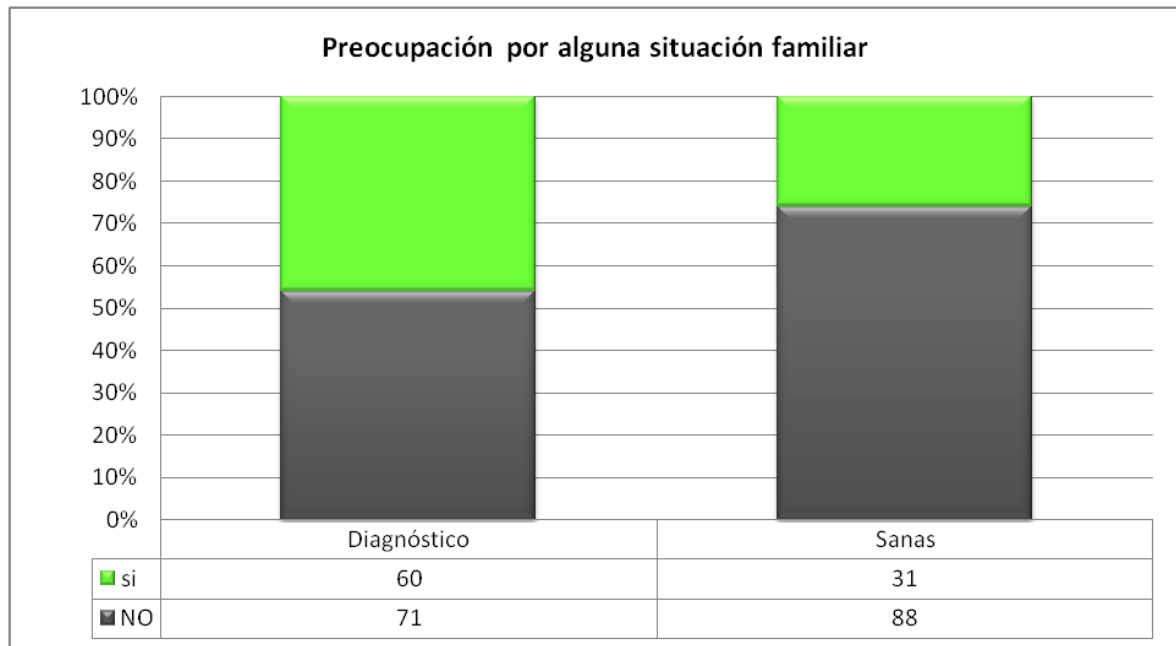


Figura 27

Pruebas de chi-cuadrado para la pregunta: Preocupación por alguna situación familiar

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.508(b)	1	.001		
Corrección por continuidad(a)	9.672	1	.002		
Razón de verosimilitudes	10.650	1	.001		
Estadístico exacto de Fisher				.002	.001
Asociación lineal por lineal	10.466	1	.001		
N de casos válidos	250				

Tabla 31

De la variable “Preocupación por alguna situación familiar” al cruzarla con la variable mujeres embarazadas con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo y sin éste diagnóstico, se encontraron diferencias significativas entre los grupos, al obtener una $p < 0.05$, por lo que si se encontró una dependencia entre la enfermedad hipertensiva en el embarazo y “Preocupación por alguna situación familiar” (ver Fig. 27 y Tabla 31).

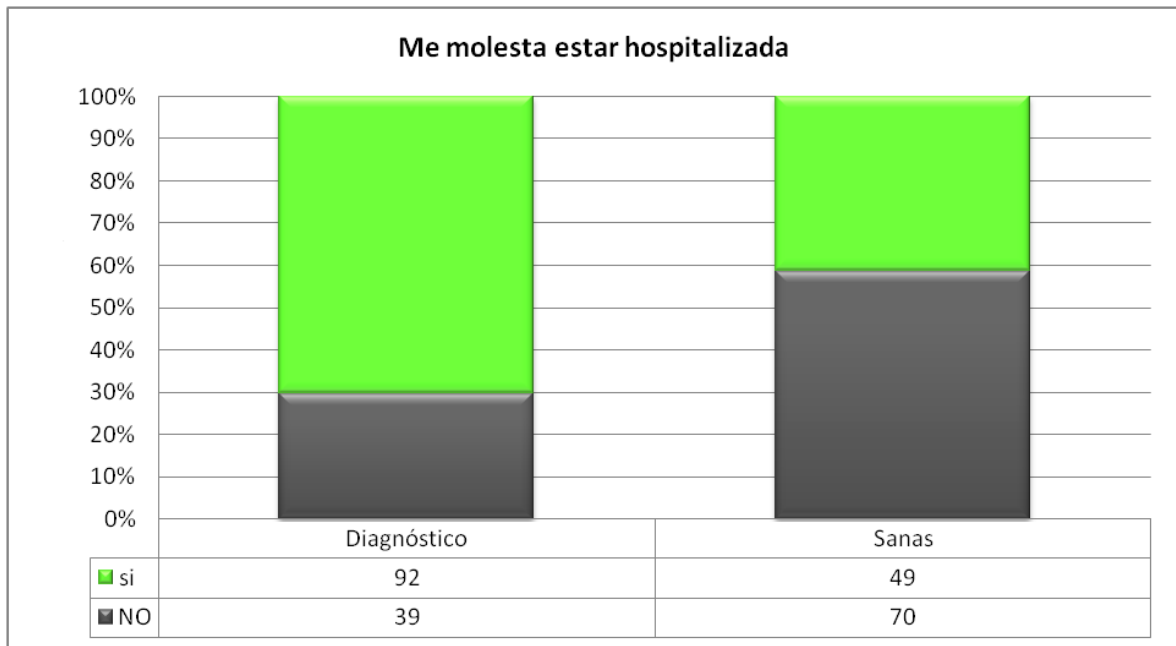


Figura 28

Pruebas de chi-cuadrado para el ítem “ Me molesta estar hospitalizada”

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21.403(b)	1	.000		
Corrección por continuidad(a)	20.238	1	.000		
Razón de verosimilitudes	21.688	1	.000		
Estadístico exacto de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	21.318	1	.000		
N de casos válidos	250				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 51.88.

Tabla 32

De la variable “Me molesta estar hospitalizada” al cruzarla con la variable mujeres embarazadas con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo y sin éste diagnóstico, se encontraron diferencias significativas entre los grupos, al obtener una $p < 0.05$, por lo que si se encontró una dependencia entre la enfermedad hipertensiva en el embarazo y “Me molesta estar hospitalizada” (ver Fig . 28 y Tabla 32).

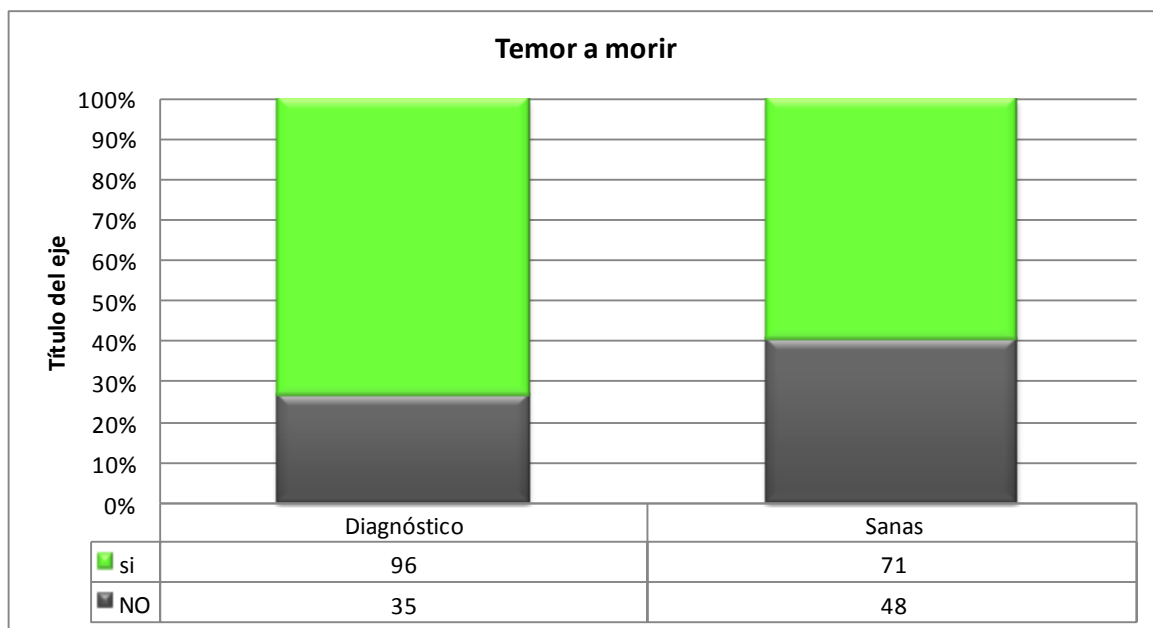


Figura 29

Pruebas de chi-cuadrado para :” Temor a morirme”

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.215(b)	1	.022		
Corrección por continuidad(a)	4.619	1	.032		
Razón de verosimilitudes	5.225	1	.022		
Estadístico exacto de Fisher				.031	.016
Asociación lineal por lineal	5.194	1	.023		
N de casos válidos	250				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2. b 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 39.51.

Tabla 33

De la variable “Temor a morirme” al cruzarla con la variable mujeres embarazadas con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo y sin éste diagnóstico, se encontraron diferencias significativas entre los grupos, al obtener una $p < 0.05$ (ver Fig . 29 y Tabla 33).

BIBLIOGRAFIA

1. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012 Arranque Parejo en la Vida. México 2007.
2. Jonas, B.; Franks, P e Ingram, D. Detecting pre-eclampsia: (fecha de acceso 26 de marzo 2010) disponible en URL: www.who.int/entity/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health.html. julio 2010
3. Servicios de Salud Oaxaca, México: <http://www.nietoeditores.com.mx/diciembre-2010/2986-morbilidad-materna-extrema-en-el-hospital-general-dr-aurelio-valdivieso-servicios-de-salud-de-oaxaca.html>
4. Morgan F, Ortiz , et. al. Ginecología Obstétrica Mex 2010, Volumen 78, núm. 3, marzo 2010
5. Angulo J, Vázquez. et. al. Ginecología Obstétrica Mex. Volumen 75, Núm. 7, julio, 2007
6. Programa Nacional de Salud 2007-2012, seguimiento de metas, medición de resultados y rendición de cuentas
7. Registro diario del Hospital General Pachuca. 2010
8. Salvatierra, V. Psicología del embarazo y sus trastornos. Barcelona: Plaza y Valdés; 1989.
9. Flórez, L. Evaluación del estrés prenatal en pacientes con preeclampsia. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, 1999. URL disponible en: http://www.docentes.unal.edu.co/lefloreza/docs/florez_estres_embarazo.
10. Villagrana-Calderón LM, Valdés-Estrada H. Identificación de factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia-eclampsia. V Jornadas Médicas de Residentes en Epidemiología y Salud Pública, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2007, México D.F. URL disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos>.
11. Mejía, J. Violencia familiar e identidad femenina, URL disponible en: http://www.petraugr.com/web2.0/docs/ps_personalidad.pdf
12. Conde-Agudelo A, Belizán JM. Risk factors for pre-eclampsia in a large cohort of latin american and caribbean women. 2008;107:75-83.
13. Velasco-Murillo V, Navarrete-Hernández E, Pozos-Cavanzo JL, Cardona-Pérez JA. Características epidemiológicas de la preeclampsia-eclampsia en el IMSS. Rev Med IMSS (Mex) 2009;37:325-331
14. Hill K, Thomas K, AbouZahr C, Walker N, Say L, Inoue M, Suzuki E on behalf of the Maternal Mortality Working Group. Estimates of maternal mortality worldwide 1990 to 2005: an assessment of available data. Lancet. URL. www.onu.com
15. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. Manual de Lineamiento técnico. 2007

16. American College of Obstetricians and Gynecologists. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. *Int J Gynecology* 2009; 77: 67-75.
17. Klonoff, C.; Cross, J.; Pieper, C. Job stress and preeclampsia. Department of family and preventive medicine, University of California, San Diego, USA. 2009. Pp. 7(3):245-249.
18. Landsbergis P. Hatch M. Psychosocial work stress and pregnancy induced hypertension. *Epidemiology University Illinois*. 2008. Pp. 7(4); 346.
19. Blasco A, et al. Estrés, ansiedad y depresión en gestantes controladas en la Unidad de Ginecología Psicosomática del Hospital Materno-Infantil de Málaga, España. *Prog Obstet Ginecol*. 2008;51(6):334.
20. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 1986.
21. Gaviria A. Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. 2009 recuperado diciembre 2010. <http://www.revistacolombianadepsiquiátrica/pdf>
22. Florez A. Los núcleos de la educación familiar: Una estrategia para la protección de los derechos de la familia gestante precoz. 2006. Recuperado enero 2009, <http://www.tipica.org/htm>
23. Florez A., Garcia B. Escenarios previos al embarazo, factores de riesgo y de protección. 2006. Recuperado abril 2009. <http://www.tipica.org.pdf>
24. Millon T., MCMI -II Inventario Clínico Multiaxial de Millon -II. Madrid, TEA Publicaciones de Psicología Aplicada 1999.
25. Carver C, Weintraub J, Scheier M., Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 2007; 56: 2647 -283.
26. Fichera L, Andreassi J., Stress and personality as factors in women's cardiovascular reactivity. *Int J Psychophysiol*. University of Virginia 2000. 28: 143-155.
27. Friedman, H. Personality and disease: Overview, review and preview. In H. S. Friedman Ed. 2000, Personality and disease. New York: John Wiley and Sons.
28. Mayes B, Sime W, Ganster D. Convergent validity of Type A behaviour pattern scales and their ability to predict physiological responsiveness in a sample of female public employees. *J Behavioral Med* 1984; 7:83-108.
29. OMS. Salud Reproductiva. Conferencia Internacional sobre población y desarrollo. Informe de la Secretaría. Asamblea Mundial de la Salud. 16 de abril de 1994. Recuperado diciembre 2010 http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596211_spa

30. Secretaría de Salud. Manual de atención del embarazo parto y puerperio sano. Primera edición 2001; 3:61
31. Gobierno federal, Salud, Estrategia Integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México, Centro Nacional de equidad de género y salud reproductiva, vivir mejor. 2008. 5:86
32. Stanton C, Hobcraft J, Hill K, Kodjogbe N, Mapeta WT, Munene F, et al. Every death counts: measurement of maternal mortality via a census. *Bull World Health Organ* 2001;79:657-664.
33. Villagrana-Calderón LM, Valdés-Estrada H. Identificación de factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia-eclampsia (Toxemia). V Jornadas Médicas de Residentes en Epidemiología y Salud Pública, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2004, México D.F.
34. Velasco-Murillo V, Navarrete-Hernández E, Pozos-Cavanozo JL, Cardona-Pérez JA. Características epidemiológicas de la preeclampsia-eclampsia en el IMSS. *Rev Med IMSS (Mex)* 1999;37:325-331.
35. Palmero, F. Stress and Heart Disease: Relevance of the fast Activation-slow Recovery pattern. Póster presentado en la 15th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society. Madrid.2009.
36. Rosenman R. Type A behaviour and cardiovascular reactivity: 1s there a relationship with hypertension? En: Johnson E, Gentry W, Julius S, ed. Personality, elevated blood pressure and essential hypertension. Texas: Hemisphere, 1991.
37. Dembroski TM, McDougall JM. Behavioural and psychophysiological perspectives on coronary prone behaviour. En: Dembroski TH, Smith TH. Blurnchen G, ed. Biobehavioural basis of coronary heart disease. New York: Carger, 1983: 106-129.
38. Warwick-Evans L. Acute cardiovascular reactivity and long term blood pressure: Interim report on a longitudinal study. Trabajo presentado en la Conferencia de la British Psychophysiology Society, 1990; 10/9/1990.
39. Fava M, Littman A, Lamon-Fava S, Milani R. Shera D, MacLaughlin R et al. Psychological, behavioral and biochemical risk factors for coronary artery disease among American and Italian male corporate managers. *Am J Cardiol* 1992;70: 1412- 1416.
40. Cinciripini P. Cognitive stress and cardiovascular reactivity. Relationship to atherosclerosis, arrhythmias and cognitive control. *Am Heart J* 1986;112:1051-1065.
41. Yañes Y. Factores psicosociales de riesgo cardiovascular en una muestra de policías. Tesis de Maestría. Universidad Simón Bolívar, Caracas, 1992.
42. Stanton C, Abderrahim N, Hill K. An assessment of DHS maternal mortality indicators. *Stud Fam Plann* 2009; 31:111-123.

43. Blanch, J. M. (1996). Psicología social del trabajo. In J. L. Álvaro, A. Garrido & J. R. Torregrosa (Eds.), *Psicología social aplicada* (pp. 86-119). Madrid, España: McGraw Hill.
44. Deschappelles, E., González, T. y Rodríguez, V. Hipertensión Arterial y Estrés. Una experiencia. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2000; 29, 26-29.
45. Pereyra, M. Estrés y Salud. En L.A. Oblitas (Coord.). *Psicología de la Salud y calidad de vida* (pp. 213-248). México: Thomson; 2004.
46. Vera-Villaroel, P, Sánchez, A. and Cochinerro, J. Analysis of the relationship between the Type A Behavior Pattern and Fear of Negative Evaluation (2004). *International Journal Of Clinical and Health Psychology*. 2004; 4, 313 – 322.
47. Bulatao RA, Ross JA. Which health services reduce maternal mortality? Evidence from ratings of maternal health services. *Trop Med Int Health* 2003;8:710-721.
48. Levy, S. M., Herberman, R., Lippman, M., & d'Angelo, T. (1987). Correlation of stress factors with sustained depression of natural killer cell activity and predicted prognosis in patients with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 5, 348-353
49. Lazcano-Ponce Eduardo, Salazar-Martínez Eduardo, Hernández-Avila Mauricio. Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2001 Abr [citado 2011 Dic 09] ; 43(2): 135-150. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000200009&lng=es.

ANEXOS

ENTREVISTA PARA MUJERES CON ALTO RIESGO OBSTETRICO

5.-

Instrucciones:

La siguiente entrevista nos permitirá conocer datos que nos ayudaran a atenderle mejor, para lo cual le solicitamos contestar las siguientes preguntas.

6.-

1.- Nombre: _____

2.- Edad: _____

1. 15 a 19 años
2. 20 a 25 años
3. 26 a 30 años
4. 31 a 35 años
5. 35 a 40 años
6. 41 o más

7.-

8.-

3.- Lugar de origen: _____

LOCALIDAD, MUNICIPIO o COLONIA

1. Pachuca
2. Estado de Hidalgo
3. Estado de México
4. D.F.
5. Otros (especifique) _____

9.-

4.- Número de Embarazos _____

1. 1
2. 2
3. Más de 2

quos

5.- Edad Gestacional _____

1. Menos de 20 sdg
2. 20.1 sdg a 30 sdg
3. Más de 30.1 sdg

6.- Estado Civil: _____

(Especifique cuanto tiempo)

1. Soltera
2. Casada
3. Divorciada
4. Madre soltera
5. Unión libre
6. Viuda

10.

7.- Nombre de la Pareja _____

8.- Edad de la pareja _____

0. Desconoce
1. 15 a 19 años
2. 20 a 25 años
3. 26 a 30 años
4. 31 a 35 años
5. 36 a 40 años
6. 41 o más

11.-

9.- Cual es el último grado de estudios de su pareja _____

0. Desconoce
1. Ninguno
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Preparatoria incompleta
7. Preparatoria completa
8. Técnica
9. Universidad incompleta
10. Universidad completa
11. Posgrado

12.-

13.-

quos

10.Cuál es su último grado de estudios _____

14.

1. Ninguno
3. Primaria incompleta
4. Primaria completa
5. Secundaria incompleta
6. Secundaria completa
7. Preparatoria incompleta

- 8. Preparatoria completa
- 9. Técnica
- 10. Universidad incompleta
- 11. Universidad completa
- 12. Posgrado

15.

11.- Ocupación de Ud

- 1. Ama de casa
- 2. Empleada
- 3. Estudiante

16.-

12.- Ocupación de su pareja

- 0.- Desconoce
- 1.- Empleado
- 2.- Estudiante
- 3.- Campesino
- 4.- Albañil
- 5.- Desempleado
- 6.- Otro (Especifique) _____

17.-

13.- Cuanto es su ingreso mensual: _____

- 1. Menos de \$ 1000.00
- 2. De \$1000.00 a \$3500.00
- 3. De \$ 3600 a \$ 5,500.00
- 4. Más de 5,600.00

18.-

14. Con quien vive (n) _____

- 1. Solos
- 2. Suegros
- 3. Padres
- 4. Otros quos

15.- Conoce su padecimiento _____

- 0. Desconoce
- 1. No
- 2. Si

16.- Sabe si su madre padeció algún problema de salud en el embarazo? _____

0. Desconoce

1. No

2. Si (Especifique) _____

17. A cuantas consultas prenatales asistió _____

0. Ninguna

1. 1 a 4

2. 5 a 8

3. Más de 9

18.- Cual es su religión _____

0. Ninguna

1. Católica

2. Cristiana

3. Creyente

4. Mormón

5. Testigos de Jehová

6. Otra (especifique) _____

quos

INVENTARIO PARA LA EVALUACION DE LA PERSONALIDAD TIPO A.

CUESTIONARIO DE BORTNER.

Instrucciones: Por favor marque con una X la frecuencia con la que presenta actualmente algunas de éstas situaciones.

1. Soy una persona puntual

4) Siempre 3) Casi Siempre 2) A veces 1) Nunca

2. Soy Muy competitiva (quiero sobresalir)

4) Siempre 3) Casi Siempre 2) A veces 1) Nunca

3. Me anticipo a lo que los demás van a decir y les interrumpo

4) Siempre 3) Casi Siempre 2) A veces 1) Nunca

4. Siempre estoy con prisas

4) Siempre 3) Casi Siempre 2) A veces 1) Nunca

5. Soy impaciente cuando estoy esperando

4) Siempre 3) Casi Siempre 2) A veces 1) Nunca

6. Intento hacer muchas cosas simultáneamente. Pienso en lo que voy a hacer próximamente

4) Siempre 3) Casi Siempre 2) A veces 1) Nunca

7. Hablo con fuerza y energía, resaltando las palabras importantes

4) Siempre 3) Casi Siempre 2) A veces 1) Nunca

8. Deseo se me estime por mi trabajo o cuando hago las cosas bien

4) Siempre 3) Casi Siempre 2) A veces 1) Nunca

9. Soy rápida haciendo cosas habituales: como, comer, caminar, etc.

4) Siempre 3) Casi Siempre 2) A veces 1) Nunca

10. Hago que los demás sigan mis instrucciones

4) Siempre 3) Casi Siempre 2) A veces 1) Nunca

11. Oculto mis sentimientos

4) Siempre 3) Casi Siempre 2) A veces 1) Nunca

11.

12.

13.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

12. El trabajo (Casa) juega un papel importante en mi vida

4) Siempre 3) Casi Siempre 2) A veces 1) Nunca

13. Me torno impaciente o siento culpa cuando no trabajo o permanezco sin hacer algo durante algunas horas o días?

4) Siempre 3) Casi Siempre 2) A veces 1) Nunca

	SI	NO
1. Temor a la preeclampsia	SI	NO
2. Temor a que el bebé sufra algún padecimiento antes de nacer	SI	NO
3. Miedo al dolor del parto	SI	NO
4. Miedo a que se complique tu estado de salud (embarazo)	SI	NO
5. Miedo a Abortar	SI	NO
6. Preocupación por tu situación económica	SI	NO
7. Preocupación por alguna situación laboral de tu esposo o tuya	SI	NO
8. Preocupación por alguna situación familiar	SI	NO
9. Temor que tu bebe nazca con alguna malformación	SI	NO
10. Temor a desgarrarse o desangrarse durante el parto	SI	NO
11. Preocupación por alguna situación con tu esposo?	SI	NO
12. Te molesta estar hospitalizada	SI	NO
13. Miedo que tu bebe muera antes de nacer	SI	NO
14. Miedo que tu bebe sufra durante el parto	SI	NO
15. Miedo que tu bebe nazca con alguna alteración mental	SI	NO
16. Temor a morirte	SI	NO
17. Deseabas quedar embarazada	SI	NO
18. Consideras que es un buen momento para estar embarazada	SI	NO
19. Estas conforme con estar embarazada	SI	NO
20. Consideras estas dificultades que has pasada como un costo que vale la pena asumir con tal de tener un hijo	SI	NO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____

La que suscribe _____ en pleno uso de mis facultades, manifiesto que he sido informada, que el Hospital General de Pachuca en Coordinación con la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo se encuentran realizando una investigación acerca de la personalidad y el estrés en el embarazo, que forma parte del proyecto “CONDUCTA TIPO A Y ESTRÉS PRENATAL Y SU ASOCIACION A LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA” a cargo de Psic. Sara Quiroz Olguin.

Por lo que autorizo que se me apliquen cuestionarios y que se realice un análisis de mis resultados. Se me ha informado que la aplicación de los cuestionarios, no ocasionará problemas en mi salud y de mi bebé. De la misma manera los investigadores me informarán de los hallazgos encontrados en este estudio y las medidas que se tomarán al respecto.

He leído cuidadosamente este documento y he solicitado se me aclaren todas mis dudas, mi participación en la investigación es voluntaria, si en el futuro tuviera alguna duda, la responsable de la investigación está en la mejor disposición para aclararla.

Nombre y firma del participante _____

TESTIGOS:

Nombre y Firma

Nombre y Firma
