

Universidad Abierta Interamericana

Facultad: Psicología y Relaciones Humanas

Carrera: Licenciatura en Psicología

Título de la investigación: "Felicidad y Ansiedad durante el embarazo en gestantes de 20 a 30 años con y sin pre eclampsia"

Datos de la tesista: Noelia Garramone **Legajo:** 8839

Datos de la tutora: Lic. María Folco

Cotutora: Lic. Florencia Todarello

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Localización: Lomas de Zamora

Turno: mañana

Fecha de entrega: Febrero de 2020

Agradecimientos

Al haber finalizado esta etapa, quiero agradecer a todas aquellas personas que me acompañaron desde el principio en este camino que decidí seguir hace unos años atrás. Gracias a todas las personas que me sostuvieron, que me ayudaron y que incasablemente estuvieron a mi lado.

Agradezco al cuerpo docente, quienes fueron los generadores de una etapa de nuevos conocimientos. Fueron mis formadores para inspirarme a ejercer mi profesión.

Asimismo a mi familia, que me apoyó desde siempre y me alentó todo este tiempo, fueron y son incondicionales; al igual que mi novio, que nunca me soltó la mano y fue un sostén importante para seguir en este camino. Dedico todo este esfuerzo y alegría a mi abuelo que se lo orgulloso que estaría de mi por haber logrado llegar a donde estoy.

También agradezco a mis compañeras de carrera que estuvieron a mi lado compartiendo conocimientos. Compañeras con las cuales formé una amistad sincera y profunda.

Finalmente a las mujeres que colaboraron y respondieron los cuestionarios brindándome su ayuda y compromiso.

Resumen

En este trabajo de investigación se tuvo como objetivo estudiar la relación entre la felicidad y la ansiedad en mujeres embarazadas con y sin pre eclampsia. Se ha trabajado con una muestra total de 100 participantes divididas en dos grupos de 50 mujeres, residentes en el Partido de Lomas de Zamora.

En cuanto a los resultados que se obtuvieron en la presente investigación y en lo concerniente a las diferencias entre grupos, se encontraron diferencias significativas para la ansiedad psíquica, evidenciando niveles mayores las mujeres desempleadas, en comparación con las que trabajan. Además, al realizar la comparación según el mes de embarazo transitado las mujeres que transitan el tercer trimestre, mostraron rangos promedios más altos que las del primero y el segundo. Asimismo, en referencia a si tienen o no preeclampsia, las participantes no diagnosticadas poseen mayor nivel de satisfacción con la vida, alegría de vivir y felicidad general, mientras que, las que si lo están evidenciaron mayor realización personal que el otro grupo.

Respecto a las correlaciones, se encontró que existe relación negativa entre las diferentes dimensiones de ansiedad y felicidad.

Palabras Clave: Mujeres embarazadas- Preeclampsia- Ansiedad-Felicidad.

Abstract

This research work aimed to study the relationship between happiness and anxiety in pregnant women with and without preeclampsia. We have worked with a total sample of 100 participants divided into two groups of 50 women, residents of the Lomas de Zamora Party.

Regarding the differences between groups, significant differences were found for psychic anxiety, evidencing higher levels of unemployed women, compared to those who work. In addition, when comparing according to the month of pregnancy, women who pass the third trimester showed higher average ranges than those of the first and second. Likewise, in reference to whether or not they have preeclampsia, the undiagnosed participants have a higher level of satisfaction with life, joy of life and general happiness, while those that are evidenced with greater personal fulfillment than the other group.

Regarding the correlations, it was found that there is a negative relationship between the different dimensions of anxiety and happiness.

All these results are discussed in the light of the revised theoretical background and questions are left open for future research.

Keywords: pregnant women- preeclampsia- Anxiety-Happiness.

Índice

Agradecimientos 2
Resumen 3
Abstract 4
Introducción 7
Estado del Arte 11
Marco Teórico 18
2.1 Embarazo 18
2.1.1 Controles obstétricos 18
2.1.2 Etapas del desarrollo 21
2.1.3 Modificaciones psíquicas 21
3.1 Preeclampsia 23
3.1.1 Diagnóstico de preclampsia 23
3.1.2 Trastorno hipertensivo en el embarazo 24
3.1.3 Preeclampsia leve 25
3.1.4 Preeclampsia severa 25
3.1.5 Tratamiento 26
2.3 Felicidad 26
2.4 Ansiedad 29
2.4.1 Ansiedad en gestantes 30
2.4.2 Factores de riesgo 31
Método 33
3.1 Pregunta de investigación 33
3.2 Objetivo general 33
3.3 Objetivos específicos 33
3.4 Hipótesis 33
3.5 Justificación y Relevancia 34
3.5.1 Justificación teórica 34
3.5.2 Justificación Práctica 34
3.5.3 Justificación Social 35
3.6 Tipo de Estudio 36
3.7 Tipo de Diseño 36

3.8 Muestreo 36
3.9 Muestra 36
3.10 Participantes 37
3.11 Instrumentos 37
3.11.1 Escala de Ansiedad de Hamilton (1959). 37
3.11.2 Escala de Felicidad de Lima (EFL) de Alarcón (2006). 38
3.12 Procedimiento 38
3.13 Análisis de datos 39
Resultados 40
Estadísticos descriptivos 40
Prueba de normalidad 40
Comparaciones entre grupos 41
Según el nivel educativo alcanzado 41
Según el estado civil 42
Según si trabaja o no trabaja 43
Según el mes de embarazo transitado 44
Pruebas post hoc 45
Según si tiene o no pre eclampsia 47
Correlaciones entre variables 48
Discusión, propuestas y conclusión 49
5.1 Análisis de los resultados 49
5.2 Limitaciones del estudio y propuestas para futuras investigaciones 54
5.3 Conclusión 56
Referencias bibliográficas 58
Anexo 64
Cronograma 64
Consentimiento Informado 65
Cuestionario Sociodemográfico 66
Protocolos 67

Introducción

Los trabajos de Valerio (2017) y Chiani de Murad (1992) describen el embarazo como el período que sucede entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto. En el transcurso de este lapso se registran significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos en la gestante; encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto. El embarazo dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación, aproximadamente unos 9 meses. El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto, es decir, el momento a partir del cual puede sobrevivir extraútero.

Concretamente, y abordando el primer tema de esta investigación, Chiani de Murad (1992), expone que el diagnóstico de pre eclampsia es una complicación del embarazo caracterizada por presión arterial alta (excede 140/90 mm Hg o más, documentada en dos ocasiones, con al menos cuatro horas de diferencia) y signos de daño a otro sistema de órganos, con mayor frecuencia el hígado y los riñones. La preeclampsia generalmente comienza después de las 20 semanas de embarazo. Por esta razón es menester conocer su sintomatología. Estos se caracterizan por exceso de proteína en la orina (proteinuria) o signos adicionales de problemas renales, dolores de cabeza severos, cambios en la visión (visión borrosa), dolor abdominal superior, náuseas o vómitos. En consecuencia, la preeclampsia puede provocar aumento de peso repentino e hinchazón (edema) que consiste en una retención general y excesiva de líquido en los tejidos, manifestándose a través de

tumefacción de la cara y de las extremidades. El riesgo de pre eclampsia es mayor para las mujeres embarazadas muy jóvenes y para las mujeres embarazadas mayores de 40 años.

Las gestantes con pre eclampsia, suelen presentar cambios emocionales debido al miedo o ansiedad generados, no sólo por tener que enfrentar los cambios psicofisiológicos y sociales (nuevo rol de madre) habituales en un embarazo, sino por el riesgo potencial del mismo tras recibir el diagnóstico (Borbor Suárez & Zhingre de la Torre 2019).

Un control psicoprofiláctico adecuado, que estime a la salud de las gestantes de modo holístico e interdisciplinario, incluiría un sistema de apoyo para reducir la misma y brindaría a la embarazada información al respecto (Albán Mendoza, 2019). Dicho autor, define la ansiedad como el estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma, que ocasiona en el sujeto cambios de ánimo. Dicha emoción se suscita cuando el individuo se siente amenazado por un peligro, que puede ser externo o interno. Como consecuencia, se produce una sobre activación del sistema nervioso que pueden ser causados por factores endógenos o exógenos momentáneos, proporcionando como resultado la activación del sistema simpático y endocrino al secretarse hormonas provenientes de las glándulas suprarrenales. Así, la combinación de la activación del sistema simpático con la segregación de adrenalina genera los signos de ansiedad (Albán Mendoza, 2019).

El concepto de ansiedad también es descripto como una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva caracterizada por un estado generalizado de activación y alerta. Existen tantas enunciaciones de ansiedad como modelos teóricos donde encuadrarlas, pero todas las teorías coinciden en que la ansiedad establece una respuesta emocional compleja, adaptativa y pluridimensional (Arranz Betegón, García Moliner, Montenegro Nadal, Camacho Sáez, Parés Tercero, Goberna Tricas, Botet Mussons & Gratacós Solsona, 2017).

Por otro lado, Castro Solano (2009), caracteriza la felicidad como un estado que se consigue a través de momentos parciales o situacionales de felicidad, y, asimismo, como un sentimiento general que hace leer positivamente las diferentes situaciones o avatares de la vida. Las emociones positivas, para Castro Solano (2009) son parte de la naturaleza humana y se han transformado en una clave indiscutible para la obtención de las relaciones sociales. Son creadoras de experiencias positivas, capaces de originar el contento y la gratificación, de desarrollar la creatividad y de aumentar la satisfacción y el compromiso, lo que en general se traduce en una espiral ascendente de transformaciones en la vida de las personas. Si el interrogante se centra en saber ¿qué son las emociones positivas?, Castro Solano (2009) esclarece en su trabajo que esas emociones positivas son aquellas en las que predominan la valencia del placer o bienestar, cuentan con una duración temporal y ponen en movimiento escasos recursos de afrontamiento; por tanto, posibilitan cultivar las fortalezas y virtudes personales, aspectos necesarios que trasladan a la felicidad. Puesto que son estados subjetivos que la persona experimenta en razón de sus circunstancias, que son personales e implican sentimientos, son descritas como reacciones breves que típicamente se advierten cuando sucede algo que es significativo para la persona.

Alarcón (2006), caracteriza a este último constructo como un estado afectivo de satisfacción plena que percibe subjetivamente el individuo en tenencia de un bien anhelado. Un análisis de esta definición permite distinguir las siguientes propiedades de la conducta feliz: a) la felicidad es un sentimiento de satisfacción que vivencia una persona, y sólo ella, en su vida interior; el componente subjetivo individualiza la felicidad entre las personas; b) el hecho de ser un estado de la conducta, podría ser duradero y predecible; c) la felicidad supone la posesión de un "bien", se es feliz en tanto se posee el bien deseado, es el objeto anhelado el que hace la felicidad de una persona; d) el bien o bienes que generan la

felicidad son de naturaleza variada (materiales, éticos, estéticos, psicológicos, religiosos, sociales, etc.).

El presente trabajo se propuso indagar la relación entre la felicidad y ansiedad durante el embarazo, en gestantes de 20 a 30 años con y sin pre eclampsia. Conocer la relación entre estas dos variables permitirá dejar el camino allanado a nuevas investigaciones empíricas desde el campo de la Psicología.

Estado del Arte

El estudio realizado por Ku, (2014) intentó analizar la relación que existía entre los factores psicosociales y la presencia o ausencia de pre eclampsia. Llevó a cabo un estudio analítico en una la muestra conformada por 120 puérperas cuya edad promedio era de 34.5 años, para los casos y 29.5, para los controles. En su mayoría, se trataba de amas de casa que convivían con sus parejas, tenían estudios secundarios o terciarios, no eran madres primerizas y no habían realizado los controles psicoprofilácticos obstétricos adecuados. Fueron diagnosticadas con pre eclampsia en su gestación 60 de ellas y las restantes, habían transitado su embarazo sin mayores dificultades. Se aplicaron el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE), el Inventario de Depresión Rasgo Estado (IDERE), el APGAR familiar y la ficha de violencia para la identificación de factores psicosociales (ansiedad, depresión, disfunción familiar y violencia). Según los resultados, el 63% de las madres participantes con antecedentes de pre eclampsia durante el embarazo, presentaron como consecuencia pre eclampsia severa, y a su vez, solo el 37% restante pre eclampsia leve. De acuerdo a los datos obtenidos por el autor, la pre eclampsia continua siendo un problema central para salud pública en el que están implicados diversos factores psicológicos como la ansiedad y la depresión, así como también ciertos factores de carácter social; a saber, la violencia física, psicológica, sexual e institucional. Estos últimos, entre los que se encuentran también la falta de apoyo social, económico y emocional; al ser considerados, evaluados y atendidos podrían disminuir los efectos nocivos sobre la salud materna y perinatal, propiciando que la gestante pueda adaptarse sin inconvenientes a la nueva situación.

Con base, en el trabajo realizado por Camacho Terceros, Rodríguez y Carmen (2015) buscó indagar sobre la mirada clínica en gestantes admitidas en la Clínica Universitaria Bolivariana de la ciudad de Medellín, Colombia. Las mismas, presentaban un diagnóstico de pre eclampsia severa. Es relevante mencionar que, según lo manifestado por los autores, la preeclampsia es un síndrome gestacional que da origen a trascendentes porcentajes de muerte alrededor del mundo. La incidencia de dicha patología del embarazo en la Argentina es del 4,5% y su complicación más importante, la preeclampsia grave/eclampsia, tiene una alta tasa de mortalidad materna y perinatal, si no se la detecta y trata rápidamente. Camacho Terceros y Berzaín Rodríguez (2015) agregaron que según investigaciones recientes se trata de una disfunción endotelial, conocimiento que podrá ser de vital importancia para nuevos métodos diagnósticos y esquemas terapéuticos. A pesar de que aún hay cierta discordancia entre los profesionales sobre los criterios diagnósticos del síndrome, el tratamiento definitivo tiene como objetivo propiciar a la finalización del embarazo con un parto a término y tomar medidas directas sobre la madre para mejorar el cuadro, evitar la evolución a eclampsia, al Síndrome de HELLP y finalmente, la muerte (Camacho Terceros, Rodríguez & Carmen, 2015).

Teniendo en cuenta los anteriores antecedentes, Valerio (2017) ha indicado que los estados hipertensivos del embarazo y sus consecuencias, resultan ser uno de los factores de riesgo para contraer pre eclampsia-enclampsia, Síndrome de HELLP y la segunda causa más frecuente de muerte materna. A su vez, ha indicado que la tasa más alta de pre eclampsia se ha observado en mujeres mayores de 45 años con diabetes, señalando con esto, otros dos factores de riesgo. Dicho autor ha afirmado que la hipertensión resulta ser la problemática más compleja durante el embarazo, por ello es que se deben considerar los diversos tratamientos existentes, según cada estado hipertensivo. La muestra utilizada en el

trabajo de Valerio (2017) estuvo compuesta por 100 pacientes con un promedio de edad de 28.5 años que cursaban su segundo o tercer trimestre de embarazo y pacientes que se encontraban en el primer trimestre, con diagnóstico de Hipertensión Crónica. Por medio de los datos obtenidos a través de un formulario estandarizado, indagando en historia clínica de las gestantes y considerando determinados análisis realizados en el laboratorio; Valerio (2017) pudo determinar que, de acuerdo al trastorno hipertensivo en el embarazo de las pacientes estudiadas, un 70 % padecían Hipertensión Crónica, un 46 % de Pre eclampsia, un 30 % de Hipertensión Gestacional y un 9 % sufrieron Eclampsia.

La investigación realizada por Checya Segura y Moquillaza Alcántara (2019) intentó analizar los factores asociados con la preeclampsia severa en 136 pacientes a través de 272 controles de las mismas. Estas fueron atendidas en dos hospitales de Huánuco, Perú. A través de un estudio es de carácter retrospectivo, observacional, analítico, de casos y controles, los autores consideraron como factores asociados con dicho diagnóstico: los previos a la concepción, maternos y ambientales. Entre ellos fueron detallados los antecedentes personales y familiares de pre eclampsia, la edad de la madre mayor a 35 años, la obesidad, el embarazo con un nuevo compañero sexual y el embarazo gemelar (Checya Segura & Moquillaza Alcántara, 2019).

Cambiando de tema y en relación a la ansiedad que experimentan las gestantes durante el proceso de embarazo, Albán Mendoza (2019) intentó determinar si un programa educativo de su autoría, ofrecía la posibilidad de mermar la ansiedad de las gestantes durante el parto. Elaboró un estudio de cohortes, cuya muestra incluyó 25 expuestos y 25 no expuestos, sobre los que implementó dicho programa. La conclusión brindada por el autor se refirió a que el mismo demostró ser un factor protección para la ansiedad durante el parto de estas mujeres. En tanto que las variables edad, edad gestacional, el grado de instrucción y el

estado civil no presentaron relaciones significativas con la ansiedad de las gestantes. Albán Mendoza (2019) ha manifestado, además, que se debe tener en cuenta que el propio embarazo es el motor que impulsa la aparición de ansiedad durante la gestación. Por lo tanto, para poder prevenir y tratar los cuadros de ansiedad se tendrían que conocer las características de los mismos. Finalmente, explica que la ansiedad en el embarazo debe ser pensada como un síndrome diferente de la ansiedad generalizada, ya que este síndrome puede perturbar al parto y producir cambios neuroendocrinos en el embarazo (Albán Mendoza, 2019).

Con el fin de continuar analizando los factores de riesgo que predisponen a las mujeres gestantes a contraer preeclampsia, Borbor Suárez Y Zhingre de la Torre (2019) explicaron que la misma es una enfermedad propia del embarazo y que representa en gran medida un problema de salud pública, además de ser una de las causas principales de mortalidad materna. A tal fin la investigación tuvo como propósito desarrollar una guía de información y de apoyo para los profesionales en el área de salud en general los cuales tienen la gran responsabilidad en la atención y cuidado de las mujeres embarazadas a través del reconocimiento de los primordiales componentes que predisponen el desarrollo de la misma en las pacientes jóvenes, para lograr la reducción de la ansiedad. En lo que respecta a esta investigación, la misma fue no experimental, transversal y cualitativa; puesto que se recopiló información a través de revistas y artículos, con la finalidad de analizarlos para determinar los factores primarios y secundarios que derivan en la aparición de preeclampsia durante el embarazo de las gestantes. Borbor Suarez y Zhingre de la Torre (2019) pudieron explicitar que las mujeres embarazadas que tienen esta afección (preeclampsia) deben ser atendidas de la mejor manera y tener un control sistemático de en lo que a psicoprofilaxis se refiere. Las gestantes que padecen de esta afección suelen presentar cambios

emocionales debido al miedo o ansiedad generados por el riego potencial de sus embarazos. Por esta razón, es menester que se desarrollen por parte del sistema de salud programas que permitan fomentar el autocuidado de la paciente, generando confianza entre esta y el profesional. Fundamentalmente han considerado que dichos apoyos deberían estar centrados en el aporte de la información necesaria y en el estricto control con respecto a la patología, que como efecto colateral genera descontrol emocional produciendo dudas, temor y ansiedad.

Por otro lado y abordando el tema de la felicidad, el trabajo realizado por Alarcón (2006) describe la construcción de la escala para medir dicho constructo, a partir de una muestra compuesta por 709 estudiantes, de ambos sexos con una edad promedio de 23 años que cursaban estudios en universidades públicas y privadas de Lima. Dicha escala estuvo compuesta por ítems construidos según una escala de tipo Likert, de cinco alternativas: Totalmente de acuerdo; Acuerdo; Ni acuerdo ni desacuerdo; Desacuerdo; y Totalmente en desacuerdo. Al extremo positivo el autor le otorgó cinco puntos y al extremo negativo un punto. Los ítems fueron redactados en forma favorable o desfavorable a la felicidad y distribuidos aleatoriamente. La escala demostró presentar elevada consistencia interna y validez convergente, esta última evaluada a través de correlaciones entre puntajes de felicidad y las dimensiones del Inventario de Personalidad de Eysenck. Alarcón (2006) ha observado una correlación positiva y significativa entre felicidad y extraversión. Asimismo, presenta validez de constructo la cual fue establecida a través de un análisis factorial, el análisis de componentes principales y la rotación ortogonal (Varimax). El investigador, a raíz de esto, A raíz de esto, pudo extraer cuatro factores identificados como: Sentido positivo de la vida; Satisfacción con la vida; Realización personal, y Alegría de vivir.

Según la clave de calificación, se atribuyen puntajes altos a reacciones positivas hacia la felicidad; opuestamente, los puntajes bajos indican baja felicidad (Alarcón, 2006).

La investigación de Contreras Pulache, Mori Quispe, Lam Figueroa, Quino Villanueva, Espinoza Lecca, Yancachajlla Apaza y Hinostroza Camposano (2014) tuvo como objetivo indagar acerca de la felicidad en mujeres gestantes. A propósito, llevaron a cabo el estudio multicéntrico, analítico y transversal en 5 hospitales de la ciudad de Lima, Perú. De la muestra total de 772 puérperas, las edades promedio giraban en torno a los 27 años, en su mayoría convivían con sus parejas. Más del 60 % de las mismas estaba desempleada, tenía estudios secundarios completos y refirieron embarazos no planificados.

Se concluyó que la felicidad es un fenómeno multifactorial, la media reconocida entre las puérperas fue de 31.7±5.5 puntos (rango: 11 a 40); según Contreras et al., (2014), alto. Las variables significativamente asociadas con la felicidad fueron: edad, estado laboral, tipo de parto, planificación del embarazo, apoyo de la pareja y amigos. Razón por la cual, concluyen los autores, el periodo postparto podría ser una adecuada ocasión para examinar los sentimientos de la madre y poder efectuar políticas de apoyo con el fin de que pueda optimizarse la salud materno infantil.

El estudio exploratorio y descriptivo realizado por Carmona y Caldera (2015) intentó identificar a través de un diseño factorial las relaciones entre la edad de las gestantes adolescentes cuyos embarazos no habían sido planificados, los apoyos disponibles, y la variable dependiente felicidad con el embarazo. Todas las mujeres valoraron como feliz su etapa gestacional, independientemente de la edad que poseían y de las dificultades que debían afrontar. Puntualmente, los resultados obtenidos reflejaron la importancia de la presencia del futuro padre del bebé, así como de la imagen paterna y materna de las adolescentes en el transcurso del embarazo. Las puntuaciones más altas en felicidad se

evidenciaron en las gestantes que cuentan con todos los apoyos sugeridos en esta investigación: padre, madre, pareja, y en las que rondaban en la franja etaria de 21 y 24 años.

Marco Teórico

2.1 Embarazo

2.1.1 Controles obstétricos

Según la definición que plantea Chiani de Murad (1992), la obstetricia es la rama de la medicina que trata el embarazo, parto y puerperio, tanto en circunstancias normales como patológicas. El objetivo principal es que cada embarazo llegue a su término y que el parto finalice en forma espontánea u operatoria, según los escenarios que se presenten, pero desplegando el bienestar físico y psíquico de la madre e hijo. Para lograrlo es necesaria, la atención de la mujer antes de que se embarace, a los efectos de diagnosticar patologías preexistentes que de no corregirlas pueden poner en peligro su vida, la del niño o la de ambos. Con la preparación psicoprofiláctica (serie de sesiones teórico-prácticas que persiguen buscar el bienestar del binomio madre-hijo) para el parto se proporcionará a la embarazada confianza, optimismo y analgesia, facilitando de este modo una mejor relación con su hijo, el recuerdo sin sobresaltos de su parto y el acopio de otros embarazos.

Es así que Carmona y Caldera (2015) hacen referencia a la preparación psico profiláctica, debido a que la misma tiene una gran influencia para que la gestante esté cubierta con la correcta vigilancia previa, esto es, estar preparada para el parto, quedar asistida por especialistas y contar con una excelente atención obstétrica. Este desarrollo psicoprofiláctico cumple una responsabilidad social – educativa que se extiende hacía la mujer gestante, el medio familiar y a toda la comunidad. La psicoprofilaxis constituye una verdadera educación sanitaria, vale decir, tiene una gran proyección social; tiene una efectiva acción de higiene mental, incorporando a la embarazada con optimismo a su estrato social y haciéndola sentir dueña de la situación, mejora sus circunstancias psíquicas

y físicas para el autocontrol de su parto; por último el número de hemorragias es menor; la recuperación psíquica del proceso "de su embarazo" es más rápida.

Simultáneamente Gómez López (2007) pone especial atención a la prevención del parto pre término que puede provocarse por complicaciones como la pre eclampsia y una elevada ansiedad prenatal entre otras; dicha prevención para que no ocurra un parto pre término debe llevarse a cabo a través de la prueba de fibronectina y/o la medición de la longitud cervical por ecografía transvaginal por lo que se debe realizar la intervención específica para cometer esta prevención. El tratamiento se dirige al logro de dos objetivos básicos: Inhibir o reducir la fuerza de las contracciones uterinas, a fin de evitar o postergar el parto pretérmino, y mejorar las condiciones fetales antes del parto pre término.

En la investigación de Donoso y Oyarzún (2012) el parto prematuro (edad gestacional como un subrogado de la madurez) ocurre antes de la semana 37 o antes de los 259 días posconcepcionales. Por consiguiente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado a los niños prematuros de acuerdo con su edad gestacional en: a) Prematuro general: < 37 semanas. b) Prematuro tardío: de la semana 34 con 0/7 días a la semana 36 con 6/7 días. c) Muy prematuro: aquellos nacidos antes de las 32 semanas. d) Extremadamente prematuro: menores de 28 semanas. La etiología de la prematurez rara vez está asociada con una sola condición. Se considera multifactorial y varía de acuerdo con la edad gestacional.

Palencia (2009) expone que dentro de las principales causas para la prematurez, la infección tiene un rol importante, tanto la local uterina (responsable de la mayoría de los partos prematuros antes de la semana 28) como la sistémica (por ejemplo, una infección urinaria, sifilis, HPV); también están: el estrés y ansiedad materno, la trombosis uteroplacentaria y las lesiones intrauterinas vasculares asociadas con sufrimiento fetal o

hemorragia residual, la sobre distensión intrauterina y la insuficiencia placentaria. Por lo que para Chiani de Murad (1992) es habitual que se dispongan factores y que suceda un parto prematuro por infección en la madre. A saber en Latinoamérica, el 70% son partos pretérmino espontáneos.

Es de suma importancia en el trabajo de Casini, Lucero Sáinz, Hertz y Andina (2002) la relación que la madre debe tener con el cuidado preconcepcional y el control prenatal. Éstos permiten obtener a partir de las visitas programadas con el equipo de salud, la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Por ende el control prenatal debe ser precoz, periódico, completo y debe ofrecer amplia cobertura.

Para Casini et al., (2002) hay ciertas actividades por parte del obstetra que debe llevar a cabo, dentro de ellas se encuentran la administración del ácido fólico en el período preconcepcional y en el primer trimestre del embarazo, categorizar a la embarazada según el riesgo, examen físico y llenado de la historia clínica, evaluación en cada consulta de factores de riesgo, fijar cronograma de controles prenatales, determinar el grupo sanguíneo y factor, evaluar el estado nutricional materno, preparar a la mujer para la maternidad, detectar tabaquismo y otras adicciones, control riguroso de la presión arterial, brindar suplementación con hierro, realizar un diagnóstico de: sífilis (VDRL), Chagas, hepatitis B y C, toxoplasmosis y HIV, realizar examen de urocultivo, vacunación antitetánica, detectar presentación pelviana al término (pelvimetría), instrucción de situaciones de riesgo, estudio ecográfico, papanicolau y colposcopía, por último un examen mamario de rutina. Por lo tanto, se espera que en las consultas ulteriores, teniendo como base el esquema de frecuencias de controles prenatales, se realizarán las determinaciones, intervenciones e indicaciones que sean necesarias según la evolución del embarazo. Básicamente en cada

control prenatal se determinará: evaluación de riesgo, pulso y presión arterial, semanas de amenorrea, presencia de sintomatología urinaria, presencia de edemas y/o varices, altura uterina y percentil de la misma, movimientos fetales, situación y presentación, auscultación de frecuencia cardiaca fetal (FCF) y examen mamario.

2.1.2 Etapas del desarrollo

El período prenatal del desarrollo embriofetal para Chiani de Murad (1992) se divide en tres etapas: 1) Preembrionaria. Se extiende desde la fecundación hasta la aparición de las tres hojas germinativas. 2) Embrionaria. Se prolonga desde la cuarta semana hasta la octava semana. El embrión adquiere forma casi definitiva y desarrolla los esbozos de la mayor parte de sus órganos. 3) Fetal. Se extiende desde el comienzo del tercer mes hasta el nacimiento. En su transcurso los esbozos de los órganos comienzan a diferenciarse histológicamente y sus células adquieren las propiedades fisicoquímicas y morfológicas necesarias para realizar las funciones que en el futuro le permitirán al recién nacido iniciar una vida extrauterina. El sistema nervioso y el aparato genital completan su diferenciación después del nacimiento. El embarazo como tal se desarrolla entre las 12 y 16 semanas (3 meses), 16 y 18 semanas (4 meses), 20 a 24 semanas (5 meses), 24 a 28 semanas (7 meses), 28 a 32 semanas (8 meses), 32 a 36 semanas (9 meses).

2.1.3 Modificaciones psíquicas

Para advertir los factores asociados con las alteraciones psicológicas durante el embarazo se toma el trabajo de Gómez López (2007), en donde se precisa que estos factores psicosociales producen un acontecimiento o cambio vital que puede llegar a asociarse temporalmente. Según el autor, los más importantes son:

1) Factores socioeconómicos en general; 2) factores fisiológicos; 3) factores psicológicos; 4) su particular nivel socioeconómico; 5) estrés y 6) apoyo social. El embarazo es un ciclo de crisis del desarrollo psicológico, intervienen aspectos fisiológicos y dinámicos, que se vinculan al nivel de madurez emocional que posea la gestante, como: el sentido de feminidad, la presencia de conflictos no resueltos y la vinculación temprana del binomio madre-hijo. Las acomodaciones necesarias para el nacimiento perturban los ámbitos fisiológicos, sociales y psicológicos de la mujer y no importa qué tan positiva sea la respuesta emocional frente al nacimiento del bebé, ésta es una etapa muy estresante. Con referencia al malestar psicológico que pueden atravesar las gestantes, este es un conjunto de cambios emocionales relacionados que se vinculan con un evento determinado o circunstancia. El embarazo estimula la aparición de una alteración psicológica transitoria por requerir adaptación a una nueva situación, esto puede provocar una disminución de las funciones yoicas, y también generar una restricción temporal de la conciencia, reactiva y funcional que opera sobre el yo y es egodistónica, no impactando en la estructura de personalidad; lo que se considera entonces es una inhibición o malestar psicológico. Este malestar psicológico se puede clasificar como disfórico, eufórico, ansioso, ansioso-eufórico y ansioso- disfórico.

Las alteraciones observables en el trabajo de Carmona y Caldera (2015) en relación al carácter de la embarazada, así como la inestabilidad emocional, el llanto fácil, la irritabilidad y las actitudes anómalas, se interpretan como estados de vulnerabilidad que hacen necesaria la presencia de su pareja/esposo, del núcleo familiar en general, e incluso del médico; al ser atendida se siente protegida. La carga emocional de la mayoría de las embarazadas es grande; conviene la preparación psicológica para la maternidad desde la primera consulta, con lo que logramos resultados muy satisfactorios.

Las primigestas para Benavides (2014) con frecuencia tienen temor exagerado a la posibilidad de perder su embarazo o al nuevo rol que tendrá como madre ya que muchas veces aparece de forma recurrente la pregunta si, es capaz de ser una buena madre; por el contrario, las que ya poseen hijos temen perder su vida en el parto, lo que las atemoriza por el pavor de abandonarlos. El médico debe facilitar apoyo a la embarazada en todo momento, como forma de calmar la ansiedad propia de este estado, que aumenta en las proximidades del parto debido a los procesos de cambios inminentes. Aunque cada trimestre de la gestación tiene sus propias características, este cambio de rol, genera ansiedad y la futura mamá deberá desarrollar el proceso de adaptación a través de los nueve meses de gestación. Si este aspecto es dejado de lado, podría ocasionarse aborto espontáneo, un parto prematuro, mayor riesgo de cesárea y alteraciones en el desarrollo fetal (Benavides, 2014).

3.1 Preeclampsia

3.1.1 Diagnóstico de preeclampsia

Aude, Camacho Rodríguez, Carrizales Silva, Oviedo Colón, Ramos de la Cruz, González Noruega & Morales Carrillo (2015) exponen en su investigación que la preeclampsia es un trastorno hipertensivo inducido por el embarazo que se manifiesta clínicamente después de las 20 semanas de gestación, con todo un espectro de síntomas clínicos y se caracteriza por una triada que se compone principalmente de hipertensión, proteinuria (contribuye al diagnóstico la presencia de proteinuria mayor o igual a 0,3 gramos en una muestra de orina de 24 horas o su equivalente en tiras reactivas (más de 1+) en dos muestras de orina al azar recolectadas con cuatro o más horas de separación) y edema. Los exámenes rutinarios que se deben llevar a cabo contienen la toma de presión

arterial y un análisis de orina para proteinuria que debe realizarse rutinariamente en cada visita prenatal.

Los objetivos principales de los controles prenatales son: la educación de la embarazada y la detección de riesgos.

Así para Ku (2014) la confección de la historia clínica nos permitirá conocer los antecedentes hereditarios, personales y el estado actual. Asimismo, también recomienda el control de peso y de la tensión arterial en cada consulta, investigar proteinuria y edemas observables en los miembros inferiores. Cabe destacar que fisiológicamente la tensión arterial habitual desciende en el primer trimestre de gestación y comienzo del segundo, este cambio ocurre tanto en normotensas como en hipertensas, por tanto, se pondrá especial cuidado, ya que un registro tensional aparentemente normal puede corresponder a una hipertensión, con el descenso propio de esta época del embarazo. Varios factores pueden ser registrados en el interrogatorio y examen físico en la primera consulta prenatal. Fundamentalmente recomienda el autor: el rastrillaje completo de la historia familiar y personal en lo que a salud respecta; antecedentes de pre eclampsia; potenciar controles en gestantes mayores a 35 años; detectar a través de análisis de laboratorio la presencia de anticuerpos antifosfolípidos; control de la obesidad, y tener en cuenta si hubo un embarazo gemelar previo. La hipertensión previa, la enfermedad renal crónica, la diabetes, las enfermedades autoinmunes, obesidad incrementan también el riesgo.

3.1.2 Trastorno hipertensivo en el embarazo

Los trastornos hipertensivos del embarazo en el aporte que realizó Valerio (2017) están asociados con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal, a nivel mundial la enfermedad hipertensiva del embarazo constituye la tercera causa de mortalidad materna con 12%, la preeclampsia es la segunda causa de muerte materna, representando 17 a 21%

de muertes. Dicha hipertensión es la complicación médica más frecuente hallada durante el embarazo, y dificulta a un 5-10% de las gestaciones. Este trastorno que surge durante el embarazo, está asociado con un mayor riesgo de hemorragia intracerebral, desprendimiento de la placenta, retraso del crecimiento intrauterino, prematuridad y muerte intrauterina. Se debe tener en cuenta la presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg o presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg, en por lo menos dos ocasiones con un intervalo de 4 a 6 horas de diferencia, que se presenta después de 20 semanas de gestación en una mujer cuya presión arterial había sido normal. Además de esto, contribuye al diagnóstico la presencia de proteinuria mayor o igual a 0,3 gramos en una muestra de orina de 24 horas o su equivalente en tiras reactivas (más de 1+) en dos muestras de orina al azar recolectadas con cuatro o más horas de separación.

3.1.3 Preeclampsia leve

Se constituye según Chiani de Murad (1992) el diagnóstico de pre eclampsia leve cuando se exteriorizan los siguientes criterios posteriormente a la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras seis semanas posparto. Dichos criterios son: presión arterial 140/90 mm Hg pero menor de 160/110 mm Hg en dos ocasiones con intervalo de al menos 6 horas con la paciente en reposo en cama y proteinuria mayor o igual a 300 mg pero menos de 5 g en una colección de orina de 24 hs.

3.1.4 Preeclampsia severa

Se diagnostica una preeclampsia severa cuando para, Chiani de Murad (1992) se presentan uno o más de los siguientes criterios después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras seis semanas posparto. Presión arterial mayor o igual a 160/110 mm Hg, proteinuria de 5 gr en orina de 24 horas o su equivalente de 3hs en tira reactiva al azar recolectadas con un intervalo de al menos 4 horas, alteración de función

hepática, cefalea, alteraciones visuales, epigastralgia, restricción en el crecimiento intrauterino.

3.1.5 Tratamiento

Checya Segura y Moquillaza Alcántara (2019) dejan en claro que las pacientes con pre eclampsia leve se hospitalizan para confirmar el diagnóstico y hacer estudios adicionales. Deben recibir una dieta regular sin restricciones de sal, no se indican diuréticos, antihipertensivos ni sedantes. La evaluación incluye la toma de la tensión arterial cada cuatro horas durante el día, vigilancia de peso y posibles edemas, además de los siguientes análisis de laboratorio: hemoglobina, hematócrito, creatinina, ácido úrico, plaquetas, pruebas de coagulación, transaminasas y recolección de orina en 24 horas para determinar las cifras de creatinina y proteinuria, con una frecuencia de dos veces por semana. Para la preeclampsia grave, siempre es necesaria la hospitalización y el parto está indicado si la edad gestacional es de más de 34 semanas, si está confirmada la madurez pulmonar y si aparece deterioro materno o fetal.

Mención

2.3 Felicidad

Es apropiado comenzar el abordaje de este apartado mencionando a Benavides (2014) quien hace referencia de la idea de felicidad. El autor deposita la responsabilidad de la felicidad en los pensamientos, creencias, sentimientos y comportamientos que cada uno tiene sobre sí mismo y los demás.

Además, para Olivar Bonilla (2002) el nacimiento de un nuevo ser debería representar un evento de celebración tanto para la madre, el esposo, los hijos previos, la familia en general y la sociedad finalmente. El tiempo posterior al parto suele ser un tiempo de contradicciones: por un lado la intensa alegría de ver al nuevo ser (y todo lo que significa el

asentamiento de la maternidad) y por otro lado la intranquilidad propia de esa nueva realidad que obliga a asumir un nuevo rol (y más si consideramos que ningún sistema de salud, se encarga de formar ni física ni "mentalmente" a la mujer para ser madre, al hombre para ser padre y a los hijos previos para ser hermanos). Así entonces, los días posteriores al parto son generalmente considerados como periodos de intensa celebración y al mismo tiempo periodos de adaptación continua, y por lo tanto de vulnerabilidad latente. Es por esto mismo que más allá, de que el embarazo habitualmente es un periodo de felicidad, hay retos emocionales significativos. Hay dificultades en cuanto a la expectativa de los futuros padres y de quienes los rodean. Por esta razón, los procesos de adaptación pueden generar cierta ansiedad y dudas acerca de la idea, de que el embarazo debe ser un periodo sólo de alegría.

Olivar Bonilla (2002) también desarrolla que la futura madre tendrá mayor tendencia a ser más dependiente de los demás, sus emociones más intensas y requiere apoyo emocional de su pareja y allegados. Podría concluirse que demanda un cierto grado de "maternaje" o cuidados maternales hacia ella.

En este sentido y retomando el estudio llevado a cabo por Contreras Pulache et al., (2012) se considera que la felicidad es la suprema vivencia de bienestar espiritual. Implica tanto orgánico como lo mental. Esta vivencia de bienestar es, como se puede entender, una realidad temporal (un estado de vida) que abarca toda la historia de la persona. En el caso concreto de una mujer que acaba de dar a luz, la felicidad será evaluada como un estado hacia el pasado (visión retrospectiva de la vida) y un estado hacia el futuro (visión prospectiva de la vida). La visión retrospectiva de la vida hace reseña al grado de satisfacción que experimenta una persona en relación a su historia personal pasada. La visión prospectiva de la vida hace alusión al nivel en que la persona experimenta la vida

como una experiencia agradable, el mundo como un lugar en el que se ensamblan expectativas y logros.

En la psicología contemporánea, este concepto se torna aún más sofisticado si nos centramos en la forma que tiene Seligman Martin (2011) de concebirlo. El autor, define la felicidad como vida placentera, significativa y de compromiso, en la que como condición, se mantienen además relaciones de calidad con el entorno; lo que conduciría a la consecución de éxitos y logros.

Continuando con el aporte de Seligman (2011), existen cinco tipos distintos de felicidad:

- Emociones positivas o vida placentera.
- Compromiso o vida comprometida.
- Relaciones.
- Significado o vida significativa.
- Éxito y sentido de logro.

Para comprender qué es la psicología positiva, Seligman Martin (2011), propone hablar de las tres dimensiones de la felicidad o, como él las nombra, vidas felices:

Vida placentera

Este tipo de vida se centra en buscar todas las emociones positivas que el ser humano pueda tener y desarrollar habilidades para amplificar el placer. Para lograr una vida placentera según Seligman Martin (2011), se deben tener cubiertas las necesidades básicas como la alimentación, la seguridad, un hogar, entre otras.

Vida de compromiso

Cuando Seligman Martin (2011) habla de compromiso, hace referencia a las responsabilidades que surgen a lo largo de la vida: el trabajo, las amistades, la pareja, los hijos, entre otras. Cuando estos compromisos no son una carga, sino una alegría, se está

desarrollando un tipo de vida feliz y estable que permite la proyección hacia un bienestar mayor. Cuando se descubren las virtudes y fortalezas de cada uno y se utilizan para generar vínculos afectivos con un entorno cercano, se abre un paso importante en nuestro camino de crecimiento personal.

Vida significativa

Finalmente, es importante hablar de la felicidad más adherida a lo social. La vida significativa radica en descubrir nuestras propias fortalezas y utilizarlas para pertenecer a un colectivo. Se trata de orientar nuestras virtudes para ayudar al crecimiento personal de los demás (Seligman Martin, 2011).

2.4 Ansiedad

La ansiedad para Albán Mendoza (2019) se define como una etapa subjetiva en donde se puede experimentar incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace sentir al individuo irritante, molesto. Se trata de una emoción que surge cuando el individuo se siente amenazado por un peligro, pudiendo ser interno o externo. Continúa con la sobreactivación del sistema nervioso y como resultado de esto, se da una activación del sistema simpático y endocrino, al secretarse hormonas provenientes de las glándulas suprarrenales (adrenalina), generando los signos de ansiedad. Por ello se considera que la mujer es más susceptible a padecer trastornos emocionales, en gran parte debido a los cambios hormonales durante el embarazo. Debido a esto, es lógico, comenta Albán Mendoza (2019), pensar que la ansiedad podría estar presente de manera frecuente en las embarazadas. Debe señalarse que, además de los problemas inherentes a estos trastornos, todos los sentimientos y emociones liberados son capaces de perturbar tanto a la madre como a su hijo.

Ahora, según Telleria (2014) en su investigación llega a plantear que la ansiedad es una respuesta a cierto tipo de emociones, concretamente al miedo. Éste es un sentimiento útil pero el inconveniente acontece cuando este sobreviene y no hay una razón para sentirlo. Las relaciones entre el miedo, la ansiedad y las complicaciones del embarazo, demostraron que sobre todo, la ansiedad durante el trabajo de parto está vinculada con altos niveles de la hormona de estrés, la epinefrina (adrenalina) en sangre. Esto, puede causar patrones anormales en la frecuencia cardiaca fetal durante la labor de parto, una disminución de la contractibilidad uterina y bajas puntuaciones de Apgar. Así la ansiedad puede afectar de manera negativa los resultados del embarazo, produciendo un aborto espontáneo, parto prematuro y alteraciones en el desarrollo del feto y preeclampsia. Tellería (2014) coloca especial atención a las gestantes que presentan elevados niveles de ansiedad ya que poseen un mayor riesgo para atravesar un parto pretérmino espontaneo. El recién nacido sano, aun cuando nace sin complicaciones, presenta una serie de retos para adaptarse a su medio ambiente, sin embargo, esta adaptación es más dificultosa en los bebes de partos pretérmino. A menudo esta falla de adaptación o dificultad para la misma se presenta con problemas de crecimiento, desarrollo y un bajo rendimiento académico en los primeros años de vida, además de ser la primera causa de síndrome de dificultad respiratoria secundario a enfermedad de membrana hialina, llevando con ello a una elevada morbimortalidad perinatal.

2.4.1 Ansiedad en gestantes

La ansiedad antenatal según Díaz, Amato, Chávez, Ramírez, Rangel, Rivera y López (2013) es un trastorno psicológico frecuente y cuenta con factores de riesgo que propician el padecimiento de un trastorno posparto, por lo que resulta imprescindible vislumbrar que

la evaluación y control psicológico de la mujer embarazada no debería ser omitido de la consulta de control prenatal. Es significativo que esta patología psíquica vigente también en el embarazo, no se ignore y se contemple la valoración de la atención integral de la gestante. Se involucran para esto, el estudio y control de la esfera psicológica con el seguimiento de los cambios fisiológicos conformes a la gestación, lo que posibilitaría garantizar el progreso favorable y satisfacción de llevar un embarazo.

2.4.2 Factores de riesgo

Las embarazadas con factores de riesgo sanitario, social y familiar asumen mayor probabilidad de exhibir ansiedad al igual que las menores de 19 años. Situaciones como poseer bajos ingresos económicos, estar soltera , quedar desempleada o desescolarizada, tener más de tres hijos, hallarse en los dos primeros trimestres de la gestación, relación de pareja disfuncional, antecedentes de personalidad ansiosa y ser víctima de violencia doméstica, son factores de riesgo para síntomas ansiosos durante la gestación. Por otra parte, se han descrito como factores protectores para la ansiedad en la gestación, tener empleo y pareja estable (Ricardo-Ramírez, Álvarez-Gómez, Ocampo-Saldarriaga & Tirado-Otálvaro, 2015).

Parece apropiado destacar que el estado emocional que atraviesa la embarazada varía en función del periodo de gestación; así es que, para Wedel Herrera (2018), durante los tres primeros y los tres últimos meses de gestación, la madre puede vivenciar niveles de ansiedad aunque dichos niveles, son más bajos durante el segundo periodo de gestación. Una potencial causa es que durante el primer trimestre el estado de gestación es difícilmente perceptible, en la mayoría de los casos es a partir del segundo y tercer mes que la gestante es más perceptiva de su nuevo estado. Así mismo, durante el segundo trimestre de gestación, comienzan a tener lugar los cambios físicos como derivación del embarazo y

la futura madre debe aceptar y someterse a esos cambios afrontando su nueva condición bilógica y social; ese enfrentamiento suele ir seguido de respuestas de ansiedad aunque una vez adaptada a su nueva condición, la ansiedad paulatinamente.

Método

3.1 Pregunta de investigación

¿Cómo se relaciona la ansiedad y la felicidad en mujeres embarazadas de 20 a 30 años?

3.2 Objetivo general

Estudiar el tipo de relación que existe entre la ansiedad y la felicidad en mujeres embarazadas

3.3 Objetivos específicos

- Caracterizar la muestra según variables sociodemográficas.

-Describir las medidas de tendencia central y dispersión de las variables ansiedad y felicidad en mujeres embarazadas.

-Determinar las diferencias entre grupos, según las siguientes variables sociodemográficas, según si tiene diagnóstico de preeclampsia o no, situación laboral, estado civil, nivel de educación y el mes de gestación transitado.

3.4 Hipótesis

- Felicidad y ansiedad se relacionan de forma inversa en las mujeres gestantes.

- El nivel de felicidad disminuye cuando las gestantes son diagnosticadas con preeclampsia.

- El nivel de ansiedad aumenta cuando las gestantes son diagnosticadas con preeclampsia.

- Las mujeres que se mantienen laboralmente activas, poseen menores niveles de ansiedad y mayor nivel de felicidad que las que no trabajan.

- Las mujeres gestantes, con nivel terciario de educación tendrían niveles mayores de felicidad y menores de ansiedad, en comparación con niveles inferiores de estudio.
- Las gestantes con y sin pre eclampsia muestran mayor nivel de ansiedad y felicidad en el último trimestre de embarazo.

3.5 Justificación y Relevancia

3.5.1 Justificación teórica

Esta investigación intentará brindar un aporte teórico para que médicos, obstetras y psicólogos tratantes de mujeres gestantes con preeclampsia, puedan llevar a cabo una preparación psicoprofiláctica adecuada en los distintos centros de atención primaria de la salud. Una adecuada preparación para el parto desde el área de la Psicología tendría en cuenta más allá de los recaudos tomados por profesionales de la medicina obstétrica y general, que la adaptación a la nueva situación que atraviesan las gestantes suele ser vivida como un estado de vulnerabilidad (Carmona y Caldera, 2015) con gran carga emocional; que pivotea entre situaciones de alegría y otras, generadoras de incertidumbre y ansiedad (Olivar Bonilla, 2002). La finalidad de la información recabada en esta investigación, se sumaría los objetivos médicos y/o clínicos para generar una visión holística respecto del bienestar del binomio madre-hijo, contribuyendo a que el embarazo llegue a término y a que el parto finalice en forma espontánea u operatoria, según los escenarios que se presenten (Chiani de Murad, 1992; Carmona y Caldera, 2015).

3.5.2 Justificación Práctica

Los datos obtenidos de las investigaciones utilizadas en este trabajo, podrían constituir la base para plantear la preparación psicofísica en la maternidad. Esta preparación debe abarcar aspectos relacionados con la evolución de todo el embarazo, el parto, el puerperio y la atención del recién nacido. Se precisa que en cada consulta obstétrica se atemperen las

ansiedades propias y diferentes de cada uno de los períodos del estado grávido-puerperal, tanto de la gestante como la de su pareja (Telleria, 2014). Puede producirse una ansiedad frente al comienzo de la gestación, ante la percepción de movimientos fetales (entre las 18 y 22 semanas), por la versión espontánea del feto (entre las 30 y 32 semanas), por el comienzo del noveno mes y debido a los días previos al parto (Chiani de Murad, 1992). Diferenciar las ansiedades del embarazo y proporcionar la información adecuada servirá para bajar estos niveles ansiosos en la gestante.

3.5.3 Justificación Social

Los trastornos hipertensivos del embarazo son una forma reconocible y controlable desde etapas tempranas del mismo; que producen diversos riesgos tales como pre eclampsia, eclampsia, trastornos renales, diabetes y podrían ocasionar peligro de muerte en la madre y el hijo, de no tener un manejo adecuado (Valerio, 2017). El control psicoprofiláctico planteado en esta investigación, resulta ser entonces una responsabilidad social y educativa, que se extiende a la mujer que cursa un embarazo, al medio social y a toda la comunidad. Su proyección social propiciaría una efectiva acción de higiene mental, emponderando a la gestante para que ejerza una conducta autodeterminada, mejorando su salud psicofísica (Carmona & caldera, 2015). Una comprensión de la existencia de los factores de riesgo, además de resultar beneficiosa, constituye una herramienta importante para su manejo correcto. Por esta razón, el cuidado y asesoramiento preconcepcional debe evaluar e informar a acerca de los riesgos del estilo de vida, genéticos, médicos y psicosociales iniciándose en el primer trimestre del embarazo (Casini et al., 2002).

3.6 Tipo de Estudio

Descriptivo y correlacional (Vieytes, 2004).

3.7 Tipo de Diseño

Investigación cuantitativa, básica, no experimental, transversal (Vieytes, 2004).

3.8 Muestreo

No probabilístico, intencional. (Vieytes, 2004).

3.9 Muestra

La muestra total estuvo compuesta por 100 personas, todas ellas de sexo femenino e entre 20 y 30 años, residentes del Municipio de Lomas de Zamora y se tuvo en cuenta que su atención primaria también sea perteneciente al municipio.

La muestra se dividió entre 50 mujeres embarazadas con preeclampsia y 50 mujeres embarazadas sin preeclampsia.

Se excluyeron de la muestra mujeres que no poseen el rango de edad estipulado al momento de la investigación y aquellas que no se encuentran atravesando un embarazo, así como también, mujeres que no residen en el partido de Lomas de Zamora.

3.10 Participantes

Tabla 1

Caracterización de la muestra según variables sociodemográficas

	M	*DE*	*Mín.-Máx.*		*%*	*(n)*
Edad	26.04	3.181	20-30			
Estado civil				Casada	17.0	17
				Soltera	32.0	32
				En pareja	51.0	51
Situación laboral				Empleada	67.0	67
				Desempleada	33.0	33
Diagnóstico de pre eclampsia				Positivo	50.0	50
				Negativo	50.0	50
Nivel de educación				Primario	3.0	3
				Secundario	53.0	53
				Terciario	14.0	14
				Universitario	30.0	30
Edad gestacional				1 a 3 meses	15.0	15
				4 a 6 meses	46.0	46
				7 a 9 meses	39.0	39

3.11 Instrumentos

3.11.1 Escala de Ansiedad de Hamilton (1959).

Contiene 14 ítems, los cuales permiten estipular el grado de ansiedad generalizada de la paciente. Las escalas van desde 0 (ausente) a 4 (intensidad máxima), a su vez contiene

variables como humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, dificultades intelectuales, depresión, síntomas musculares, gastrointestinales, genitourinarios y vegetativos. Este instrumento permite obtener dos puntuaciones, una que corresponde a la ansiedad psíquica (ítems:1,2,3,4,5,6 y 14) y una a la ansiedad somática (ítems: 7,8,9,10,11,12 y 13). La puntuación total es el resultado de la suma de todos los ítems, y su rango va entre 0 y 56 pts. Una mayor puntuación indica mayor intensidad de la ansiedad. Los puntos de corte sugeridos son: entre 0 - 5 puntos No Ansiedad; 6 - 14 Ansiedad Menor y 15 puntos o más Ansiedad Mayor.

3.11.2 Escala de Felicidad de Lima (EFL) de Alarcón (2006).

Se constituye en 27 ítems construidos por una escala de tipo Likert de 5 alternativas (1= totalmente de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 4= en desacuerdo, 5= totalmente en desacuerdo), permitiendo puntuar en el extremo positivo un valor de 5 puntos y en el extremo negativo 1 punto. En el cuestionario los ítems están distribuidos aleatoriamente. De acuerdo con el puntaje total se divide en 5 niveles de felicidad: de 27-28= muy baja felicidad; 88-95= baja; 96-110=media; 111-118=alta; 119-135=muy alta. El autor reporta cuatro factores de la felicidad: 1= Sentido positivo de la vida; factor 2= Satisfacción con la vida; factor 3= Realización personal; factor 4= Alegría de vivir. Los puntajes altos indican reacciones positivas hacía la felicidad y los puntajes bajos, baja felicidad (Alarcón, 2006).

3.12 Procedimiento

Se compartieron los dos inventarios de manera separada a 100 mujeres gestantes que forman parte de la muestra (50 a mujeres gestantes con pre eclampsia y 50 a mujeres gestantes sin pre eclampsia). Se explicaron de forma clara y concisa las consignas a

completar de cada instrumento. Una vez finalizados cada inventario, se procedió a realizar el análisis de los resultados a través del programa SPSS Statistics versión 19.

3.13 Análisis de datos

Los datos fueron cargados y analizados a través del Software SPSS Statistics versión 19, en función de los objetivos planteados.

Para evaluar la normalidad de las variables se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov debido a que la cantidad de casos fue mayor a 50 (Blanca Mena, 2012). Puesto que dicha prueba evidenció que la mayoría de las variables no se ajustaban a una distribución normal, se utilizaron para todos los análisis posteriores, estadísticos no paramétricos. Para comparar los grupos se utilizaron los estadísticos *H* de Kruslkall Wallis y *U* de Mann Whitney, mientras que para las correlaciones entre variables se utilizó el estadístico *rho* de Spearman. La fuerza de la correlación fue estudiada siguiendo los criterios de interpretación establecidos por Cohen (1992): débil=.10; moderado=.30; alto=.50.

Resultados

Estadísticos descriptivos

En la Tabla 2 se muestran los estadísticos descriptivos de las variables de investigación, tanto las medidas de tendencia central (media y mediana) como así también las medidas de dispersión (desviación típica, mínimo y máximo).

Tabla 2
Estadísticos descriptivos de las variables de investigación

Variables	Media	Mediana	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Ansiedad psíquica	4.85	5.00	3.891	0	18
Ansiedad somática	7.88	8.00	3.549	1	17
Ansiedad general	12.73	13.00	7.079	1	34
Sentido positivo de la vida	19.29	16.00	8.435	10	41
Satisfacción con la vida	22.91	21.00	6.519	8	37
Realización personal	14.01	13.00	4.232	5	24
Alegría de vivir	10.59	10.00	3.285	4	17
Felicidad general	66.66	59.00	21.081	27	119

Prueba de normalidad

En la Tabla 3 se presenta la prueba de normalidad realizada a las variables de la investigación. Se puede observar que la única que presenta una distribución normal es la ansiedad general, mientras que el resto de las variables no se ajustan a una distribución de este tipo. Por lo tanto se decidió utilizar estadísticos no paramétricos para todos los análisis posteriores.

Tabla 3
Prueba de normalidad a las variables de investigación

Variables	*k*	*p*
Ansiedad psíquica	.110	.005
Ansiedad somática	.107	.008
Ansiedad general	.074	.200*
Sentido positivo de la vida	.214	.000
Satisfacción con la vida	.136	.000
Realización personal	.129	.000
Alegría de vivir	.152	.000
Felicidad general	.153	.000

*$p > .05$

Comparaciones entre grupos

Según el nivel educativo alcanzado

En la Tabla 4 se llevó a cabo la comparación entre grupos, de acuerdo al nivel educativo alcanzado por las participantes. Como puede observarse en la misma, no existen diferencias estadísticamente significativas, para ninguna de las variables.

Tabla 4

Comparaciones entre grupos, en función del nivel educativo alcanzado (H de Kruskall Wallis)

	Rango promedio					
	Primario (*n*=3)	Secundario (*n*=53)	Terciario (*n*=14)	Universitario (*n*=30)	χ^2	*p*
AP	63.17	47.40	47.86	55.95	2.37	.498
AS	46.67	47.18	46.61	56.80	2.44	.486
AG	59.33	46.28	47.61	56.63	2.89	.408
SPV	72.83	46.58	51.39	54.77	3.42	.331
SCV	76.83	48.63	48.81	50.25	2.77	.427
RP	81.83	49.10	48.18	50.92	3.74	.290
AV	76.17	47.53	52.93	52.05	3.13	.372
FG	77.17	48.38	48.23	50.92	2.93	.402

Nota: AP= Ansiedad psíquica; AS= Ansiedad somática; AG= Ansiedad general; SPV=Sentido positivo de la vida; SCV=Satisfacción con la vida; RP=Realización personal; AV=Alegría de vivir; FG=Felicidad general.

Según el estado civil

En la tabla 5 se realizó la comparación entre grupos de personas, en función del estado civil que tienen. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para ninguna variable.

Tabla 5
Comparaciones entre grupos, en función del estado civil (Estadístico H de Kruskall Wallis)

	Rango promedio				
	Casada (*n*=17)	Soltera (*n*=32)	En pareja (*n*=51)	χ^2	*p*
Ansiedad psíquica	49.74	52.81	49.30	.30	.859
Ansiedad somática	54.50	51.63	47.57	.86	.648
Ansiedad general	50.50	52.13	48.51	.31	.853
Sentido positivo de la vida	54.65	48.45	50.40	.51	.775
Satisfacción con la vida	49.76	53.73	47.81	.82	.663
Realización personal	49.00	54.48	48.50	.89	.638
Alegría de vivir	49.06	55.53	47.82	1.45	.482
Felicidad general	50.85	52.69	48.08	.51	.772

Según si trabaja o no trabaja

En la Tabla 6 se han comparado los grupos de mujeres que actualmente están empleadas y aquellas que están desempleadas.

Se obtuvo como resultado que existen diferencias significativas para la variable ansiedad psíquica, observándose mayor nivel de rango promedio en el grupo de desempleadas respecto del otro grupo.

Tabla 6
Comparación entre grupos, en función del estado laboral actual (Estadístico U de Mann Whitney)

	Rango promedio			
	Empleadas (*n*=67)	Desempleadas (*n*=33)	*u*	*p*
Ansiedad psíquica	46.21	59.21	818.00	.034*
Ansiedad somática	47.86	54.48	928.50	.281
Ansiedad general	46.61	57.09	845.00	.089
Sentido positivo de la vida	50.27	50.97	1090.00	.909
Satisfacción con la vida	47.04	55.92	893.50	.146
Realización personal	48.31	54.95	958.50	.279
Alegría de vivir	48.84	53.86	994.50	.412
Felicidad general	47.90	54.20	950.50	.304

*$p < .05$

Según el mes de embarazo transitado

En la Tabla 7 se presenta la comparación entre grupos de madres, según los meses de embarazo transitados. Para esto, se recodificó la variable "mes de gestación" en tres grupos: primer trimestre (de 1 a 3 meses), segundo trimestre (de 4 a 6 meses), y tercer trimestre (de 7 a 9 meses).

Se encontró que existen diferencias significativas para las variables ansiedad psíquica, ansiedad somática y ansiedad general. En los tres casos quienes obtuvieron niveles mayores fueron las del grupo del tercer trimestre, en comparación con las participantes que se encuentran dentro de los trimestres anteriores.

Tabla 7
Comparaciones entre grupos, en función del mes de embarazo (H de Kruskall Wallis)

	Rango promedio				
	Primer trimestre (*n*=15)	Segundo trimestre (*n*=46)	Tercer trimestre (*n*=39)	χ^2	*p*
Ansiedad psíquica	39.40	46.05	60.01	7.54	.023*
Ansiedad somática	39.47	44.51	60.80	9.16	.010*
Ansiedad general	39.43	44.74	60.54	8.71	.013*
Sentido positivo de la vida	39.43	50.79	54.41	2.91	.233
Satisfacción con la vida	38.43	52.73	51.26	2.93	.230
Realización personal	39.00	52.66	52.37	2.79	.247
Alegría de vivir	37.57	52.96	52.58	3.56	.169
Felicidad general	38.97	52.29	51.58	2.62	.269

*$p < .05$

Pruebas post hoc

En las Tablas 8, 9 y 10 se exponen las pruebas post hoc realizadas a través del estadístico *U* de Mann Whitney, con el objetivo de vislumbrar con mayor claridad las diferencias descriptas en la tabla 7 para las variables ansiedad psíquica, ansiedad somática y ansiedad general.

Es posible afirmar que las mujeres que pertenecen al tercer trimestre de embarazo obtuvieron puntajes significativamente mayores que las del primero y el segundo, para las tres variables en cuestión.

Sin embargo, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas al realizar la comparación entre las mujeres del primer trimestre y las del segundo

Tabla 8

Prueba post hoc, para la variable ansiedad psíquica (U de Mann Whitney)

	Rango promedio			
	Primer trimestre	Segundo trimestre	*u*	*P*
Ansiedad psíquica	27.4	32.17	291.00	.362
	Primer trimestre	Tercer trimestre		
	20.00	30.38	180.00	.029*
	Segundo trimestre	Tercer trimestre		
	37.38	49.63	638.50	.022*

*$p < .05$

Tabla 9

Prueba post hoc, para la variable ansiedad somática (U de Mann Whitney)

	Rango promedio			
	Primer trimestre	Segundo trimestre	*u*	*P*
Ansiedad somática	28.33	31.87	305.00	.501
	Primer trimestre	Tercer trimestre		
	19.13	30.11	167.00	.019*
	Segundo trimestre	Tercer trimestre		
	36.14	50.20	581.50	.008*

*$p < .05$

Tabla 10

Prueba post hoc, para la variable ansiedad general (U de Mann Whitney)

	Rango promedio			
	Primer trimestre	Segundo trimestre	*u*	*P*
	28.1	31.95	301.50	.465
	Primer trimestre	Tercer trimestre		
Ansiedad general	19.33	30.03	170.00	.023*
	Segundo trimestre	Tercer trimestre		
	36.29	50.01	588.50	.010*

*$p < .05$

Según si tiene o no pre eclampsia

En la Tabla 11 se muestran las comparaciones entre grupos, según si la participante tiene o no preeclampsia.

En cuanto a la escala de ansiedad, tanto en la dimensión general como la psíquica y la somática, se encontró que existen diferencias significativas, obteniendo mayores niveles las mujeres que tienen preeclampsia, respecto de las que no tienen.

En lo que refiere a la felicidad, se han encontrado diferencias significativas a favor de las participantes que no tienen preeclampsia, para las variables satisfacción con la vida, alegría de vivir y felicidad general. Mientras que, en la dimensión realización personal las mujeres que tienen preeclampsia han obtenido mayores niveles, en comparación con el otro grupo.

Por último, no existen diferencias significativas para la variable sentido positivo de la vida.

Tabla 11

Comparación entre grupos, en función de si tiene o no preeclampsia (U de Mann Whitney)

	Rango promedio			
	Tiene preeclampsia (*n*=50)	No tiene preeclampsia (*n*=50)	*u*	*p*
Ansiedad psíquica	68.97	32.03	326.50	.000*
Ansiedad somática	71.48	28.95	172.50	.000*
Ansiedad general	70.43	29.98	224.00	.000*
Sentido positivo de la vida	42.22	58.78	836.00	.068
Satisfacción con la vida	36.72	63.01	574.50	.000*
Realización personal	63.64	37.36	593.00	.000*
Alegría de vivir	38.38	62.62	644.00	.000*
Felicidad general	36.44	63.29	560.50	.000*

*$p < .05$

Correlaciones entre variables

En la Tabla 12 se llevaron a cabo las correlaciones entre las variables del estudio, es decir, entre ansiedad y felicidad, así como sus respectivas dimensiones.

Se encontró que la ansiedad general, ansiedad psíquica y ansiedad somática correlacionan de forma negativa y fuerte con las variables satisfacción con la vida, realización personal, alegría de vivir y felicidad general.

Asimismo, tanto la ansiedad general como sus dos dimensiones, se asocian de forma negativa y moderada con la variable sentido positivo de la vida.

Tabla 12
Correlaciones entre variables de investigación (Estadístico Rho de Spearman)

	SPV	SCV	RP	AV	FG
Ansiedad psíquica	-.463*	-.643*	-.627*	-.612*	-.613*
Ansiedad somática	-.343***	-.572*	-.584*	-.573*	-.555*
Ansiedad general	-.410*	-.613*	-.613*	-.600*	-.589*

*$p < .05$ ***$p < .001$ (bilateral).
Nota: SPV=Sentido positivo de la vida; SCV=Satisfacción con la vida; RP=Realización personal; AV=Alegría de vivir; FG=Felicidad general.

Discusión, propuestas y conclusión

5.1 Análisis de los resultados

La evaluación de los factores asociados con preeclampsia resulta ser un tema habitual de investigación en el área clínica y particularmente, en lo que respecta a sus dimensiones temporales. Considerando la severidad de esta complicación obstétrica, se ha obtenido información de insoslayable precisión en lo referido al conocimiento de infecciones, hipomagnesemia, coagulopatías, hipertensión crónica, diabetes, obesidad u otros vinculados con la preeclampsia (Camacho Terceros & Berzain Rodríguez, 2015; Valerio, 2017). En cambio, los determinantes ambientales son los de menor evidencia, con respecto a la clínica, y casi siempre fueron desarrollados en otros espacios geográficos (Ku, 2014; Chesya Segura y Moquillaza Alcántara 2019). De tener este conocimiento podría utilizarse como medida de prevención en las atenciones prenatales.

En la presente investigación se han planteado diversos objetivos. Se intentó, caracterizar a través de un perfil sociodemográfico a las gestantes de la muestra (Tabla1). Por otro lado se pretendió analizar la relación entre las variables ansiedad y felicidad en mujeres embarazadas de 20 a 30 años, con o sin preeclampsia. La Tabla 2 muestra los estadísticos descriptivos de las variables ansiedad psíquica, somática, ansiedad general y a la vez, de los cuatro factores que Alarcón (2006) considera que forman parte del constructo felicidad. Asimismo, las medidas de tendencia central (media y mediana) como así también las medidas de dispersión (desviación típica, mínimo y máximo).

Respecto a lo anteriormente expuesto y centrándonos en el análisis de ese objetivo, los puntajes obtenidos en felicidad (general) muestran que los factores sentido positivo de

la vida y satisfacción con la vida presentaron las valoraciones más altas. Más allá de esto, las evaluadas pueden ser ubicadas dentro de la franja que corresponde a un puntaje bajo. Estos datos avalan una de las hipótesis de esta investigación: el nivel de felicidad disminuye cuando las gestantes son diagnosticadas con preeclampsia. Según las variables sociodemográficas, se encontraron diferencias significativas en las gestantes que tienen el diagnóstico de preeclampsia ya que la mayoría de las mujeres evaluadas manifiestan estar atravesando una experiencia positiva en su vida y sentirse realizadas, más allá de las contingencias que conlleva el diagnóstico de preeclampsia. Esto podría caracterizarse como la sensación de encontrarse en el lugar y momento indicado, y encaminadas tras la consecución de su ideal (Alarcón, 2006).

Continuando con el análisis de esta investigación, en las gestantes de esta muestra la ansiedad somática prevalece por sobre la ansiedad psíquica, y la primera, puede considerarse dentro del parámetro que Hamilton (1959) establece como leve; lo cual puede ser valorado aún como una emoción propia del período del embarazo. Por lo tanto no se comprueba la segunda hipótesis planteada. Si bien los resultados dan valores considerados como leves, en la tabla de diferencia de grupos con y sin preeclampsia, muestra que las mujeres diagnosticadas con preeclampsia tienen diferencia significativa en las variables de ansiedad.

Esta consideración amerita de todas formas, teniendo en cuenta la gravedad del diagnóstico de preeclampsia y que este representa un problema para la salud de la madre y del niño por nacer (Borbor Suárez & Zhingre de la Torre, 2019), implementar programas a través de los cuales los profesionales puedan contener emocionalmente e informar a las gestantes con el fin de que más allá de los controles médicos pertinentes, acudan a un profesional de la salud mental. La ansiedad, constituye un factor de riesgo que puede

perturbar el parto (Ku, 2014) y producir cambios neuroendócrinos en el embarazo (Albán Mendoza, 2019).

Respecto al objetivo que propone examinar la relación entre ansiedad y felicidad en esta muestra, puede observarse (Tabla 11) que la ansiedad general, ansiedad psíquica y ansiedad somática correlacionan de forma negativa y de acuerdo a Cohen (1992) alto o fuerte con las variables satisfacción con la vida, realización personal, alegría de vivir y felicidad general. Asimismo, tanto la ansiedad general como sus dos dimensiones, se asocian de forma negativa y moderada (Cohen, 1992) con la variable sentido positivo de la vida.

Es decir, a medida en que las evaluadas consideran que el bien preciado por ellas (ser madres, tener a su hijo en los brazos) se encuentra pronto a su alcance, se sienten autosuficientes, tranquilas emocionalmente y su estado de salud se encuentra sistemáticamente controlado por el profesional a cargo; las dificultades cognitivas (preocupaciones, falta de reflexión, mal humor, desánimo, etc.), los problemas somáticos, musculares, sensoriales, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales y genitourinarios tienden a mermar. Estos datos dan cuenta de otro objetivo específico y corroboran una de las hipótesis planteadas: felicidad y ansiedad se relacionan de forma inversa en las mujeres gestantes con y sin pre eclampsia (Ku, 2014).

Lo mencionado en el párrafo precedente adquiere trascendencia ya que de acuerdo a lo planteado en el trabajo de Camacho Terceros y Berzaín Rodríguez (2015) la incidencia de esta patología del embarazo en Argentina es del 4.5% y su complicación central reside en la alta tasa de mortalidad materna y perinatal, si no se la detecta y trata en forma interdisciplinaria, rápida y eficazmente (Camacho Terceros & Berzaín Rodríguez, 2015; Ku, 2014; Chiani de Murad, 1992).

Puntualizando las diferencias en cuanto a la ansiedad y la felicidad en gestantes con y sin preeclampsia, y teniendo en cuenta que la hipótesis relacionada con este tema, proponía que en el último trimestre de embarazo las gestantes mostrarían niveles más altos de ansiedad y menores niveles de felicidad; los resultados indicaron que la ansiedad psíquica, somática y la ansiedad general en el transcurso de este periodo evidencian los niveles más elevados (Tabla 7). En cuanto a la felicidad, en cambio, no se han encontrado diferencias significativas, por lo que se espera que en futuras investigaciones se vuelvan a revisar tales diferencias.

En relación al tema cabe destacar primero, la investigación de Benavides (2014) en la que describe que las primigestas sienten usualmente un temor exagerado ante la posibilidad de perder su embarazo, en cambio, en las multigestas, el miedo gira en torno a perder la vida en el parto y a no poder continuar con la crianza de sus primeros hijos. Teniendo en cuenta que la ansiedad excesiva puede ocasionar abortos, partos prematuros, mayor riesgo de cesárea y alteraciones en el desarrollo fetal, es menester que los profesionales (Chiani de Murad, 1992) faciliten apoyo continuo todas las veces que sea requerido, ya que la ansiedad aumenta ante la proximidad del parto y en relación a la consecución del nuevo rol deseado (Benavidez, 2014).

En segundo término, a razón de lo explicitado por Chiani de Murad (1992) el diagnóstico de preeclampsia leve o de preeclampsia severa se realiza posteriormente a la semana 20 de gestación, salvo que existan antecedentes de esta patología en la historia familiar o personal de la gestante (embarazo anterior) como para que estas indicaciones se adelanten. Para determinarlo, el profesional a cargo debió haber realizado un control estricto de la presión arterial, exámenes de proteinuria en orina e indicar reposo u hospitalización (cuando la patología es severa) más allá de las medidas en relación a su

nutrición. Realizadas estas medidas profilácticas y/o reparatorias de la salud de la embarazada en el momento adecuado, y de acuerdo a los resultados, su estado permite descartar dicho diagnóstico o su embarazo continúa desarrollándose sin otras complicaciones más que los controles sistemáticos estipulados (Chiani de Murad, 1992). Respecto a las mujeres sin este diagnóstico, luego del tercer trimestre de embarazo en el que se consideran ya realizados los estudios de control prenatal y descartados los posibles riesgos, el periodo que abarcan el segundo y tercer trimestre, tiende a ser vivenciados como un estado de bienestar orgánico y mental (Contreras Pulache et al., 2012), contrariamente a lo que sucedió en los resultados del presente estudio, tal y como fue explicado anteriormente.

En cuanto al objetivo que buscaba analizar las valoraciones de felicidad y ansiedad de las gestantes en función de su desempeño laboral, se obtuvo como resultado que existen diferencias significativas para la variable ansiedad psíquica, observándose mayor nivel de rango promedio en el grupo de desempleadas respecto del otro grupo. El trabajo de Contreras Pulache et al., (2012) concluyó que la ansiedad es un fenómeno multifactorial, asociado entre otros factores socioculturales y económicos, al estado laboral de las gestantes. En esta investigación, se puede observar que la ansiedad psíquica: las preocupaciones constantes, la angustia al pensar o imaginar, la tensión y el miedo que pueden llegar a perturbar las posibilidades de reflexión y la capacidad de tomar decisiones eficaces; se ven incrementadas en las embarazadas que se encuentran desempleadas, que constituyen el 33% de esta muestra. Por lo tanto, es menester puntualizar la hipótesis que se había propuesto: las mujeres que se mantienen laboralmente activas, poseen menores niveles de ansiedad que las que no trabajan; hayan sido o no diagnosticadas con preeclampsia. De acuerdo a lo explicitado, las mujeres que se mantienen laboralmente

activas, muestran menores niveles de ansiedad psíquica que las que permanecen desempleadas. Tal como explican Carmona y Caldera (2015), las gestantes que se consideran autosuficientes y dueñas de la situación, mejoran sus circunstancias psíquicas y físicas, y de esta forma, tienen más posibilidades de autocontrol de su parto. Asimismo, Gómez López (2007) menciona la importancia de los factores psicosociales en este periodo de adaptación que se atraviesa frente a la espera y llegada del nuevo ser. Puntualmente, el mantenimiento de un nivel socioeconómico personal activo de la gestante permite que el acomodamiento a la nueva vida se realice de forma más organizada, disminuye su estrés e incrementa las posibilidades de apoyo social; una obra social, por ejemplo.

Finalmente, respecto al objetivo que buscaba indagar los resultados de ambas escalas en relación al nivel de educación de las mujeres de la muestra, se puede afirmar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las variables. Por lo tanto, se descarta la hipótesis propuesta por no habérsela podido confirmar en la cual se estableció: las mujeres gestantes, con nivel secundario y terciario de educación evidenciarían niveles menores felicidad y ansiedad. A iguales resultados arribó la investigación de Contreras Pulache et al., (2014) que tuvo como propósito indagar acerca de la felicidad en las gestantes, de acuerdo a su nivel de educación.

5.2 Limitaciones del estudio y propuestas para futuras investigaciones

Una primera limitación del estudio tiene que ver con la conformación final de la muestra. Esta investigación, ha empleado una muestra de conveniencia perteneciente a un único Centro de Salud. Es menester, en futuras investigaciones, confirmar los resultados obtenidos aquí, en otras instituciones, sumando muestras de mayor tamaño y más homogéneas, con el objetivo de controlar los efectos de otras variables sociodemográficas,

como por ejemplo la edad (separando en grupos según el rango etario como adolescentes y jóvenes adultas), nivel socioeconómico, personas con las que convive, etc.

En la presente investigación se ha tenido en cuenta el diagnostico de pre eclampsia de la gestante, el estado civil, su desempeño laboral, su nivel educativo; tanto en las correlaciones de variables, como así también en la comparación entre los grupos, para ambas escalas. Sin embargo, en trabajos posteriores, se podrían estudiar las repercusiones de la felicidad y ansiedad en mujeres que además de ser diagnosticadas con preeclampsia, posean otras patologías concomitantes: diabetes, obesidad, dificultades en su salud mental, etc.; así como también, signos de vulnerabilidad social. Del mismo modo, podría ser de utilidad la suma de instrumentos específicos para evaluar las necesidades de apoyo de las gestantes.

Otra de las limitaciones se relaciona con la necesidad de sumar a los datos obtenidos por medios subjetivos (cuestionarios, inventarios, escalas; valorados en primera persona) herramientas objetivas que integren las observaciones de los profesionales o familiares de las mujeres embarazadas con el fin de evitar los posibles sesgos de los primeros. Asimismo, el empleo de metodologías de un orden distinto a la cuantitativa, propiciarían una profundización en la descripción de las valoraciones realizadas por las gestantes, tanto sobre estos aspectos vinculados a este trabajo, así como otros factores asociados.

A pesar de las limitaciones y los sesgos mencionados, se considera que este trabajo aporta información concreta y actual sobre el tema en cuestión. Un mayor conocimiento de la comorbilidad entre felicidad y ansiedad en mujeres gestantes con pre eclampsia, propiciaría la construcción de programas que aporten el seguimiento necesario durante la gestación, información y un encuadre efectivo para el tratamiento de la paciente; promoviendo la óptima salud fetal y neonatal, así como la salud psicofísica de la madre.

5.3 Conclusión

Se considera que la información obtenida en este trabajo, constituye una de las bases para confeccionar programas educativos para que los profesionales del área de la medicina y en particular de la obstetricia, sumen conocimientos propios del área de la Psicología a su haber; única manera de conformar equipos interdisciplinarios que breguen por la salud psicofísica del binomio madre e hijo. La psicoprofilaxis, no solo contemplará de esta forma el periodo del embarazo, sino que acompañará a las futuras madres en los primeros años de crianza de sus hijos. A razón de esto, Olivar Bonilla (2002) explica que ningún sistema de salud, se encarga de formar ni física ni "mentalmente" a la mujer para ser madre, al hombre para ser padre y a los hijos previos para ser hermanos. Así entonces, los días posteriores al parto son generalmente considerados como periodos de intensa celebración y al mismo tiempo periodos de adaptación continua. Por lo tanto, de vulnerabilidad latente en los que es menester realizar un acompañamiento sistemático en pos del bienestar de la familia toda.

Esta preparación debe abarcar aspectos relacionados con la evolución de todo el embarazo, el parto, el puerperio y la atención del recién nacido. Es necesario que en cada consulta obstétrica atemperen las ansiedades propias y diferentes de cada uno de los períodos del estado grávido-puerperal, tanto de la gestante como la de su pareja e hijos.

El nivel de atención primaria de la salud, los estudios fisiológicos correspondientes: llenado de historia clínica que detectar antecedentes que indiquen riesgo de pre eclampsia; la administración del ácido fólico en el período preconcepcional y hierro en el primer trimestre del embarazo; el hecho de fijar un cronograma de controles prenatales; determinar el grupo sanguíneo y factor de la gestante; de evaluar el estado nutricional materno; detectar tabaquismo y otras adicciones en las mismas; el control riguroso de la presión arterial; realizar un diagnóstico de enfermedades infecciosas y/o autoinmunes y los estudios

ginecológicos y del aparato urinario, entre otros (Casini, Lucero Sáinz, Hertz & Andina,2002); harán posible el afrontamiento del embarazo cuando éste tenga complicaciones como la pre eclampsia y la elevada ansiedad prenatal (Gómez López, 2007).

Una comprensión de la existencia de los factores de riesgo que opera una paciente embarazada puede ser beneficioso y una herramienta importante para su manejo correcto. Por esta razón, el cuidado y asesoramiento preconcepcional debe evaluar e informar a acerca de los riesgos del estilo de vida, genéticos, médicos y psicosociales iniciando en el primer trimestre del embarazo (Casini, Lucero Sáinz, Hertz & Andina, 2002).

Referencias bibliográficas

Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una Escala Factorial para Medir la Felicidad. *Revista Interamerican Journal of Psychology*, *40* (1) 99-106. Recuperado de: https://www.redalyc.org/pdf/284/28440110.pdf

Albán Mendoza, L. E. (2019). Influencia de un Programa Educativo en la Atención de Ansiedad en Gestantes en Trabajo de Parto Junio-Agosto 2017. Recuperado de: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/29765/Alban_ML.pdf

Arranz Betegón, A., García Moliner, M.,Montenegro Nadal, G., Camacho Sáez, A., Parés Tercero, S., Goberna Tricas, J., Botet Mussons, F., Gratacós Solsona, E (2017). La influencia del estrés o ansiedad de la gestante en el peso fetal o neonatal: revisión bibliográfica. *Matronas Profesión, 18*(2): 69-77. Recuperado de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/119722/1/675959.pdf

Aude, D., Camacho Rodríguez, D. E., Carrizales-Silva, L., Oviedo Colón, G., Ramos De la Cruz, E., González Noguera, T. C., & Morales Carrillo, J. T. (2015). Memorias del I Congreso Internacional Promoción de la Salud. Hacia una universidad saludable. Recuperado de: http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/4056/1/9789802335954.pdf

Blanca Mena, M. J. (2012). *Análisis exploratorio de datos.* Ficha de cátedra. Málaga, España: Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga.

Benavides, J. (2014). Estrategias de afrontamiento en adolescentes embarazadas de la ciudad de Buenos Aires. *Revista de Psicología social, 28* (1), 1-5. Recuperado de: http://www.psicologiacientifica.com/adolescentes-embarazadas-afrontamiento-en-buenos-aires/

Benavides, J. (2014). Pensamiento y felicidad: la mirada de Albert Ellis. *Revista de Psicología y Ciencias Sociales, 4* (28), 2-5.
Recuperado de:
http://funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/1359/1250

Borbor Suárez, P. A. & Zhingre de la Torre, G. S. (2019). *Factores de riesgo que predisponen a padecer preeclampsia en mujeres gestantes* (Bachelor's thesis).
http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4529/3/FACTORES%20QUE%20PREDISPONE%20A%20PADECER%20PREECLAMPSIA%20EN%20MUJERES%20GESTANTES.pdf

Castro Solano A. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado, 23*(3), 43-72. Recuperado de: https://www.redalyc.org/pdf/274/27419066004.pdf

Camacho Terceros, L. A., Rodríguez, B., & Carmen, M. (2015). Una mirada clínica al diagnóstico de preeclampsia. *Revista Científica Ciencia Médica*, *18*(1), 50-55. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v18n1/v18n1_a10.pdf

Carmona, N. C., & Caldera, M. I. F. (2015). Apoyos percibidos y deseos en la adolescente: variables que operan en la experiencia de felicidad con el embarazo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *1*(1), 111-121. Recuperado de: https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851779012.pdf

Casini, S.; Lucero Sáinz, G. A.; Hertz, M.; Andina, E. (2002). Guía de control prenatal. Embarazo normal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 21(2), 51-62. Recuperado de: http://www.redalyc.org/pdf/912/91221201.pdf

Checya-Segura, J., & Moquillaza-Alcántara, V. H. (2019). Factores asociados con preeclampsia severa en pacientes atendidas en dos hospitales de Huánuco, Perú. *Ginecología y Obstetricia de México*, *87*(05), 295-301. Recuperado de: https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2019/gom195d.pdf

Chiani de Murad, M. (1992). *Obstetricia de pregrado*. Argentina: La plata.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*(1), 155-159. Doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155.

Contreras-Pulache, H., Mori-Quispe, E., Lam-Figueroa, N., Quino-Villanueva, K., Espinoza-Lecca, E., Yancachajlla-Apaza, M. & Hinostroza-Camposano, W.D. (2012). Felicidad en mujeres puérperas: estudio multicéntrico en Lima Metropolitana y Callao. *Revista Peruana de Epidemiología, 16* (1) 1-7. Recuperado de: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45428445/203124341005.pdf

Díaz, M., Amato, R., Chávez, J. G., Ramírez, M., Rangel, S., Rivera, L., & López, J. (2013). Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salus*, *17*(2), 25-30. Recuperado de: https://www.redalyc.org/pdf/3759/375933973006.pdf

Donoso, B. & Oyarzún, E. (2012). Parto prematuro. *Medwave*, *12*(08). Recuperado de: https://www.medwave.cl/link.cgi/medwave/puestadia/Practica/5477

Gómez López, M.E. (2007). Guía de intervención psicológica para pacientes con embarazo de alto riesgo. *Revista de Psicología y Perinatología*, *21* (2), 111-121. Recuperado de: http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2007/ip072f.pdf

Grandi, C.; González, M. A.; Naddeo, S.; Basualdo, M. N. & Salgado, M.P. (2008). Relación entre estrés psicosocial y parto prematuro. Una investigación interdisciplinaria en el área urbana de Buenos Aires. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá,* 27(2), 51-69. Recuperado de: http://www.redalyc.org/pdf/912/91227202.pdf

Hamilton, M. (1959). Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS). *Brit J Med Psychol.* 32: 50-5.

Ku, E. (2014). Factores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, agosto a octubre de 2012. *Revista peruana de epidemiología, 18*(1), 1-7.
Recuperado de: https://www.redalyc.org/pdf/2031/203131355009.pdf

Olivar Bonilla, A. (2002). Cambios biológicos, psicológicos y sociales durante el embarazo. *Rev. Fed. Odontol. Colomb*, (201), 37-51. Recuperado de: https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip081c.pdf

Palencia, A.C. (2009). Parto Prematuro. *Revista Sociedad Colombiana de Pediatría, 9* (4), 10-19.
Recuperado de:
http://scp.com.co/precop-old/precop_files/modulo_9_vin_4/Precop_9-4-B.pdf

Ricardo-Ramírez, C., Álvarez-Gómez, M., Ocampo-Saldarriaga, M. V., & Tirado-Otálvaro, A. F. (2015). Prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de Medellín, entre enero y agosto de 2013. Factores de riesgo asociados. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, *66*(2), 94-102. Recuperado de: https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/11/10

Seligman, Martin E. P. (2011): Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well–being. New York: Free Press.

Tellería, C. E. (2014). Evaluación de los niveles de depresión, ansiedad y factores psicosociales en pacientes con diabetes gestacional previa. Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Periodo 2011-2012. *Comunidad y Salud*, *12*(2), 62-72. Recuperado de: https://www.redalyc.org/pdf/3757/375740255009.pdf

Valerio, L. V. (2017). Estados hipertensivos del embarazo. *Revista Médica Sinergia*, *2*(3), 12-15. Recuperado de: file:///C:/Users/User/Downloads/DialnetEstadosHipertensivosDelEmbarazo-7070380.pdf

Vieytes, R. (2004). *Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad*. Buenos Aires, Argentina: De las ciencias.

Wedel Herrera, K. (2018). Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo. *Revista Médica Sinergia*, *3*(01), 3-8.

Anexo

Cronograma

Tiempo en semanas / Actividad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Elección tema	x																	
Rev. Bibliográfica		x																
Armado EA			x	x														
Armado MT					x	x												
Fundamentación. /Obj. /Hip.						x												
Elección instrumentos							x											
Muestreo								x										
Recolección de datos									x	x	x							
Carga de datos												x	x					
Procesamiento de datos														x				
Resultado															x	x		
Conclusión																	x	
Discusión																		x

Consentimiento Informado

Como estudiante de la Universidad Abierta Interamericana, de la carrera Licenciatura en Psicología, solicito permiso para recabar datos con el fin de incluir a los mismos, en la investigación de mi tesis de grado. El trabajo se relaciona con la Felicidad y Ansiedad durante el embarazo en gestantes de 20 a 30 años con y sin preeclampsia.

La colaboración voluntaria de las gestantes resultará muy valiosa para este trabajo, se mantendrá la estricta confidencialidad de los mismos y, a su vez, se garantiza que en cualquier momento los mencionados pueden desistir de participar y retirarse de la investigación.

A continuación marque con una cruz la opción que corresponda y firme. Si está de acuerdo con que los datos puedan ser utilizados para la mencionada investigación, señale la opción acepto; en caso contrario, marque la segunda opción, no acepto.

Acepto (X) No acepto ( )

Firma…….....

Aclaración……..

Cuestionario Sociodemográfico

Nombre:

Edad:

Estado civil (marcar con un x la opción que corresponda):

- Casado/a
- Divorsiado/a
- Viudo/a
- Soltero/a
- En pareja

Zona de Residencia:

- Lomas de Zamora
- Banfield
- Temperley
- Llavallol
- Turdera
- Villa Centenario
- Villa Fiorito
- Ingeniero Budge
- Villa Albertina
- San José

Nivel Educativo (encerrar en un círculo lo que corresponda):

- Primario completo/ incompleto
- Secundario completo/ incompleto
- Terciario completo/ incompleto
- Universitario completo/ incompleto/ en curso

Situación Laboral:

- Empleado
- Desempleado

Edad Gestacional (colocar las semanas):

Protocolos

Escala de Ansiedad de Hamilton

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

0. Ausente
1. Intensidad ligera
2. Intensidad media
3. Intensidad elevada
4. Intensidad máxima (invalidante)

		0	1	2	3	4
1	**Estado ansioso**: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.	◉	○	○	○	○
2	**Tensión**: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.	○	○	○	○	○
3	**Miedos**: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.	○	○	○	○	○
4	**Insomnio**: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.	○	○	○	○	○
5	**Funciones Intelectuales (Cognitivas)**: Dificultad de concentración. Falta de memoria.	○	○	○	○	○
6	**Estado de ánimo depresivo**: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.	○	○	○	○	○
7	**Síntomas somáticos musculares**: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.	○	○	○	○	○
8	**Síntomas somáticos generales**: Zumbido de oidos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frio. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).	○	○	○	○	○
9	**Síntomas cardiovasculares**: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsatil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).	○	○	○	○	○
10	**Síntomas respiratorios**: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).	○	○	○	○	○
11	**Síntomas gastrointestinales**: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, nauseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales.	○	○	○	○	○

	Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.					
12	**Síntomas genitourinarios**: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.	○	○	○	○	○
13	**Síntomas del sistema nervioso autónomo**: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.	○	○	○	○	○
14	**Conducta en el transcurso del test**: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.	○	○	○	○	○

Puntaje:

Inventario para medir Felicidad

	Totalmente de Acuerdo	Acuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. En la mayoría de las cosas mi vida está cerca de mi ideal.					
2. Siento que mi vida está vacía.					
3. Las condiciones de mi vida son excelentes.					
4. Estoy satisfecho con mi vida.					
5. La vida ha sido buena conmigo.					
6. Me siento satisfecho con lo que soy.					

7. Pienso que nunca seré feliz.					
8. Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes.					
9. Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada en mi vida.					
10. Me siento satisfecho porque estoy donde tengo que estar.					
11. La mayoría del tiempo me siento feliz.					
12. Es maravilloso vivir.					
13. Por lo general me siento bien.					
14. Me siento inútil.					
15. Soy una persona optimista.					
16. He experimentado la alegría de vivir.					
17. La vida ha sido injusta conmigo.					
18. Tengo problemas tan hondos que me quitan la tranquilidad.					
19. Me siento un fracasado.					
20. La felicidad es para algunas personas, no para mí.					
21. Estoy satisfecho con lo que hasta ahora he alcanzado.					
22. Me siento triste por lo que soy.					
23. Para mí, la vida es una					

cadena de sufrimientos.					
24. Me considero una persona realizada.					
25. Mi vida transcurre plácidamente.					
26. Todavía no he encontrado sentido a mi existencia.					
27. Creo que no me falta nada.					