

ASPECTOS PSICOSOCIALES EN MUJERES GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE PREECLAMPSIA

Tesis para optar al Grado de
Licenciada en Obstetricia y
Puericultura

Profesora Guía:

Mariana Arancibia Heger

Equipo Seminarista:

Veronica Acevedo Asenjo

Marisol Clavería Cádiz

Daniela Díaz Ibacache

Yarinka González Jiménez

*Dedicada a nuestros padres y familia, quienes creyeron y confiaron en nosotras,
dándonos su apoyo sincero e incondicional, sin ellos no hubiese sido posible la
realización de esta investigación.*

AGRADECIMIENTOS

Al terminar un trabajo tan arduo como lo es una tesis de Pregrado, nos damos cuenta que hubiese sido imposible su realización si no hubiesen estado presente personas e instituciones que ayuden a que el trabajo llegue a buen fin. Es por esto, que este es el espacio perfecto en donde podemos entregar nuestros agradecimientos a todos aquellos que dejaron su huella en la realización de esta investigación.

En primer lugar a nuestras familias, ya que con su apoyo y sabiduría nos pudieron dirigir en el camino cuando lo veíamos lejano, cuando las cosas se ponían borrosas, encaminándonos por el camino del saber, transmitiéndonos siempre la confianza en nuestro quehacer y en nuestras decisiones.

A nuestra profesora Mariana Arancibia Heger, quien se comprometió con nuestro tema de investigación teniendo a su cargo muchas otras responsabilidades, nos dio la oportunidad de optar a una mirada mas holística de la vida, a entender de manera integral el quehacer del rol profesional, agradecemos su capacidad de guiar las ideas, concretándolas en un buen resultado.

A nuestros amigos y compañeros, que fueron parte de este proceso y en todos aquellos momentos importantes, no solo en el trabajo de investigación sino que en la vida misma.

Por último agradecemos la colaboración de la Unidad de Ginecología y Obstetricia, especialmente el servicio de Alto Riesgo Obstétrico, del Hospital Dr. Gustavo Fricke y Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

ÍNDICE

Página	
RESUMEN	1
CAPITULO I: GENERALIDADES	3
- Introducción	4
- Fundamentación	7
- Delimitación del Problema	10
- Glosario de Términos	11
CAPITULO II: MARCO CONCEPTUAL	13
- Factores Psicoafectivos emocionales en la incidencia de PE	14
• Factores Psicoafectivos	15
• Desarrollo Humano	16
• Gestaciones	18
• Salud Mental	22
• Acompañamiento	23
• Autoestima	24
- Factores Sociales	25
• Nivel Socioeconómico	25
• Vivienda	26
• Nivel Educativo	27
• Satisfacción Laboral	28
• Actividad Tiempo Libre	29
• Fe	29
• Red de Amigos	30
• Ubicación Geográfica	31
• Tipo de Familia	32
- Conductas y/o circunstancias que influyen sobre la gestación actual	33
• Hábitos Nocivos	33
• Conductas Autodestructivas y Autolesión	35

• Violencia	37
CAPITULO III: OBJETIVOS	38
- Objetivo General	39
- Objetivos Específicos	39
- Operacionalización de Variables	41
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	47
- Diseño de la Investigación	48
- Población en Estudio	49
- Mecanismos de determinación de la muestra	49
- Criterios Inclusión y Exclusión	50
- Fuentes de Información	51
- Recolección de Datos	52
- Método Instrumento de recolección de datos	52
- Método técnica e instrumento	53
- Aspectos éticos	54
CAPITULO V: RESULTADOS	55
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	79
BIBLIOGRAFIA	89
ANEXOS	94
Anexo I: Cartas Solicitud Investigación dirigida a los Directores	95
Anexo II: Cartas dirigidas a oficina docente asistencial y Comité ético	97
Anexo III: Instrumento	99
Anexo IV: Consentimiento Informado	106
Anexo V: Asentimiento Informado	107
Anexo VI: Consentimiento Informado para padres/tutores	108
Anexo VII: Resumen Adjunto a Consentimientos y Asentimiento	109
Anexo VIII: Gráficos	110
Anexo IX: Tablas	142

RESUMEN

La presente investigación tiene como propósito la identificación de los distintos factores Psicoafectivos, Sociales, Conductas y/o Circunstancias que se encuentran presentes en las gestantes con diagnóstico de Preeclampsia, los cuales, podrían tener un papel etiológico en la aparición de esta patología durante la gestación.

Se trata de un estudio que responde al paradigma Cuantitativo, de carácter transversal descriptivo. Se constituye una muestra de 38 gestantes con diagnóstico de Preeclampsia, hospitalizadas en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Dr. Gustavo Fricke y Hospital Carlos Van Burem, Región de Valparaíso, en el periodo comprendido entre Mayo y Agosto de 2012.

Para la recolección de Datos, se confeccionó un cuestionario el cual recogió variables que contemplaban factores Psicoafectivos, Sociales, Conductas y Circunstancias en las mujeres con diagnóstico de Preeclampsia.

Se concluyó que la presencia de Preeclampsia en mujeres gestantes difiere de la mayoría de lo descrito en las referencias conceptuales estudiadas, así por ejemplo, dentro de los factores Psicoafectivos se encontró un alto porcentaje de gestantes adultas jóvenes (74%), además, predominaron las gestantes con gestaciones anteriores (74%), que presentaban una acogida completa a la gestación y con sentimientos positivos hacia ésta, se visibilizaban, además, con redes de apoyo y con alto nivel de autoestima (68%).

Dentro de los factores sociales, los resultados se condicen con las evidencias descritas en el marco referencial, ya que hay predominancia de nivel socioeconómico bajo (50%), el nivel educacional se encuentra en gran parte con enseñanza media cursada (63%), la mayor parte de las mujeres con actividad laboral antes y durante la gestación (42%).

Dentro de las conductas y circunstancias la mayoría de las mujeres presenta hábitos nocivos, siendo el de mayor predominancia el consumo de tabaco (63%), también se observó un bajo porcentaje de gestantes que experimenta algún tipo de violencia intrafamiliar (26%).

Palabras Claves: Preeclampsia, Gestación, Factores Psicoafectivos, Factores Sociales.

Capítulo I

Generalidades

- Introducción
- Fundamentación
- Delimitación del Problema
- Glosario de términos

INTRODUCCIÓN

La gestación de una mujer esta mediada por múltiples factores y circunstancias que afectaran positiva y/o negativamente al proceso, a ella misma y al feto. Según Tomas Verny¹, este proyecto tiene características de unicidad, es decir, todas sus partes interactúan y se moldean recíprocamente. Es decir, todo lo que afecta a la mujer influirá necesariamente en el feto y con ello en su futuro de vida.

La mujer puede durante el proceso de gestar enfermar y esta alteración de su homeostasis se traducirá en patologías asociadas al proceso, que dependen de él, es decir, que son causados o a lo menos explicados desde este evento fisiológico y natural; la gestación.

Es probable que los factores que pueden interferir sean de índole biológica, emocional y afectiva, de estos, los más investigados han sido los biológicos, dejando, muchas veces, de lado los factores afectivos y psicosociales, no obstante, sabemos hoy, que todos ellos se autodefinen mutuamente, es decir, si existe alteración biológica, esta puede deberse a influencia de factores sociales diversos, ejemplo de esto es el excesivo trabajo, la doble o triple jornada laboral o bien alteración en factores psicoafectivos que pueden influenciar la vida emocional y afectiva de una mujer, como la depresión u otras situaciones relacionadas al salud mental de la mujer.

La importancia en el conocimiento de estos factores, por una parte, permite comprender el fenómeno de interdependencia fisiológica que se establece entre el feto y la mujer, así también conocer situaciones o circunstancias que podrían alterar negativa o positivamente el embarazo.

¹ Verny, Thomas (1981) "La vida secreta del niño antes de nacer" Barcelona, Primera Edición, Editorial Urano.

Los síndromes hipertensivos del embarazo afectan entre un 7-10% de las gestaciones; La Preeclampsia afecta aproximadamente al 3-5% de las mujeres embarazadas y es la principal causa de muerte materna².

Dentro de las patologías de alta morbimortalidad, que afectan a las mujeres que gestan, esta la Preeclampsia³, la cual se ve influenciada en su etiología por factores Biopsicosociales, y desde la perspectiva fisiopatología se produce tempranamente, por una alteración en el fase de implantación del trofoblasto⁴.

Un estudio realizado en Revista de Postgrado de la 6^a Cátedra de Medicina⁵ analizó las bases fisiopatológicas de la Preeclampsia, dando una gran importancia al fallo de adaptación vascular feto-materna, así como las implicancias que tiene el sistema inmune en el complejo feto-materno que forma la placenta entre otros.

Existen otros estudios enfocados en aspectos psicosociales, tal como se expone en Ginecología y Obstetricia de México⁶ en el cual se propone la incorporación de un concepto directriz que permita establecer un principio explicativo general para vincular, causalmente, las características socio-epidemiológicas y psicosociales de grupos poblacionales susceptibles, con los procesos clínicos, fisiopatológicos, bioquímicos y moleculares de la enfermedad.

Otro estudio enfocado en el ámbito psicológico, es el publicado en International Journal of Clinical and Health Psychology⁷ el cual demostró un aumento en la incidencia de Preeclampsia en mujeres con depresión.

El presente estudio de carácter cuantitativo, plantea la posible relación existente entre los factores psicosociales de las mujeres estudiadas y el diagnóstico de Preeclampsia en éstas.

² Revista Chilena de obstetricia y ginecología, v.72 n.3 Santiago 2007.

³ OMS, Nota descriptiva N°348, Mayo de 2012.

⁴ Pérez Sánchez A, Donoso Siña E. (2011) Obstetricia, Cuarta Edición, Editorial Mediterráneo, Capitulo 41.

⁵ Revista de Posgrado de la VI^a Cátedra de Medicina N° 133 Noviembre 2003, Preeclampsia.

⁶ Ginecología y Obstetricia de México, Jaime Salvador Moysén, La dimensión Biopsicosocial de la Preeclampsia 2009;77(5):231-7.

⁷ International Journal of Clinical and Health Psychology, Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de Preeclampsia. 2006.

Este estudio espera contribuir al conocimiento respecto de las distintas realidades experimentadas por estas mujeres, que pudiesen contribuir a explicar, desde un enfoque más allá de lo biológico, considerando la amplitud de la existencia humana, los factores intervinientes en el desarrollo de la preeclampsia y ayudar así a dar un enfoque preventivo en las futuras atenciones preconcepcionales en práctica hoy de la matronería.

FUNDAMENTACIÓN

Los síndromes hipertensivos del embarazo (SHE) afectan entre un 7-10% de las gestaciones. La Preeclampsia (PE) es una enfermedad exclusiva de la gestación humana, de carácter multisistémico, de causa desconocida que representa la patología médica más importante del embarazo, afecta aproximadamente al 3-5% de las mujeres embarazadas⁸ es la principal causa de muerte materna y una de las principales causas de morbilidad perinatal en Chile.

No se sabe cuál es la causa de la Preeclampsia. Se postula que hay una placentación defectuosa. Esta consiste en que las arterias espirales uterinas, arterias de resistencia, con una importante capa muscular que no son invadidas por el trofoblasto, que las transforman en vasos de baja resistencia. Esto generaría isquemia placentaria, que a su vez determinaría la producción de citotoxinas⁹.

En la presente investigación, en conocimiento de los factores biológicos involucrados, se desarrollan los factores de riesgo Psicoafectivos y Sociales de la Preeclampsia.

Son múltiples los aspectos Psicoafectivos y comportamentales que se pueden asociar a un embarazo de alto riesgo¹⁰. La importancia del entorno psicosocial en el proceso salud-enfermedad se ha documentado en distintos estudios epidemiológicos, y los planteamientos hipotéticos para explicar esta asociación postulan que la situación psicosocial interviene como un factor condicionante que

⁸ Revista Chilena de obstetricia y ginecología, v.72 n.3 Santiago 2007.

⁹ Walter J. Preeclampsia. Lancet. 2000; 356: 1260-1265// 30. Readman C, Sargent I. Latest advances in understanding preeclampsia. Science.2005; 308: 1592-1594.

¹⁰ Flórez-Alarcón, L. (1999). Evaluación del estrés prenatal en pacientes con Preeclampsia. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, 17: 107-126.

facilita o inhibe la expresión de factores de riesgo. Existen numerosos estudios acerca de patologías del embarazo, pero una gran cantidad de ellos han sido realizados desde un enfoque biomédico, no considerándose las exigencias adaptativas de carácter psicosocial que surgen durante la gestación¹¹, como son:

- 1) La aparición de un nuevo ser.
- 2) Las profundas modificaciones biológicas, anatómicas y funcionales que alteran la imagen corporal y conducen a transformación física.
- 3) El nuevo rol social. Estos hechos generan en la mujer alteraciones psicológicas, sentimientos ambivalentes, e incrementan la ansiedad o estrés ante las demandas sociales.¹²

En relación a la importancia del entorno psicosocial durante la gestación, los estresores psicosociales, como estrés y disfunción familiar, han demostrado ser un factor de riesgo con respecto a la morbilidad materna y perinatal, y el apoyo social un factor compensatorio de estos efectos negativos. Por otro lado, se ha observado que la evaluación de los factores de riesgo obstétricos conjuntamente con la evaluación de los factores de riesgo psicosociales, incrementan significativamente la probabilidad de identificar a las mujeres embarazadas con mayor riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatales.

La incidencia de la Preeclampsia a nivel mundial, es de carácter variable, dándose cifras tan dispares como el 2% en la zona este de los EE.UU. y el 30% en Puerto Rico (Ferris, 1975).

¹¹ Salvador-Moysén J, Martínez-López Y, Lechuga Quiñones A, Ruiz-Astorga R, Terrones-González A. Situación psicosocial de las adolescentes y toxemias del embarazo. Rev. Salud Pùb. México 2000;42(2):99-105.

¹² Salvatierra, V. (1989). Psicobiología del Embarazo y sus Trastornos. Barcelona, ED. Martínez Roca.

A nivel nacional, al igual que en diversas publicaciones en la literatura internacional, la Preeclampsia juega un rol fundamental como patología del embarazo, constituyéndose como la principal causa de muerte materna y de morbimortalidad perinatal en nuestro país.

Una revisión realizada entre 1976 y 1978 en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile que incluyó a 4.630 embarazadas, demostró el 13,9% de Preeclampsia y solo el 1,1% de Preeclampsia sobre agregada a hipertensión crónica¹³.

Un nuevo estudio realizado en ese mismo centro entre 1988 y 1990 en 3.127 nulíparas, detectó que el 10,5% presentó síndromes hipertensivos, de los cuales el 49% correspondía a Preeclampsia, el 45% a hipertensión transitoria, el 3,5% a hipertensión crónica y el 2,5% a hipertensión crónica más Preeclampsia sobreagregada¹⁴.

A nivel de la Comuna de Valparaíso, no se han realizado estudios que arrojen la incidencia de gestantes con Preeclampsia, por lo tanto no se tienen datos con los cuales contar.

Esta investigación pretende explorar los Factores (protectores y de riesgo) Psicoafectivos y Sociales en mujeres gestantes y su probable relación con el diagnóstico de Preeclampsia de Valparaíso y Viña del Mar, con el propósito de proponer estrategias de fomento activo de la prevención, dirigida hacia el entorno Psicoafectivo y Social durante la planificación familiar y la gestación.

¹³ Pérez Sánchez A., Donoso Siña E. (2011) Obstetricia. Cuarta Edición, Editorial Mediterráneo, Capítulo 41:836-837.

¹⁴ Neira J, Escalona J, Yamamoto M et al. Síndrome hipertensivo del embarazo: Estudio caso control de la incidencia y recurrencia.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Factores Psicoafectivos y Sociales presentes en mujeres gestantes con feto vivo y su probable relación con el diagnóstico de Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los Servicios de Alto Riesgo Obstétrico en los Hospital Dr. Gustavo Fricke y Carlos Van Buren, entre los meses Mayo y Agosto del año 2012.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- Factores Psicoafectivos: Son aquellos factores de riesgo y/o protectores que pueden incidir en los trastornos y enfermedades, desempeñan un papel crucial en la evolución de la gestación, al mismo tiempo, toda enfermedad física y estado de salud repercutirá en el ámbito psicológico y emocional del humano.¹⁵
- Circunstancias: es aquel entorno el cual puede interferir en una situación específica.¹⁶
- Gestación: Proceso de crecimiento y desarrollo fetal intrauterino; abarca desde el momento de la concepción (unión del óvulo y el espermatozoide) hasta el nacimiento. La gestación tiene una duración de 280 días, aproximadamente, 40 semanas¹⁷.
- Preeclampsia (PE): Hipertensión con cifras de Presión Arterial de 140/90 mm Hg observada en dos tomas diferentes con seis horas de diferencia. Aparición después de la semana 20 de gestación hasta las primeras 48 horas - 1 semana de puerperio. Se clasifica en PE Moderada y PE Severa.
 - PE Moderada: Se definió como PE moderada la presencia de presión arterial sistólica (PAS) >140 mmHg y <160 mmHg y presión arterial diastólica (PAD) >90 mmHg y <110 mmHg en al menos dos ocasiones separadas por 4-6 horas, después de la semana 20 de gestación, en mujeres sin antecedentes previos de hipertensión, asociado a la presencia de proteinuria con un valor >300 mg/24h.¹⁸
 - PE Severa: La PE severa se define como la presencia de PAS >160 mmHg y/o PAD >110 mmHg, proteinuria >5g/24h, creatininemia >1,2 mg/dL,

¹⁵Guerrero E.(2000) Salud, Estrés y factores psicológicos, Departamento de psicología básica, Facultad de Psicología, U.N.E.D.

¹⁶ Real Academia Española.

¹⁷ Montero, Leida C. - Enfermería materno-infantil 2008.

¹⁸ Revista Chilena de obstetricia y ginecología, v.72 n.3: 169-175. Santiago 2007.

trombocitopenia <100.000 plaquetas/mL, aumento de enzimas hepáticas (GOT y GPT), presencia de anemia hemolítica microangiopática (aumento LDH), síntomas clínicos severos (fotopsia, cefalea, epigastralgia o dolor hipocondrio derecho, edema o hemorragia retinal), edema agudo de pulmón, oliguria, o restricción del crecimiento fetal u oligohidraomnios, criterios definidos por ACOG.¹⁹

¹⁹ Revista Chilena de obstetricia y ginecología, v.72 n.3: 169-175. Santiago 2007.

Capítulo II

Marco Conceptual

FACTORES PSICOAFECTIVOS, EMOCIONALES EN LA INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA

La gestación de una mujer que presenta durante el desarrollo de ésta, Preeclampsia, está sujeta a múltiples factores, situaciones y circunstancias, que pueden, en la comprensión de la vida como una totalidad de remisiones entenderse como factores múltiples, complejos, causales y/o protectores de lo que la afecta. Bajo esta comprensión, a continuación se plantean los factores psicoafectivos y sociales que se estima pueden representar un hecho, que concatenados a otros expliquen medianamente la gestación y la expresión de Preeclampsia.

La Preeclampsia es una enfermedad que afecta a las mujeres en forma exclusiva durante la gestación. Si bien esta patología se presenta en edades extremas como se señaló, el grupo más afectado corresponde a mujeres jóvenes, primigestas, en la segunda mitad del embarazo con mayor incidencia en el tercer trimestre del embarazo. Se caracteriza por hipertensión arterial y proteinuria acompañado o no de edema²⁰.

Se sabe que la mujer que gesta está inserta en un medio y contexto que se compone de múltiples factores, y circunstancias que pueden influir positiva o negativamente e incluso sin un efecto claro, sobre el proceso que experimenta al gestar a un hijo/a.

²⁰ Pérez Sánchez A., Donoso Siña E. (2011) Obstetricia. Cuarta Edición. Editorial Mediterráneo, Capítulo 41.

FACTORES PSICOAFECTIVOS

“Los factores psicológicos (cognitivos, emocionales, motivacionales) producto de la historia de cada persona en un contexto cultural, socioeconómico y político influyen tanto en el proceso de enfermar como en la prevención de trastornos, así como en el mantenimiento del nivel óptimo de salud. Estos factores van a incidir en todos los trastornos y enfermedades, en el agravamiento o mejoría del proceso, en su pronóstico y en el tratamiento. Al mismo tiempo, toda enfermedad física y estado de salud repercutirá en el ámbito psicológico.

Las formas de comportamiento, estilos de vida y hábitos pueden acarrear problemas de salud o, por el contrario, impedir o retardar su aparición.

En el ámbito de la psicología ha habido autores que han considerado a estos factores como un estímulo, otros lo han considerado como respuesta e incluso otros como interacción entre el sujeto y el medio. Actualmente todos coinciden en que es un proceso amplio, complejo y dinámico los atribuyen a los llamados *trastornos psicofisiológicos* o tradicionalmente llamados trastornos psicósomáticos.”²¹

La vida de la mujer se ve expuesta a una serie de procesos a lo largo de la vida, experimentando etapas de crecimiento y desarrollo, la resultante de estos procesos del desarrollo humano, definirá el comportamiento a seguir, en el enfrentamiento de las crisis normativas y para normativas que conformaran su vida, así también le significaran la posesión de herramienta actitudinales para vivir una posible gestación, relación de pareja, crianza de los hijos, entre otras. Es por esto, que el embarazo se puede considerar una crisis de maduración, porque pone

²¹ Guerrero E.(2000) Salud, Estrés y factores psicológicos, Departamento de psicología básica, Facultad de Psicología, U.N.E.D.

a la mujer de cara a la realidad presente y futura, intensificando la percepción de sí misma (Deutsch, 1945)²²

Las distintas realidades llevan a reacciones ambivalentes como pueden ser el deseo del hijo, contra aceptación o rechazo de una gestación. Un embarazo aparece de forma insidiosa, inicialmente con señales dudosas: su evolución futura es problemática. La actitud de la mujer es ambivalente: desea el embarazo y a la vez lo rechaza (Salvatierra, 1989).

En los párrafos que a continuación se desarrollan, se dan a conocer conceptos fundamentales para comprender la importancia de los factores Psicoafectivos, sociales y culturales que podrían estar presentes al gestar a un hijo/a.

DESARROLLO HUMANO

La perspectiva de Erikson fue organizar una visión del desarrollo del ciclo completo de la vida de la persona humana, organizados en un modelo de ocho etapas de desarrollo que abarca todo el ciclo vital. Cada etapa integra el nivel somático, psíquico y ético-social y el principio epigenético, comprende un conjunto integrado de estructuras operacionales que constituyen los procesos psicosexuales de una persona en un momento dado.²³

Cada etapa se caracteriza por una tarea de desarrollo específica, o crisis, que comprende el paso de un estadio a otro, como un proceso progresivo de cambio de las estructuras operacionales, o un proceso de estancamiento (o regresivo) en el mismo. Las fuerzas y capacidades adquiridas al resolver, cada etapa influye en la personalidad total y a su vez sufren el influjo de acontecimientos anteriores o

²² Citado: Salvatierra, V. (1989). Psicobiología del Embarazo y sus Trastornos. Barcelona, ED. Martínez Roca

²³ Revista Lasallista de Investigación, v.2 no. 2 Colombia, 2005.

posteriores; sin embargo, estas facultades psicológicas son más proclives a estas influencias en la etapa en la que surgen. Las etapas se suceden en el mismo orden y cada una se relaciona sistemáticamente con las demás.

TABLA. Las ocho etapas de desarrollo humano.²⁴

Estado	Etapas y modos psicosexuales	Crisis Psicosociales Sintónica y distónica	Relaciones sociales significativas	Fuerzas Básicas, virtudes y fuerza sincrónica	Patologías básicas, antipatías básicas y fuerza distónica
Infante (1 año)	Sensorio, motor, oral, respiratorio	Confianza vs desconfianza básica.	Persona Materna <i>Diada</i>	Esperanza	Desconfianza <i>Retraimiento</i>
Infancia (2 a 3 años)	Muscular, Anal, entregamiento higiénico.	Autonomía vs vergüenza y duda	Padres	Voluntad	Vergüenza y duda
Preescolar, Edad de Juego (3 a 5 años)	Infantil genital, locomotor, aprendizaje sexual.	Iniciativa vs culpa y miedo	Familia Básica <i>Triada</i>	Propósito	Sentimiento de culpa y miedos <i>Inhibición</i>
Edad Escolar (6 a 12 años)	Latencia	Laboriosidad vs inferioridad	Vecindario, Escuela	Competencia	Inferioridad <i>Inercia</i>
Adolescencia (12 a 20 años)	Pubertad	Identidad vs confusión de identidad	Grupos de Iguales; <i>modelos de liderazgos</i>	Fidelidad	Confusión de Identidad <i>Postergar valores. Moratoria psicosocial</i>
Adulto Joven (20 a 30 años)	Genitalidad	Intimidad vs aislamiento	Compañeros de amor y otros grupos <i>Modelos de liderazgo</i>	Amor	Aislamiento <i>Exclusividad Narcicismo</i>
Adulto (30 a 50 años)	Productividad	Productividad vs estancamiento	Trabajo dividido <i>Familia hogar y compañeros</i>	Interés	Estancamiento <i>Rechazo</i>
Vejez (Después de los 50 años)	Generación de los modos sensuales	Integridad vs desesperanza	Genero Humano <i>"Mi genero"</i>	Sabiduría	Desesperanza <i>Desdén</i>

²⁴ Erikson, O ciclo de vida completo, Op. Cit., p 27-34.

GESTACIONES

Gestaciones Anteriores:

Las experiencias anteriores, modifican notablemente el comportamiento actual de la gestación. Se entiende como Paridad: “Haber dado a luz a un feto vivo de más de 20 semanas de amenorrea”²⁵.

El comportamiento reproductivo se enmarca en un contexto social y cultural. Cada cultura posee creencias establecidas de las cuales son las conductas apropiadas en el embarazo, parto y puerperio. Las expectativas y comportamientos de las gestantes y futuras madres se deben acomodar a dichas creencias y están condicionadas por estas.

Es reconocida la capacidad del proceso de gestar en una mujer, como causante de estrés por su doble aspecto, como desafío y como amenaza, ya que la gestación implica una tarea de desarrollo psicosocial, o más exactamente, una sucesión de tareas u objetivos. Una gestación suele tener pequeñas exigencias y molestias que originan estrés por sí mismas, además de acompañarse de modificaciones evidentes y constatables; el aumento de peso, la transformación paulatina corporal, la necesidad del control periódico del proceso, de experimentar exploraciones y pruebas, pueden incrementar la tensión, más aun si la mujer tiene otros hijos/as pequeños/as (Salvatierra, 1989).

La preocupación predominante en las mujeres embarazadas, se da por la descarga física y por la concreta amenaza de daño, incluso de muerte, con seguridad de dolor, no sólo para la mujer, sino también para el feto, experimentando así una serie de emociones, incrementadas por la sensibilidad

²⁵ Cabrero L., Saldivar D. y Cabrillo E. (2007) Obstetricia y Medicina materno-fetal, Editorial Medica Panamericana, Capitulo 41, Pagina 325.

emocional de la gestación. Cuando se vive la primera gestación estos sentimientos se ven en aumento, sintiendo muchas veces miedo y temor a los cambios propios, esto se observa también en las gestaciones múltiples, que llevan una carga emocional mayor, por el hecho mismo de gestar a más de un ser vivo, con mayor razón si se está viviendo la primera gestación. En el caso de segundas o más gestaciones, el estrés del embarazo se reduce por la edad, la madurez que conlleva la experiencia previa y el mayor conocimiento adquirido.²⁶

Por otra parte, se ha dicho también que la mujer primigesta, por no haber tenido sometido previamente el útero a la distensión de un embarazo, tiene durante toda su evolución un mayor tono del miometrio que, por compresión, disminuye el calibre de las arteriolas espirales, y esto limita la perfusión sanguínea a esta zona, con la consecuente posibilidad de hipoxia trofoblástica, fenómeno que también ha sido implicado en la génesis de la Preeclampsia. Así, la inadecuada perfusión de la placenta es seguida por sus cambios patológicos, el escape de trofoblasto a la circulación, y el consecuente y lento desarrollo de una coagulación intravascular sistémica con efectos deletéreos importantes en todo el organismo.²⁷

Por otro lado existen publicaciones,²⁸ que aportan evidencia del aumento en la incidencia de Preeclampsia cuando se presenta un cambio de paternidad. Se ha reportado que una exposición prolongada al semen del compañero sexual, previo al embarazo, tiene un efecto "protector" para el desarrollo de Preeclampsia.

Existe un mayor riesgo para desarrollar Preeclampsia cuando existe menor tiempo de vida sexual con la pareja previo a la concepción, el riesgo también se incrementa en multíparas, cuando realizaron un cambio de compañero sexual.²⁹

²⁶ Revista Cubana de Medicina General Integral v.23 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2007.

²⁷ Revista Cubana de Medicina General Integral v.23 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2007.

²⁸ Robillard P, Hulsey TC. Association of pregnancy-induced hypertension, pre-eclampsia, and eclampsia with duration of sexual cohabitation before conception. Lancet 1996;347:619.

²⁹ Revista Chilena de obstetricia y ginecología, v.61 n.1 caracas 2001.

El fenómeno de tolerancia inmunológica disminuye con el tiempo y aproximadamente diez años después de una primera gestación, la mujer ha perdido la protección que le confiere esta.³⁰

Evolución de la gestación anterior:

La evolución de gestaciones previas en una mujer, se relaciona con las vivencias o experiencias percibidas por las gestantes en sus embarazos. Las experiencias previas en salud reproductiva para las mujeres consideran:

- Abortos: Interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal. La viabilidad fetal es un concepto que involucra aspectos epidemiológicos antropométricos y clínicos. Es así como se considera, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la edad gestacional de 22 semanas, el peso fetal de 500 gramo y la longitud céfalo nalgas de 25 cm.

La viabilidad clínica es un concepto más amplio que involucra la capacidad de la medicina actual de prestar asistencia contra la prematuridad extrema, y está determinada por la madurez anatómico funcional del pulmón, o sea la capacidad de intercambio gaseoso pulmonar, que ocurre aproximadamente entre las 24 a 26 semanas de gestación.³¹

- Gestación con problemas: “Es la presencia de complicaciones que ocurren durante la gestación. El embarazo de alto riesgo configura una situación particular en la que la mujer se enfrenta a una serie de situaciones específicas que le representan amenazas, y que debe afrontar haciendo uso de diversos recursos de tipo biológico, psicológico y social. Estas

³⁰Revista Cubana de Medicina General Integral v.23 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2007.

³¹ Neira Miranda J. Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos. ARS Medica, Revista de estudios médicos. Vol. 6 No. 6.

situaciones amenazantes tienden a ser específicas y diferentes a las de un embarazo normal.”³²

- Gestación sin problemas: Es aquella gestación que se presenta como fisiológica y que no representó para la mujer y su familia situación de crisis para normativa.³³

GESTACIÓN ACTUAL

La mujer presenta una actitud o conducta ante el embarazo que está cursando. “La conducta es el conjunto de fenómenos que son observables, o que son factibles de ser detectados. El termino conducta, aplicado a las manifestaciones del individuo, tiene siempre la connotación de estar dejando de lado lo más central o principal del ser humano: los fenómenos propiamente psíquicos o mentales. Estos últimos serían los fenómenos realmente importantes, dado que origina la conducta.”³⁴

“Cada cultura posee creencias establecidas de cuáles son las conductas apropiadas durante la gestación. Las expectativas y comportamientos de las gestantes y futuras madres se deben acomodar a dichas creencias y están condicionadas por estas”. Asimismo, se hayan establecidos los objetivos psicosociales del embarazo, como son:

- Aceptación del embarazo a nivel intelectual y emocional.
- Adaptación al papel materno que requiere la asignación al neonato de una identidad basada en la realidad.

³² Flórez-Alarcón, L. (1999) Evaluación del estrés prenatal en pacientes con Preeclampsia. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana.

³³ Pérez Sánchez A., Donoso Siña E. (2011) Obstetricia. Cuarta Edición. Editorial Mediterráneo, Capítulo 41.

³⁴ Bleger J. (2007) Psicología de la Conducta, Segunda Edición, Editorial Paidós SAICF, Capítulo 2.

- Actitud positiva materno-fetal como base de la relación afectiva con el hijo.³⁵

“La realidad de la aparición del nuevo ser, las modificaciones que alteran la imagen corporal, y el cambio del papel social, llevan a reacciones ambivalentes como pueden ser el deseo del hijo contra aceptación o rechazo de una gestación que esta implica una tarea de desarrollo psicosocial, o más exactamente, una sucesión de tareas u objetivos.”³⁶

SALUD MENTAL

Las mujeres gestantes de acuerdo a su historia de vida, la cual, como se ha señalado, está construida por experiencias pretéritas, eventos actuales, valores, creencias, nivel socio-económico, historia obstétrica, entre otras, vivirá la gestación con diversas actitudes y conductas, las cuales favorecerán o entorpecerán el proceso. “Frente a eventos amenazantes, estresantes o cambios de la vida cotidiana, las personas responden de diferentes maneras. Estas diferentes respuestas cognitivas y comportamentales que los sujetos emplean para manejar y tolerar el estrés se conocen en el ámbito de la Psicología comportamental como estrategias o estilos de afrontamiento.”³⁷ Los estilos son:

- Confrontación: Acciones directas, y en cierto modo agresivas para alterar la situación.
- Distanciamiento: Esfuerzos para separarse de la situación.

³⁵ Chacon, R., Garcia, W & Florez-alarcon, L. (2002) “estudios descriptivo de los aspectos psicosociales asociados al alto riesgo obstétrico en pacientes del Instituto Materno Infantil de Santa Bogotá” En Investigación en Detalle Numero 1. ALAPSA. Bogotá, Consultado Enero 2012.

³⁶ Salvatierra, V. (1989). Psicobiología del Embarazo y sus Trastornos. Barcelona, ED. Martínez Roca.

³⁷ Vinaccia S. & Sánchez M. (2006), Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia, International Journal of Clinical Psychology, Vol. 6 No. 1 pag. 41 – 51.

- Autocontrol: esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.
- Búsqueda de apoyo social: acciones para buscar consejo, información o simpatía y comprensión.
- Aceptación de la responsabilidad: reconocimiento de la responsabilidad en el problema.
- Huida – evitación: de las situaciones de estrés.
- Planificación: esfuerzos para alterar la situación que implica una aproximación analítica a ésta.
- Reevaluación positiva: esfuerzos para crear un significado positivo centrándose en el desarrollo personal.
- Negación: tendencia a negar tensiones de la vida y atribuir todos los problemas a los efectos de la enfermedad.

ACOMPañAMIENTO

El acompañamiento se refiere a la identificación de presencia de persona significativa para la gestante, que la acompañe inmediatamente previo al inicio de la gestación y a lo menos durante el primer trimestre del embarazo. La importancia del acompañamiento radica en que uno de los factores que aumentan el riesgo de padecer Preeclampsia (PE) en las gestantes, es la soledad.

“Herrera, Cáceres y Gracia (2000) estudiaron los factores psicosociales de riesgo en mujeres embarazadas diagnosticadas con complicaciones perinatales. Al respecto, encontraron que las gestantes tenían una acumulación de eventos estresantes y ansiedad severa, unido a un riesgo relativo de 3,85, el cual se

incrementaba a 10,3 cuando la gestante, concomitantemente, carecía de un apoyo social adecuado (percepción de no apoyo de la familia y/o del compañero)”³⁸

AUTOESTIMA

Esta se comprende como la valoración que tiene la mujer gestante de sí misma a través de su percepción, reflejándose en la preocupación de sí, autocuidado y en las relaciones que establece con otros.

“...autoestima se entiende como la autoevaluación o juicio que la persona realiza de sí misma, configurando así una determinada autovaloración que dependerá de la comparación que haga el individuo con respecto al medio en el cual se desenvuelve y de la confianza y respeto que tenga de sí mismo. Esto influirá en las decisiones que tome en el transcurso de su vida.”³⁹

“Maslow describió dos versiones de necesidades de estima, una baja y otra alta. La baja autoestima es la del respeto de los demás, la necesidad de estatus, fama, gloria, reconocimiento, atención, reputación, apreciación, dignidad e incluso dominio; en cierto sentido, es la autoestima que se genera por factores externos, por lo que las otras personas provocan en el individuo. En cambio, la alta autoestima comprende las necesidades de respeto por uno mismo, incluyendo sentimientos tales como confianza, competencia, logros, maestría, independencia y libertad, o sea, es la que el individuo genera en sí mismo.”⁴⁰

³⁸ Vinaccia S., Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preclampsia, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2006, Vol. 6, pag 43.

³⁹ Maslow Guerra G.(2007), *Autoestima en los (as) alumnos (as) de los 1º medios de los Liceos con alto índice de vulnerabilidad escolar (I.V.E.) de la ciudad de Valdivia*, Tesis para optar al Título de Profesor de Lenguaje y Comunicación y al Grado de Licenciado en Educación, Valdivia, Pág. 9-10.

⁴⁰ Maslow Guerra G.(2007), *Autoestima en los (as) alumnos (as) de los 1º medios de los Liceos con alto índice de vulnerabilidad escolar (I.V.E.) de la ciudad de Valdivia*, Tesis para optar al Título de Profesor de Lenguaje y Comunicación y al Grado de Licenciado en Educación, Valdivia, Pág. 12.

La autoestima es analizada en este estudio ya que es descrita como uno de los factores de riesgo más comunes presentes en mujeres que desarrollan alteraciones en el proceso de gestar, parir y nacer.

FACTORES SOCIALES

Los factores sociales propiamente tales son las representaciones sociales, éstas constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo. Permite reconocer los modos y procesos de constitución del pensamiento social, por medio del cual las personas construyen y son construidas por la realidad social. En otras palabras los factores sociales son: "el medio cultural en que viven las personas, el lugar que ocupan en la estructura social, y las experiencias concretas con las que se enfrentan a diario las que influyen en su forma de ser, su identidad social y la forma en que perciben la realidad social."⁴¹

NIVEL SOCIOECONÓMICO

Ingresos familiares mensuales (permanentes y sistemáticos) con los cuales las mujeres mantienen la manutención. Los cuales afectan directamente su diario vivir y su salud.

⁴¹ Araya S. (2002) Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Sede Académica, Costa Rica.

“Dependiendo de los ingresos sumados de todos los integrantes del grupo familiar en Chile se dividen en 5 Grupos; ABC1 (Alto) \$1.201.000 a >\$3.500.000, C2 (medio alto) \$501.000 a \$1.200.000, C3 (Medio) \$301.000 a \$500.000, D (medio bajo) \$161.000 a \$300.000 y E (bajo) < de \$160.000. “⁴²

VIVIENDA

Las características de la vivienda afectan la salud y calidad de vida de la gestante. La vivienda se clasificara en tres tipos: adecuada, regular e inadecuada. Aspectos como el tamaño, el material de construcción, el número de personas que la habitan, luz eléctrica, alcantarilla, eliminación de excretas y basura, emplazamiento geográfico, entre otros, son aspectos importantes para valorar la calidad de vida de las personas.

Índice de hacinamiento: Razón entre el número de personas residentes en la vivienda y el número de dormitorios de la misma, considerando piezas de uso exclusivo o uso múltiple. Contempla las categorías: sin hacinamiento, medio y crítico.⁴³

Índice De Hacinamiento	
2,4 y menos	Sin hacinamiento
2,5 a 4,9	Hacinamiento medio
5 y más	Hacinamiento critico

Servicios básicos:

- Agua potable: agua apta para beber y para los demás usos domésticos.
- Alcantarillado: sistema de estructuras y tuberías usado para la recogida y transporte de las aguas residuales.

⁴² Nivel Socioeconómico ESOMAR, manual de aplicación, Asimark. Santiago octubre 2000.

⁴³ Encuesta Casen 2010, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile.

- Instalación eléctrica: conjunto de elementos que permiten transportar y distribuir la energía eléctrica.

Tipo de vivienda: La vivienda es un espacio cubierto y cerrado que sirve como refugio y para descanso. De esta manera, quienes la habitan encuentran en ellas un lugar para protegerse de las condiciones climáticas, desarrollar actividades cotidianas, guardar sus pertenencias y tener intimidad.⁴⁴

Índice de materialidad de la vivienda: Permite conocer las condiciones materiales de las viviendas. Se construye a partir de los materiales predominantes en paredes exteriores, cubierta de techo y pisos. Establece las categorías de vivienda sólida y vivienda precaria.

Definición de categorías según material predominante en:		
Paredes Exteriores	De acero u hormigón armado; albañilería de ladrillo, bloques de cemento o piedra; tabique forrado por ambas caras	Vivienda sólida
	Adobe; tabique sin forro interior (madera u otro); barro, quincha, pirca u otro artesanal tradicional	Vivienda precaria
	Material de desechos o reciclaje (cartón, lata, sacos, plásticos) y otros materiales	Vivienda precaria

NIVEL EDUCACIONAL

Los cursos logrados, desarrollados y/o aprobados en la educación formal conforman el nivel educacional de una persona. Cada mujer según los estudios cursados posee un nivel de educación, asociándola a un estilo y calidad. Estos por

⁴⁴ Ministerio de vivienda y urbanismo, Ministerio de planificación, Encuesta CASEN clasificación vivienda.

tanto influyen directamente en la vida de la gestante y en su desarrollo como miembro de una sociedad, pudiendo así influenciar también su salud y desde ya su proceso gestacional. “La educación es el proceso permanente que abarca las distintas etapas de la vida de las personas y que tiene como finalidad alcanzar su desarrollo moral, intelectual, artístico, espiritual y físico mediante la transmisión y el cultivo de valores, conocimientos y destrezas, enmarcados en nuestra identidad nacional, capacitándolas para convivir y participar en forma responsable y activa en la comunidad.”⁴⁵

SATISFACCIÓN LABORAL

Es la actitud del trabajador frente a sus actividades laborales, dicha actitud está basada en las creencias y valores que el trabajador desarrolla de su propio trabajo. Las actitudes son determinadas conjuntamente por las características actuales del puesto como por las percepciones que tiene el trabajador de lo que "deberían ser".

Generalmente las tres clases de características del empleado que afectan las percepciones del "debería ser" (lo que desea un empleado de su puesto) son las necesidades, los valores y los rasgos personales.

Los tres aspectos de la situación de empleo que afectan las percepciones del "debería ser" son las comparaciones sociales con otros empleados, las características de empleos anteriores, los grupos de referencia.

Las características del puesto que influyen en la percepción de las condiciones actuales del puesto son la retribución, condiciones de trabajo, supervisión, compañeros, contenido del puesto, seguridad en el empleo y oportunidades de progreso.⁴⁶

⁴⁵ LEY Nº 18.962, ORGANICA CONSTITUCIONAL DE ENSEÑANZA, Santiago, 24 de noviembre de 2005, Artículo 2°.

⁴⁶ Robbins, S.P. (1998) Comportamiento Organizacional. México: Prentice Hall, Octava edición.

ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE

Son las acciones recreativas que realiza la mujer fuera de su cotidianeidad. El tiempo libre es aquel tiempo que la gestante le dedica a aquellas actividades que no corresponden a su trabajo formal ni a tareas domésticas esenciales. Su rasgo diferencial es que se trata de un tiempo recreativo el cual puede ser utilizado por “su titular” a discreción, es decir, a diferencia de lo que ocurre con aquel tiempo no libre en el cual la mayoría de las veces no se puede elegir el tiempo de realización, la persona puede decidir cuántas horas destinarle.

Generalmente, las personas suelen utilizar este tiempo para descansar del trabajo o bien para llevar a cabo alguna actividad que les reporte recreación, entretenimiento o placer. Lo que puede ser considerado una actividad estrictamente inscrita en el tiempo libre variará de persona a persona, porque lisa y llanamente no todos tienen la misma percepción de lo que puede ser divertido, agradable, entretenido o placentero.

FE

La religión, cuyo contenido, fundamento de verdad y moral, al estar situado fuera del contexto cognoscitivo del mundo y de la experiencia, por revelación divina o autoridad sagrada, suele tomarse como modelo de creencia que no depende de la razón humana, y ejerce una función de sentido de la vida, que a veces se confunde con la ideología. La palabra fe, entonces, puede referirse directamente a una religión o a la religión en general, sin embargo, tener fe no siempre implica tener una religión. Al igual que la "confianza", la fe implica un

concepto de eventos o resultados futuros, y puede o no carecer de un mínimo de pruebas. La fe es, generalmente, la confianza o creencia en algo o alguien.

La mujer gestante puede configurar su vida en la fe la cual la sustenta para crecer internamente. En este sentido esta creencia en lo que no se ve, puede constituir una forma de apoyo y de crecimiento para la mujer en su vida y por extensión en el proceso de su gestación⁴⁷.

RED DE AMIGOS

La amistad del latín *amicus*; amigo, que deriva de *amore*, amar es una relación afectiva entre dos o más personas. La amistad es una de las relaciones interpersonales más comunes que la mayoría de las personas tienen en la vida.

La amistad se da en distintas etapas de la vida y en diferentes grados de importancia y trascendencia. La amistad nace cuando las personas encuentran inquietudes comunes. Hay amistades que nacen a los pocos minutos de relacionarse y otras que tardan años en hacerlo. La verdadera amistad dura toda la vida. La amistad se demuestra en la preocupación por el amigo, interesándose por su bienestar, por sus problemas y logros. Por esto procura reunirse, comunicarse o convivir con él. Un amigo es el que está en todo momento, el que levanta cuando se está decaído. Es en la turbación donde la amistad se pone a prueba. Cicerón comenta: «Sólo en el peligro se conoce al verdadero amigo»

La mujer que gesta, como se ha señalado, experimenta situaciones afectivas ambivalentes, dudas, confusiones, temores, sin duda contar con redes de amigos/as, personas de confianza, con quienes expresar sus aprehensiones, sus

⁴⁷ Verny, Thomas. (1981) "La vida secreta del niño antes de nacer". Barcelona. Primera Edición, Editorial Urano.

temores y en quienes encuentre una buena escucha, contribuirá positivamente al proceso de gestar, parir y nacer.⁴⁸

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

En Chile la Ubicación geográfica se puede dividir en urbano, urbano marginal y rural, según las características cualitativas y cuantitativas del lugar.⁴⁹

- Urbano: Conjunto de viviendas concentradas con más de 2.000 habitantes, o entre 1.001 y 2.000 habitantes con un 50% o más de su población económicamente activa dedicada a actividades secundarias y/o terciarias, se encuentran los tres niveles de atención de salud. Su actividad laboral es Secundaria (industrias y construcción) y terciaria (hoteles, bancos, comercios), su transporte tiene una gran red de servicios, escasas áreas verdes, Casi su totalidad de habitantes se encuentra con servicios básicos.
- Rural: Es un asentamiento humano concentrado o disperso con 1.000 o menos habitantes, o entre 1.001 y 2.000 habitantes en los que menos del 50% de la población económicamente activa se dedica a actividades secundarias, la mayoría de la población se dedica a actividad primaria (agricultura, ganadería, pesca, minería, actividad forestal y caza), en la mayoría de las zonas rurales solo se encuentra el nivel primario de salud, red de transporte escasa con rutas de acceso secundarias. Abundantes áreas verdes, una parte de esta zona se encuentra sin servicios básicos.
- Urbano marginal: Es un asentamiento humano localizado en la periferia de las ciudades en donde la mayoría de las familias son vulnerables y se han tomado aquellos lugares. Se ubican en zonas más bien urbanas pero tienen

⁴⁸ Grün, Anselm (2005) *Amistad es libertad*. p. 48.

⁴⁹ INE (2003), Censo 2002, Resultados, Volumen I, Población, País-Región, Santiago de Chile.

estilos de vida ligados a la zona rural. Al igual que en la zona rural solo se encuentra el nivel primario en salud pero no viven muy alejados de los otros dos niveles al estar relativamente cerca de la zona urbana. Red de transporte es accesible y está en avance. Regular cantidad de áreas verdes al ser asentamientos que se ubicaron ahí por tomas, la mayoría, no cuenta con todos los servicios básicos.

TIPO DE FAMILIA

“La OMS ha definido la familia como el grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos. En línea con esa definición se puede entender la familia como una unidad biopsicosocial integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguineidad, matrimonio y/o unión estable, y que vive en un mismo hogar”⁵⁰

No basta sólo con definir que se considera como familia sino además su clasificación es de suma importancia para conocer la estructura de ésta. La Comisión Nacional de la Familia (CNF) clasifica a las familias en:

- Familia nuclear: es aquella integrada por una pareja adulta, con hijos o sin ellos, o por uno de los miembros de la pareja y sus hijos.
- Familia extensa: integrada por una pareja o uno de sus miembros, con hijos o sin ellos, y por otros miembros que pueden ser o no parientes.

⁵⁰ Zurro M. Pérez C (2008). Atención primaria, Conceptos, organización y práctica clínica (6º Edición) Editorial Elsevier, Capítulo 5 Pág. 97.

CONDUCTAS Y/O CIRCUNSTANCIAS QUE INFLUYEN SOBRE LA GESTACIÓN ACTUAL

HÁBITOS NOCIVOS

Hábito es toda conducta que se repite en el tiempo de manera sistemática. El concepto de nocivo, a su vez, es todo aquello considerado como peligroso o dañino para un sujeto, por lo tanto los hábitos nocivos en la salud de una persona, serán todas las conductas que desfavorezcan el desarrollo normal de las actividades de las personas afectando desde la autoestima hasta las relaciones interpersonales. Existe un extenso listado de hábitos nocivos, pero en relación al estudio se va a considerar el consumo de drogas, alcohol, tabaco y la autoflagelación.⁵¹

“El término drogas es etimológicamente ambiguo, puesto que en su concepción más amplia (OMS 1969) se refiere a toda sustancia que introducida a un organismo vivo pueda modificar una o varias de sus funciones. Se usará la palabra droga en un sentido más restrictivo para referirse a las entidades que pueden ser definidas como drogas psicoactivas de uso no médico y susceptibles de ser auto-administradas (OMS 1982).”⁵²

Existen múltiples clasificaciones de las drogas, probablemente demasiadas. Desde la clasificación histórica de Lewin (1924) hasta la clasificación de Nahas no sería exagerado hablar de más de veinte. El estudio se limita a señalar las más relevantes desde la perspectiva sanitaria.

⁵¹ Papalia Diane, (2009) Psicología, Primera Edición, Editorial Mc Graw-Hill.

⁵² Zurro M. Pérez C (2008). Atención primaria, Conceptos, organización y práctica clínica (6º Edición) Editorial Elsevier, Capítulo 38 Pág. 873.

Clasificación farmacológica de las drogas según Nahas.

Drogas
Opiáceos
Opio – Morfina – Heroína – Agonistas sintéticos
Psicoestimulantes mayores
Cocaína – Anfetaminas
Psicodepresores
Alcohol etílico – Barbitúricos – Benzodiazepinas – Metacualona
Cannabis
Hachis, marihuana – THC
Alucinógenos
LSD – Psilocibina – Mescalina – Peniciclidina
Solventes
Benceno – Tolueno – Acetona CCL4 – Tricloroetileno – Eter
Psicoestimulantes menores
Tabaco (nicotina) – Cola – Khat – Cafeína

“La forma más habitual de consumir tabaco es fumar cigarrillos, el humo de los cigarrillos es un aerosol que se produce por la combustión incompleta de las hojas del tabaco. Está compuesto por una fase gaseosa de partículas que constituyen el alquitrán, la nicotina y el agua. Por lo que se refiere a la fase gaseosa, el monóxido de carbono interfiere con el transporte y la utilización de oxígeno, y otros componentes de esta fase actúan como potentes ciliotoxinas e irritantes respiratorios.”⁵³

⁵³ Zurro M. Pérez C (2008). Atención primaria, Conceptos, organización y práctica clínica (6ª Edición) Editorial Elsevier, Capítulo 38 Pág. 876.

Se ha reportado la existencia de una relación inversa entre el mal hábito de fumar cigarrillos y el riesgo para preeclampsia; no obstante, el riesgo es menor cuando se deja de fumar al inicio de la gestación. Se ha postulado un efecto protector del cigarrillo, es dosis dependiente, se ha observado menor incidencia de preeclampsia entre fumadoras de más de diez cigarrillos por día.

El mecanismo biológico por el cual el cigarrillo reduce la incidencia de la preeclampsia (en alrededor del 32%) no se conoce; sin embargo, se evidenció que la nicotina, uno de los componentes del humo del cigarrillo, inhibe la producción del Tromboxano A₂, posiblemente a través del bloqueo de la enzima tromboxano sintetasa. La nicotina también puede actuar directamente sobre los receptores nicotínicos de la placenta, liberándose acetilcolina placentaria, que facilita la descarga del óxido nítrico, el factor relajante endotelial. Otros efectos del cigarrillo que pudieran explicar la disminución del riesgo para preeclampsia, pueden ser mediados por inhibición de la producción de citoquinas y un efecto antioxidante.⁵⁴

Por otro lado en relación al alcohol, la OMS define al trastorno relacionado con el alcohol- *related disabilities* como cualquier deterioro en el funcionamiento físico, mental o social de un individuo cuya naturaleza permita inferir razonablemente que el alcohol es una parte del nexo causal que provoca dicho trastorno.

CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS Y AUTOLESIÓN

Un fenómeno frecuente es el daño físico directo e intencional causado por conductas autolesivas que no se efectúan con una finalidad suicida. Cuando se presenta de manera frecuente, constituye lo que se denomina el síndrome de

⁵⁴Revista Chilena de obstetricia y ginecología, v.61 n.1 Caracas 2001.

autolesión deliberada que se puede observar en pacientes con retraso mental y trastornos de la personalidad.

La implicación de las estructuras límbicas que procesan el componente cognoscitivo-afectivo del dolor en el desarrollo del “comportamiento autolesivo” (CAL), que se define como una conducta autodestructiva que causa daño tisular directo, esta conducta no tiene la intención de causar la muerte y las lesiones no son tan extensas o severas para constituir un daño letal.

Se propone que este resulta de una disfunción en la percepción nociceptiva, particularmente en los mecanismos de alto orden de procesamiento, donde se integra el dolor como una experiencia consciente y se conceptúa como una sensación desagradable. Esta alteración en la percepción nociceptiva y en la percepción de sí mismo, resultaría, en algunos casos de la incidencia de factores ambientales desfavorables en personas biológicamente vulnerables, mientras que en otros, sería la anomalía biológica la determinante de la conducta.⁵⁵

La autolesión, conducta comprendida dentro de los comportamientos autodestructivos, resulta particularmente relevante, considerando el incremento en el número de adolescentes que han adoptado esta práctica, lo que según diversos autores, es un fenómeno de difícil comprensión, debido a las múltiples formas de presentación que suele adoptar, (Nader y Boehme, 2003). El estudio de este tipo de conducta se dificulta enormemente, debido principalmente a la complejidad de sus orígenes y al funcionamiento que presenta (Doctors, 2007). El daño autoinfligido es físico y concretamente se presenta a manera de cortaduras, cabezazos, mordeduras y golpes en los ojos; solo por mencionar algunos.

⁵⁵ Mendoza, Y. y Pellicer, F. (2002). Percepción del dolor en el síndrome de comportamiento autolesivo. *Salud Mental*, 25(4), 10-16.

VIOLENCIA

“Es el tipo de interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, provocan, o amenazan con hacer, un daño o sometimiento grave (físico, sexual o psicológico) a un individuo.”⁵⁶

Se trata de un concepto complejo que admite diversas matizaciones dependiendo del punto de vista desde el que se considere; en este sentido, su aplicación a la realidad depende en ocasiones de apreciaciones subjetivas.

Los tipos de violencia más comunes en nuestro país son:

- Violencia física: esta incluye empujones, golpes, patadas, zamarreos, sofocación, tirones de pelo, amenazas de muerte o intentos de asesinato por medio de diversos medios (arma blanca o de fuego, estrangulación, quemadura) y ocasionar la muerte.
- Violencia psicológica o emocional: es cuando a una persona se le critica constantemente, se le garabatea, sufre burlas, es ignorada, humillada, chantajeada y aislada de la familia y amigos/as, entre otros malos tratos.
- Violencia sexual: es cuando una persona es forzada a tener cualquier tipo de contacto o acto de tipo sexual sin su consentimiento. En Chile, se considera abuso y/o violación sexual si esto ocurre en menores de 14 años aunque haya consentimiento del o de la menor (Ley N° 19.927).

⁵⁶ Amalio Blanco (2001), «Los cimientos de la violencia», *Mente y Cerebro*, pp. 9-15.

Capítulo III

Objetivos

- Objetivo General
- Objetivos Específicos
- Operacionalización de Variables

OBJETIVO GENERAL

Identificar factores psicoafectivos, sociales, conductas y/o circunstancias en mujeres gestantes con feto vivo y su relación con el diagnóstico de Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico, entre los meses de Mayo y Agosto del año 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar factores Psicoafectivos presentes en las mujeres con diagnóstico de pre-eclampsia en relación a:

- 1.1 Etapa del ciclo vital
- 1.2 Gestación anterior
- 1.3 Evolución gestación anterior
- 1.4 Gestación actual
- 1.5 Salud mental
- 1.6 Estrés
- 1.7 Acompañamiento
- 1.8 Autoestima

2. Identificar factores Sociales presentes en las mujeres con diagnóstico de pre-eclampsia en relación a:

- 2.1 Nivel socioeconómico
- 2.2 Vivienda
- 2.3 Nivel educacional

2.4 Actividad laboral

2.5 Satisfacción laboral

2.6 Actividad de tiempo libre

2.7 Religión

2.8 Red de amigos

2.9 Domicilio

2.10 Tipo de familia

3. Identificar Conductas y/o circunstancias que influyen sobre la gestación actual de la mujer con diagnóstico de pre-eclampsia en relación a:

3.1 Hábitos nocivos

3.2 Uso de sustancias nocivas

3.3 Autolesión

3.4 Violencia

3.5 Denuncia de violencia

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición	Dimensión	Indicadores	Sub- indicador
Etapa del ciclo vital	Experiencia de la mujer respecto del momento de vida en el cual está situada.		Adolescencia Adulto Joven Adulto Vejez	12 - 20 años 20 - 30 años 30 - 50 años Mayor de 50 años
Gestación anterior	Presencia anterior de gestación con feto vivo de término o pre-termino.		Si No	
Evolución gestación anterior	Vivencias o experiencias de la mujer en embarazos que antecedieron el actual.		Aborto u óbito o mortinato Gestación con problemas Gestación sin problemas	
Gestación actual	Actitud de la mujer ante el embarazo que está cursando.	Acogida completa (puntaje 5) Acogida parcial (puntaje 4-3) Rechazo (puntaje <3)	Cariño a su hijo. (1) Comunicación con su hijo. (1) Alimentación saludable. (1) Ausencia de hábitos nocivos. (1) Asistencia a los controles. (1)	
Salud mental	Actitud de vida ante su cotidianidad y forma de actuar frente estados inesperados.		Optimista Luchadora Neutral Perdedora Evasiva	

			Negativa	
Estrés	Factores externos que afectan negativamente la vida cotidiana de la gestante o enfrentamiento de la mujer con dificultad a los estresores.	No superación del estrés (puntaje 6) Superación parcial del estrés (puntaje 3-5) Superación del estrés (puntaje 0-2)	Soledad (1) Escases de recursos económicos (1) Ambiente familiar negativo (1) Trabajo forzoso (1) VIF (1) Persona significativa enferma (1) No presenta ningún factor estresor (0)	
Acompañamiento	Presencia de persona significativa para la gestante que la acompañe inmediatamente previo al inicio de la gestación y a lo menos durante el primer trimestre del embarazo actual.		Si No	
Autoestima	Valoración de sí misma que hace la mujer, reflejándose en la preocupación de sí mismo y en las relaciones con otros.	Alta (\geq a 3) Baja (\leq a 2)	Exitosa en la vida (1) Indiferencia por la impresión que causa sobre los demás (1) Confianza en sí misma (1) Indiferencia ante opiniones negativas del entorno (1) Sensación de acompañamiento afectivo (1)	

Nivel socioeconómico	Ingresos permanentes y sistemáticos familiares mensuales, con los cuales las mujeres mantienen viven.		ABC1 (Alto) C2 (Medio alto), C3 (Medio), D (Medio bajo) E (Bajo)	>\$1.201.000 \$501.000 a \$1.200.000 \$301.000 a \$500.000 \$161.000 a \$300.000 < \$160.000.
Vivienda	Características de la vivienda, las cuales afectan la calidad de vida de la gestante.	Adecuada (puntaje 5) Regular (puntaje 3-4) Inadecuada (puntaje <3)	< 2,4 personas por habitación (1) Agua potable (1) Alcantarillado (1) Instalación eléctrica (1) Vivienda Solida (1)	
Nivel educacional	Cursos logrados, desarrollados y/o aprobados en la educación formal.		Analfabeta Básica incompleta Básica completa Media incompleta Media completa Educación superior técnica incompleta Educación superior técnica completa Educación superior universitaria incompleta Educación superior universitaria completa	

			Post Grado (Master, Doctor o equivalente)	
Actividad laboral	Trabajo sistemático o periódico que realiza la gestante con o sin recompensa económica.		Trabajo remunerado Dueña de casa Sin actividad laboral	
Satisfacción laboral	Grado de satisfacción que aporta a la gestante pertenecer a una actividad laboral remunerada.	Satisfactorio (puntaje 5) Medianamente satisfactorio (puntaje 3-4) Insatisfactorio (puntaje <3)	Trabajo Estable (1) Conforme Remuneración (1) Con Beneficios sociales (1) Trabajo Motivador (1) Trabajo Liviano (1)	
Actividad de tiempo libre	Actividades recreativas que realiza la mujer fuera de su cotidianeidad.		Si No	
Religión	Existencia de creencia o fe de la gestante con la cual configura su vida y se sustenta para crecer espiritualmente.		Si No	
Red de amigos	Presencia de personas cercanas y/o significativas que formen el círculo íntimo de la gestante.		Si No	

Domicilio	Sector geográfico en el cual la mujer del estudio habita.		Urbano Rural Urbano - Marginal	
Tipo de familia	Estructura familiar que posee la mujer en estudio		Nuclear Extensa	
Hábitos nocivos	Presencia de conductas que desfavorezcan el desarrollo de las actividades normales de la gestante, afectando desde la autoestima hasta las relaciones interpersonales.	Presente (≥ 1 puntos) Ausente (0 puntos)	Alcohol Tabaco Droga	Si:1 No:0 Si :1 No:0 Si:1 No:0
Uso de sustancia nociva	Tipo de consumo habitual sin prescripción médica de medicamentos o sustancias que afecten el nivel de conciencia de la mujer gestante.		Medicamento Morfina Heroína Cocaína Anfetaminas Benzodiacepinas Marihuana LSD Tolueno	

Autolesión	Daño físico directo e intencional que causa daño tisular directo, sin finalidad suicida.		Si No	
Violencia	Acción de terceros que se manifiesta en conductas y/o situaciones que de forma deliberada provocan o amenazan con hacerle un daño a la gestante.		Si No	
Denuncia de violencia	Manifestación de la gestante ante la autoridad respectiva, como víctima de abuso por terceras personas.		Si No	

Capítulo IV

Metodología

DISEÑO METODOLÓGICO

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación responde al paradigma cuantitativo, el diseño es transversal y descriptivo.

El diseño utilizado en la investigación, otorga una gama de ventajas. Los estudios descriptivos son aquellos que estudian situaciones que ocurren en condiciones naturales, por definición, estos conciernen y son diseñados para describir la distribución de variables, sin considerar hipótesis causales o de otro tipo. Están dirigidos a determinar cómo es la situación de las variables que se estudian en una población, la presencia o ausencia de algo, y en quienes, donde, y cuando se está presentando determinado fenómeno o situación, permitiendo caracterizar el problema. Se efectúan mediciones, se establecen frecuencias y, cuando es posible, se usan algunas herramientas estadísticas para retratar mejor la situación.

Al ser un estudio de tipo transversal (cross sectional) se hace un corte en un determinado momento, cuando se estudian variables simultáneamente. Esta forma de medición permite dimensionar con relativa rapidez un problema de salud, pero no permite establecer mayores consideraciones respecto de atribuciones de causalidad respecto de la variable independiente evaluada. El atributo seleccionado de la población o muestra poblacional se mide en un punto determinado del tiempo, lo que es equivalente a tratar de obtener una "fotografía" del problema. Se busca conocer todos los casos de personas con una cierta condición en un momento dado, sin importar por cuánto tiempo mantendrán esta característica ni tampoco cuando la adquirieron.⁵⁷

⁵⁷ Hernández Sampieri, Roberto (2003), METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN, McGraw-Hill, México, D.F

En ellos, un universo completo o una muestra representativa de él, es estudiada, en un momento y lugar determinado. El estudio considera la aplicación de un cuestionario por el investigador/a a la unidad de análisis, la revisión de registros, historias clínicas, fichas clínicas, carnet maternal, entre otros.

POBLACIÓN EN ESTUDIO

Universo:

Mujeres con más de 20 semanas de gestación con feto vivo (Segundo trimestre del embarazo), diagnosticadas con Preeclampsia Moderada o Severa en las comunas de Valparaíso y Viña del Mar.

Muestra:

Universo completo, que contempla todas las mujeres con más de 20 semanas de gestación con feto vivo, diagnosticadas con Preeclampsia Moderada o Severa hospitalizadas en los Hospitales Carlos Van Buren, y Dr. Gustavo Fricke entre los meses Mayo y Agosto del año 2012.

MECANISMOS DE DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

- Envío de cartas a los Directores de los Hospitales Carlos Van Buren, Dr. Gustavo Fricke, en las cartas se enviara el resumen del Proyecto de Investigación, además de la solicitud de poder realizar la Investigación en dichos hospitales. (Anexo I)

- Carta dirigida al Comité científico y ético de los Hospitales Carlos Van Buren, Dr. Gustavo Fricke, solicitando la realización de la Investigación. (Anexo II)
- Consentimiento informado destinado a las gestantes mayores de edad, en donde puedan interiorizarse con los objetivos de la Investigación, dando la autorización para la realización de la entrevista, dejando estipulada mediante su firma. (Anexo IV)
- Asentimiento informado en las gestantes menores de edad, en donde puedan conocer los objetivos de la Investigación, este se acompaña con un Consentimiento Informado para los padres/tutores, según la situación. (Anexo V)
- Consentimiento informado destinado a padres/tutores de las gestantes menores de edad interiorizándose con los objetivos de la Investigación y autorizando a las gestantes a responder la entrevista. (Anexo N°VI)
- Se seguirá el conducto regular de solicitudes, según los establecimientos pertinentes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Inclusión:

- Gestante hospitalizada diagnosticada con Preeclampsia Moderada o Severa.

- Gestante con más de 20 semanas de gestación por Eco precoz y FUR confiable.
- Gestantes hospitalizadas en los Hospitales Carlos Van Buren, y Dr. Gustavo Fricke
- Asentimiento informado en menores de edad.
- Consentimiento informado para padres/tutores de gestante menores de edad.
- Feto vivo.
- Gestante alfabeta y analfabeto.
- Registros fichas completos.

Exclusión:

- Gestantes con HTA crónica, HTA transitoria e HTA mixta.
- Feto muerto.
- Mujeres con deficiencia cognitiva.

FUENTES DE INFORMACIÓN:

Unidad de Análisis:

- Gestante con más de 20 semanas de gestación y feto vivo, diagnosticada con Preeclampsia Moderada o Severa.

Unidad Informante:

- Gestante con más de 20 semanas de gestación, diagnosticada con Preeclampsia Moderada o Severa.
- Ficha Clínicas e Historia clínica de las mujeres hospitalizadas con Preeclampsia.

- Carnet Maternal.

Unidad Referencial:

- Hospital Carlos Van Buren, Servicio Alto Riesgo Obstétrico
- Hospital Dr. Gustavo Fricke, Servicio Alto Riesgo Obstétrico.

RECOLECCIÓN DE DATOS

1. EXCEL

Es una aplicación que consiste en una hoja de cálculo que permite trabajar con tablas de datos, gráficos, bases de datos, macros y otras aplicaciones avanzadas. Se confeccionó una tabla en la hoja de cálculos, en donde se almacenaron los datos obtenidos de cada sección de las entrevistas. Se analizaron los datos y estos fueron traspasados a una hoja de gráfico para ser descritos en el capítulo Resultados y finalmente obtener las Conclusiones.

MÉTODO INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento utilizado es un cuestionario (Anexo N°III), creado y aplicado por las investigadoras. Esto favorece la relación entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto.

Al aplicar el investigador el cuestionario a la mujer en estudio, el investigador puede explicar el propósito del estudio y especificar claramente la información que necesita; si hay una interpretación errónea de la pregunta permite aclararla, asegurando una mejor respuesta. Como método de recolección de datos el cuestionario aplicado por un tercero, tiene muchas ventajas, es aplicable a toda

persona, siendo muy útil con los analfabetos, o con aquellos que tengan alguna limitación física u orgánica que les dificulte proporcionar una respuesta escrita.

El cuestionario plantean idénticas preguntas y en el mismo orden a cada uno de los participantes, quienes deben escoger la respuesta entre las alternativas que se les ofrecen. Algunas ventajas son:

- Es más fácil para la unidad de análisis dar respuestas, pues se le hace un tipo de interrogatorio.
- La información es más fácil de procesar, simplificando el análisis comparativo.
- El Investigador no necesita ser entrenado arduamente en la técnica.
- Hay uniformidad en el tipo de información obtenida.
- Capacidad para proporcionar información sobre un mayor número de personas en un periodo bastante breve.
- Eliminación de los sesgos que introduce el Investigador.

MÉTODO TÉCNICA E INSTRUMENTO

Cuestionario. (Anexo N° III)

El cuestionario, mediante un formulario impreso, consta de 34 preguntas, de las cuales 33 son de tipo respuesta múltiple y 1 es respuesta abierta, estas se disponen en 5 partes según la temática:

- Parte I: Gestación. (4 preguntas)
- Parte II: Personalidad. (8 preguntas)
- Parte III: Características Económicas. (10 preguntas)
- Parte IV: Vida cotidiana. (5 preguntas)
- Parte V: Conductas. (7 preguntas)

El cuestionario se aplicó en la sala de hospitalización, sin presencia de un familiar o persona significativa, tardó diez minutos en contestar. Se probó en el mes de Abril, en un grupo de diez mujeres, pertenecientes a la Unidad de Puerperio del Hospital Carlos Van Buren, previa aprobación de Comité Científico y Dirección de HCVB.

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Datos no confiables: Registros sin firmas, ilegibles.
- Registros alterados: Borriones, manchones, hojas faltantes.
- Diagnóstico no certero o errado: Diagnóstico presuntivo, falta de diagnóstico, falta de resultados de exámenes.

ASPECTOS ÉTICOS INVOLUCRADOS

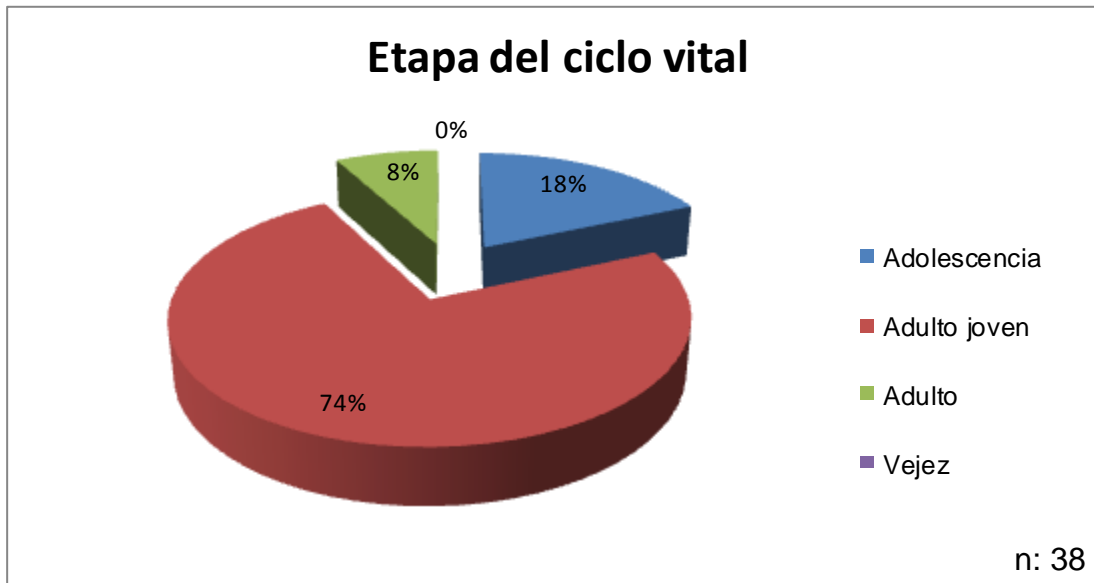
- Aprobación por parte del Comité científico y ético de los Hospitales Carlos Van Buren y Dr. Gustavo Fricke en la realización del Proyecto de Investigación.
- Consentimiento y Asentimiento informado en Gestante con diagnóstico de Preeclampsia Moderada o Severa.
- En el Consentimiento y Asentimiento informado se explica que los datos son entregados de manera confidencial y en el total anonimato.
- Ante cualquier situación que emerge de carácter traumático en la gestante se consta con la matrona y profesora guía.

Capítulo V

Resultados

Gráficos Objetivo 1

Grafico 1.1 **Distribución de mujeres de acuerdo a etapa del ciclo vital*.

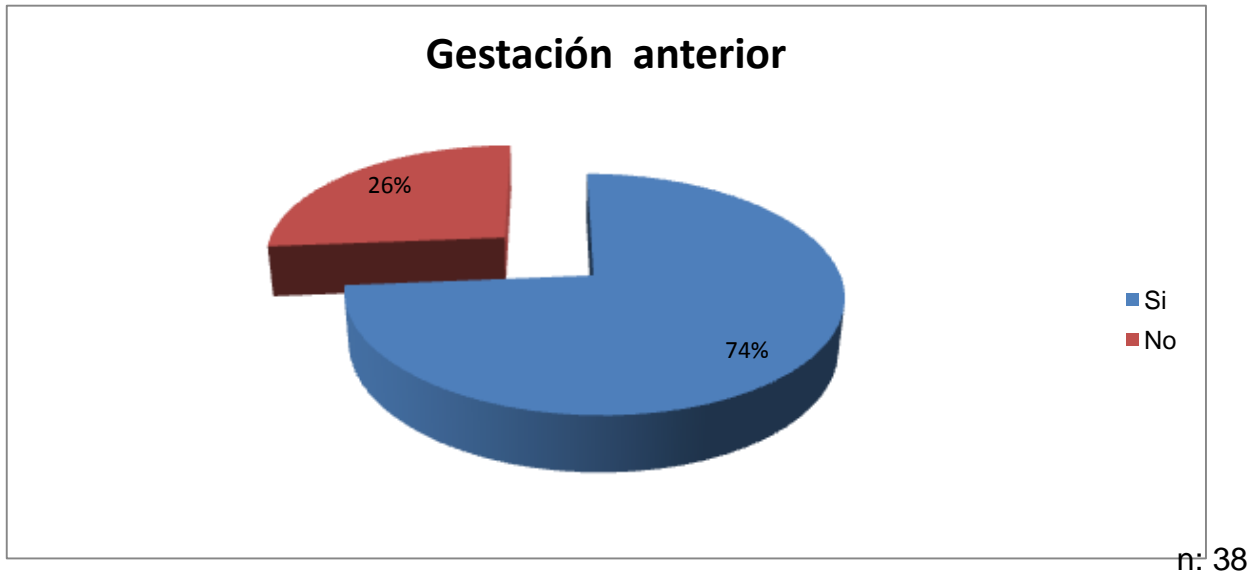


Comentario: El 74% de las mujeres encuestadas están dentro de la etapa de adulto joven, el 8% corresponde a mujeres en etapa de adulto.

* En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.1 en: Anexos

Grafico 1.2** Distribución de mujeres de acuerdo a gestación anterior*.

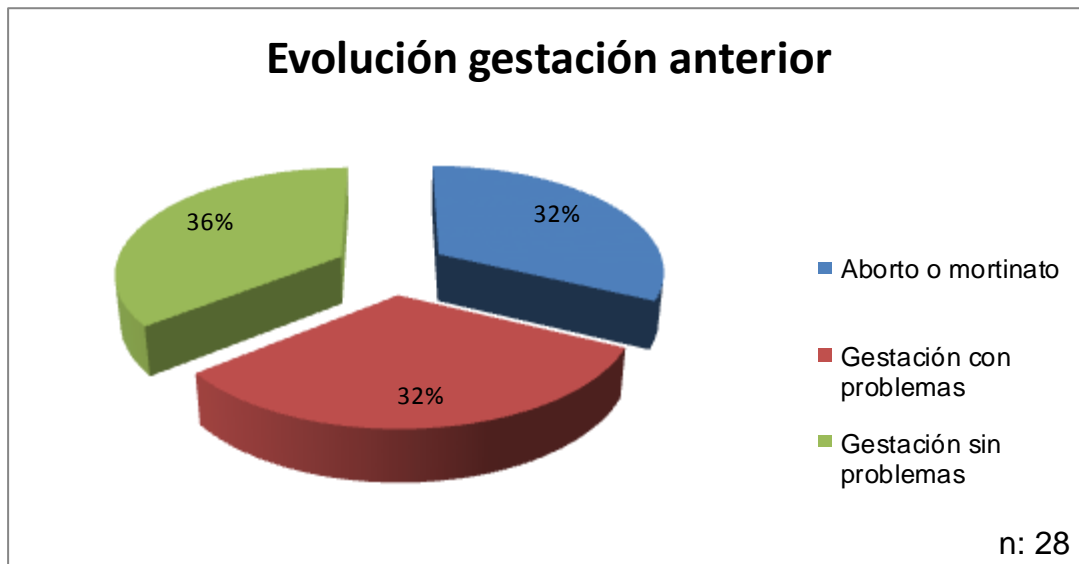


Comentario: aproximadamente tres cuartos de la población estudiada (74%) presenta gestaciones anteriores a la actual, y solo un cuarto (26%), no refiere haber cursado gestación previa.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.2 en Anexos

Grafico1.3** Distribución de mujeres de acuerdo a evolución gestación anterior*.

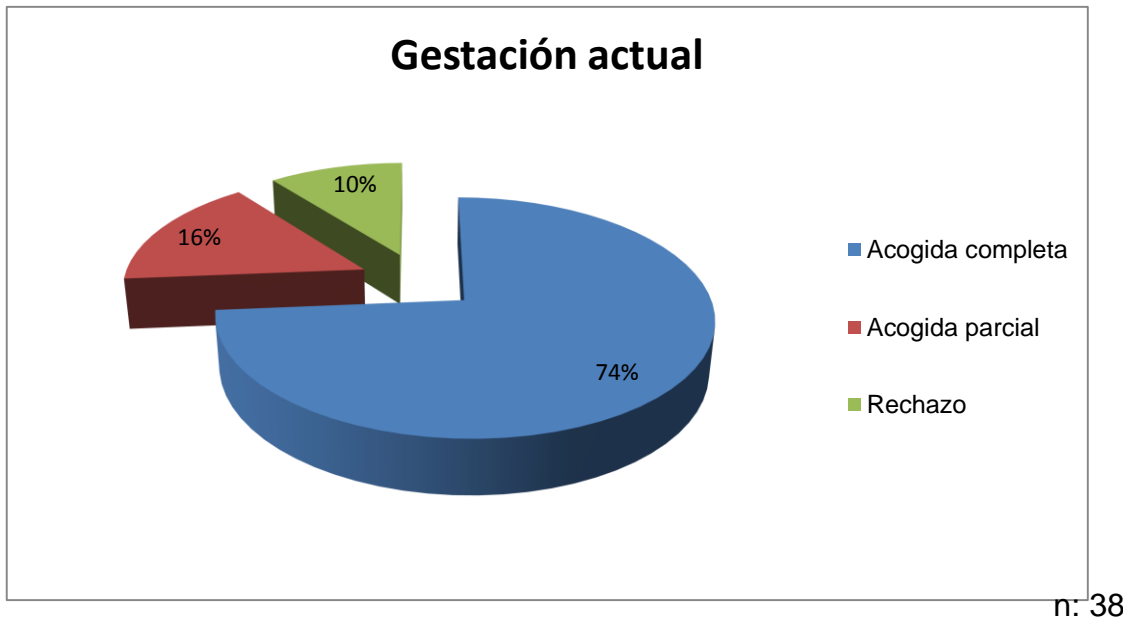


Comentario: la gráfica muestra una división simétrica de los resultados, el 36% refiere no haber tenido problemas durante la gestación anterior, mientras que un 32% refiere presentar problemas durante la gestación anterior, y 32% de gestaciones terminaron en aborto o mortinato.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.3 en Anexos

Grafico 1.4** Distribución de mujeres de acuerdo a gestación actual*.



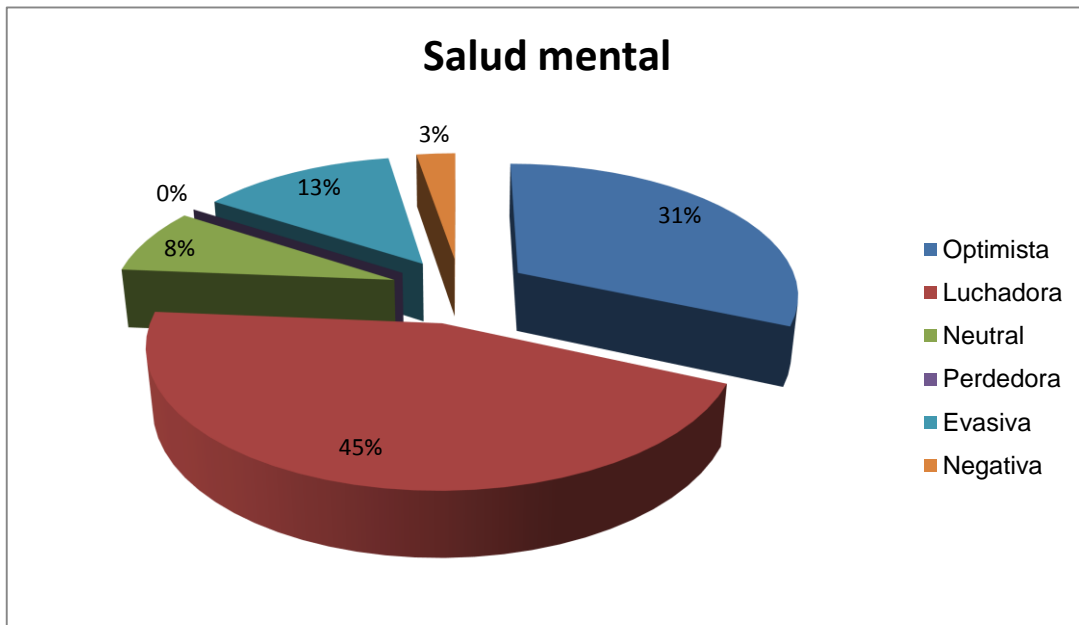
Comentario: el 74% de las gestantes presenta una acogida completa de su embarazo actual, ya que presentaron la gran mayoría de los parámetros dispuestos; comunicación con su hijo, cariño a su hijo, alimentación saludable, ausencia de hábitos nocivos, y asistencia a los controles prenatales. En tanto el 10% de las gestantes entrevistadas presentaron rechazo a su embarazo.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.4 en Anexos

***Ver en Anexos gráficos 1.4.1Cariño a su hijo, 1.4.2 Comunicación con su hijo, 1.4.3 Alimentación saludable, 1.4.4 Ausencia de hábitos nocivos, 1.4.5 Asistencia a todos los controles.

Grafico 1.5** Distribución de mujeres de acuerdo a salud mental*.



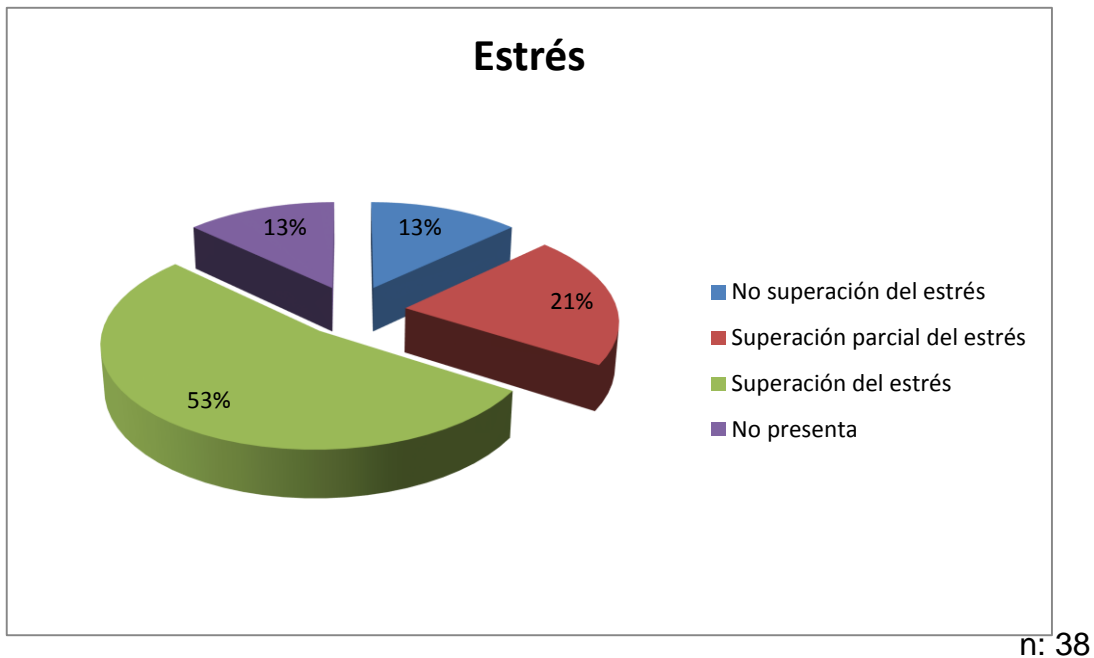
n: 38

Comentario: el 45% de las mujeres encuestadas afirman ser luchadora frente a situaciones difíciles, ninguna refirió actitud perdedora frente a esta misma situación. Con los resultados se grafica que aproximadamente tres cuartos de las respuestas son de salud mental positiva (optimista y luchadora), y el cuarto restante se reparte en un 13% evasiva, 8% neutral y un 3% negativa.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.5 en Anexos

Grafico 1.6** Distribución de mujeres de acuerdo al estrés*.



Comentario: El 53% de las gestantes manifestó estar expuesta a uno o dos factores estresores lo que la clasifica en la categoría de superación del estrés, por otro lado el 13% está expuesta a seis factores estresores (Soledad, Escasez de recursos económicos, Ambiente familiar negativo, Trabajo forzoso, Violencia familiar, Persona significativa enferma) cayendo en la categoría de no superación del estrés.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.6 en Anexos

*** Ver en Anexos gráficos 1.6.1 Soledad, 1.6.2 Escases de recursos económicos, 1.6.3 Ambiente familiar negativo, 1.6.4 Trabajo forzoso, 1.6.5 Violencia familiar, 1.6.6 Persona significativa enferma, 1.6.7 Factor estresor presente.

Grafico 1.7** Distribución de mujeres de acuerdo a acompañamiento*.



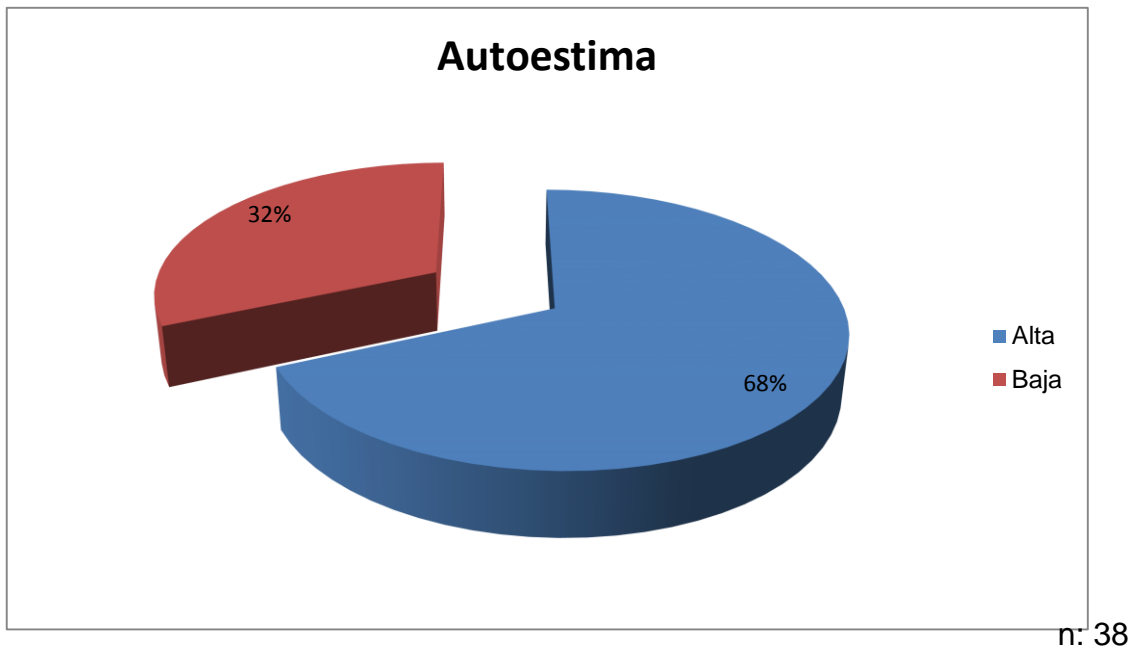
n: 38

Comentario: La gran mayoría (84%) refiere sentirse acompañada antes y durante el embarazo actual, solo el 16% refiere sentirse sola.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.7 en Anexos

Grafico 1.8** Distribución de mujeres de acuerdo a autoestima*.



Comentario: Esta grafica expresa que el 68% de las gestantes encuestadas presentan una autoestima alta, versus un 32% que se caracterizaron por presentar una baja autoestima.

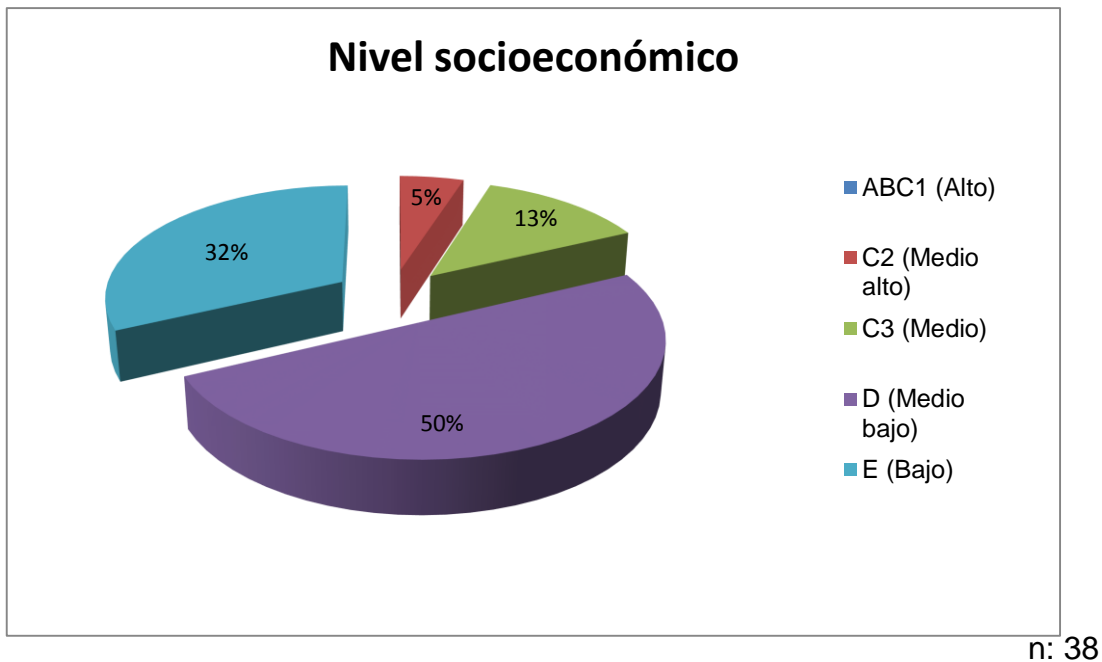
*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.8 en Anexos

***Ver en Anexos gráficos 1.8.1 Exitosa en la vida, 1.8.2 Indiferencia por la impresión que causa sobre los demás, 1.8.3 Confianza en sí misma, 1.8.4 Indiferencia ante opiniones negativas del entorno, 1.8.5 Sensación de acompañamiento afectivo.

Gráficos Objetivo 2

Gráfico 2.1** Distribución de mujeres de acuerdo a nivel socioeconómico*.

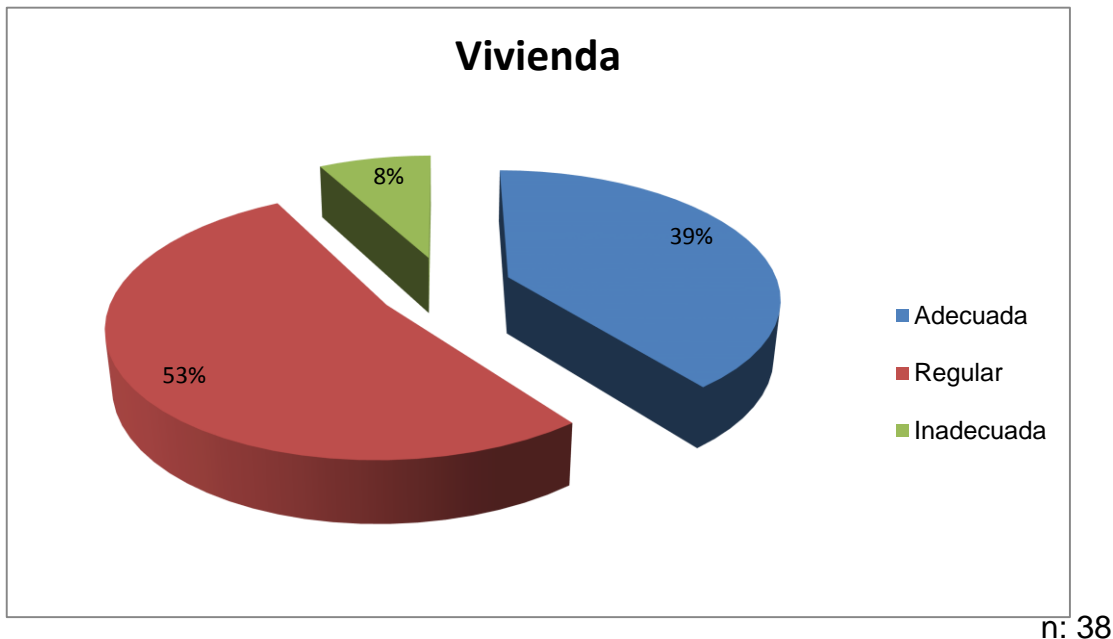


Comentario: El 50% cuenta con ingresos económicos mensuales pertenecientes al Nivel D (medio bajo), mientras que sólo el 5% de las mujeres al nivel socioeconómico C2, ninguna de las encuestadas pertenece al nivel socioeconómico alto (>\$1.200.000).

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 2.1 en Anexos

Grafico 2.2** Distribución de mujeres de acuerdo a vivienda*.



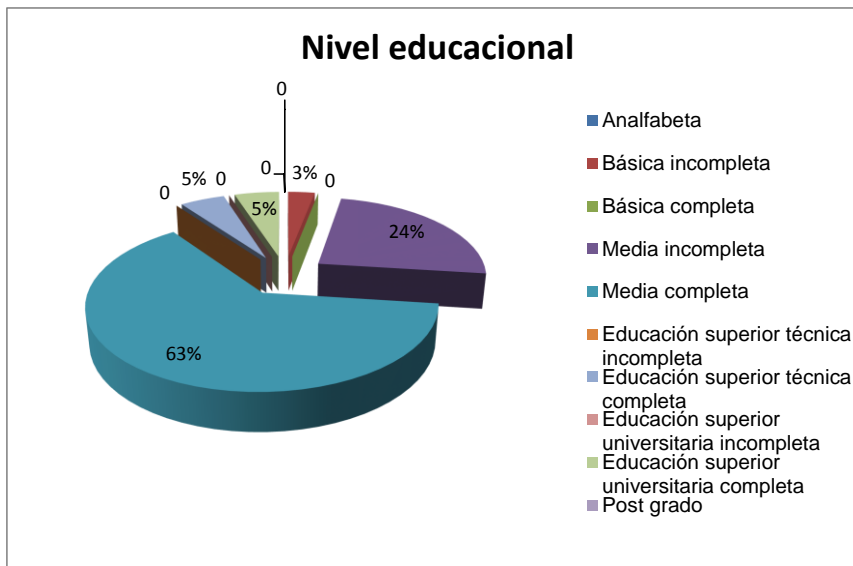
Comentario: Según los subindicadores hacinamiento, servicios básicos y características de la vivienda, un 53% de las gestantes presentaron una vivienda regular caracterizada por tener un hogar con solo la mitad o menos de los subindicadores descritos positivos. Por otro lado el 39% presenta todos los parámetros establecidos y con esto una vivienda Adecuada.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 2.1 en Anexos

*** Ver en Anexos gráficos 2.2.1 N° integrantes del hogar, 2.2.2 N° de habitaciones del hogar, 2.2.3 Hacinamiento, 2.2.4 Agua potable, 2.2.5 Alcantarillado, 2.2.6 Luz eléctrica, 2.2.7 Tipo de material que está hecho mayoritariamente el hogar.

Grafico 2.3** Distribución de mujeres de acuerdo a su nivel educacional*.



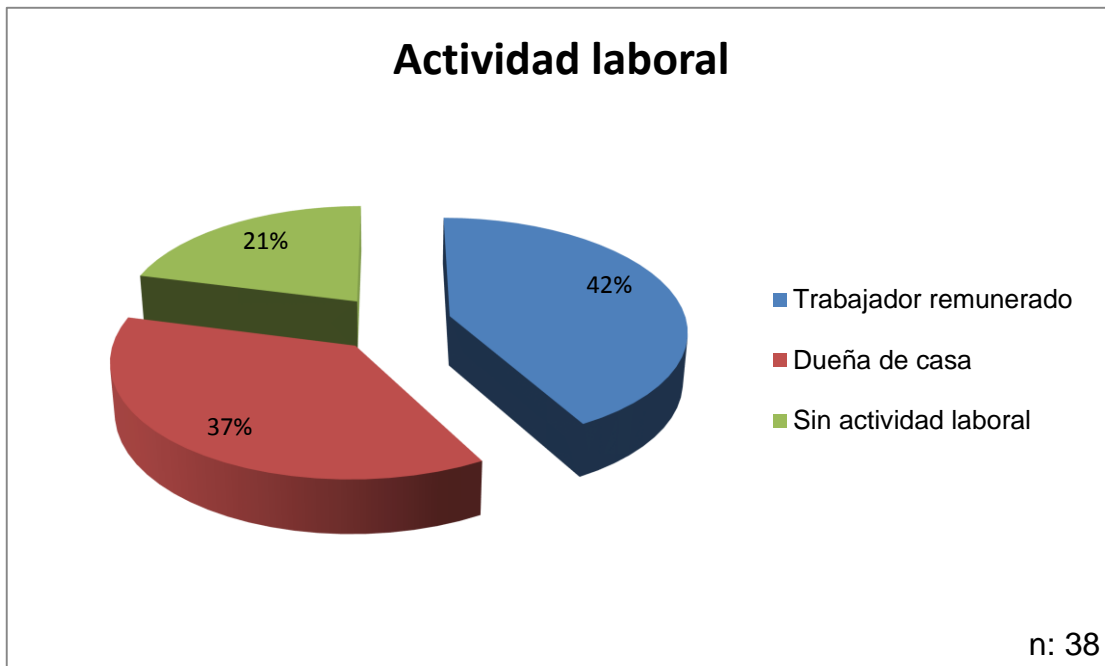
n: 38

Comentario: De las mujeres encuestadas, por una amplia mayoría (63%) ha completado su educación media, por otro lado el 3% no completo su educación básica, todas asistieron al menos un año a los cursos de educación básica.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 2.3 en Anexos

Grafico 2.4** Distribución de mujeres de acuerdo a su actividad laboral*.

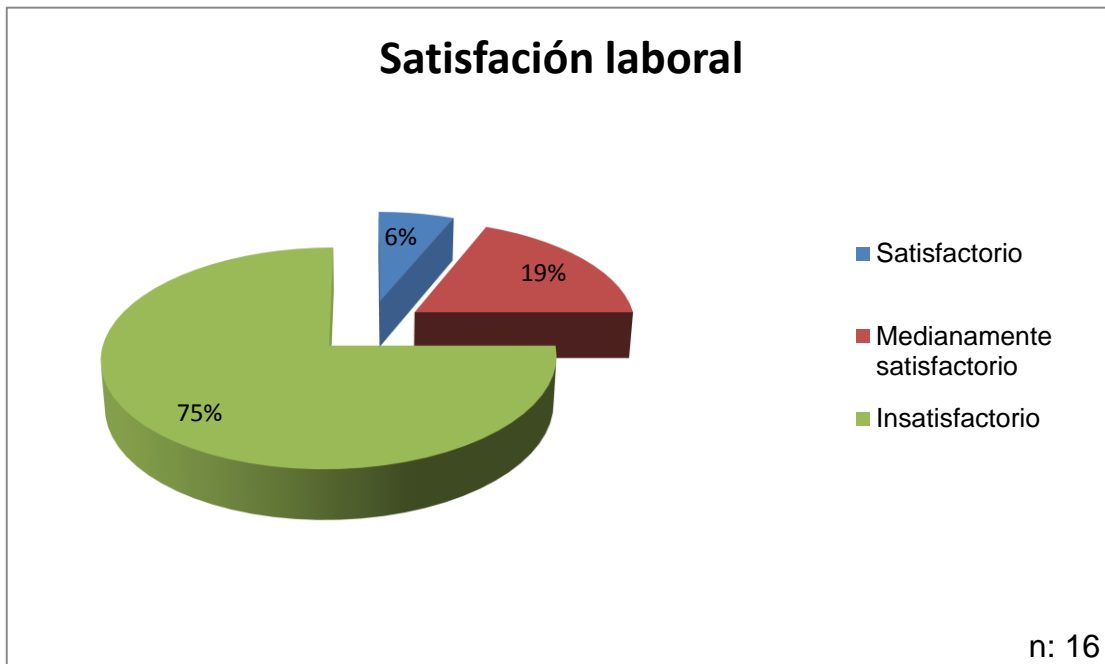


Comentario: El 42% realiza trabajos remunerados y el 21% no realiza ninguna actividad laboral.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 2.4 en Anexos

Grafico 2.5** Distribución de mujeres de acuerdo a su satisfacción laboral*.



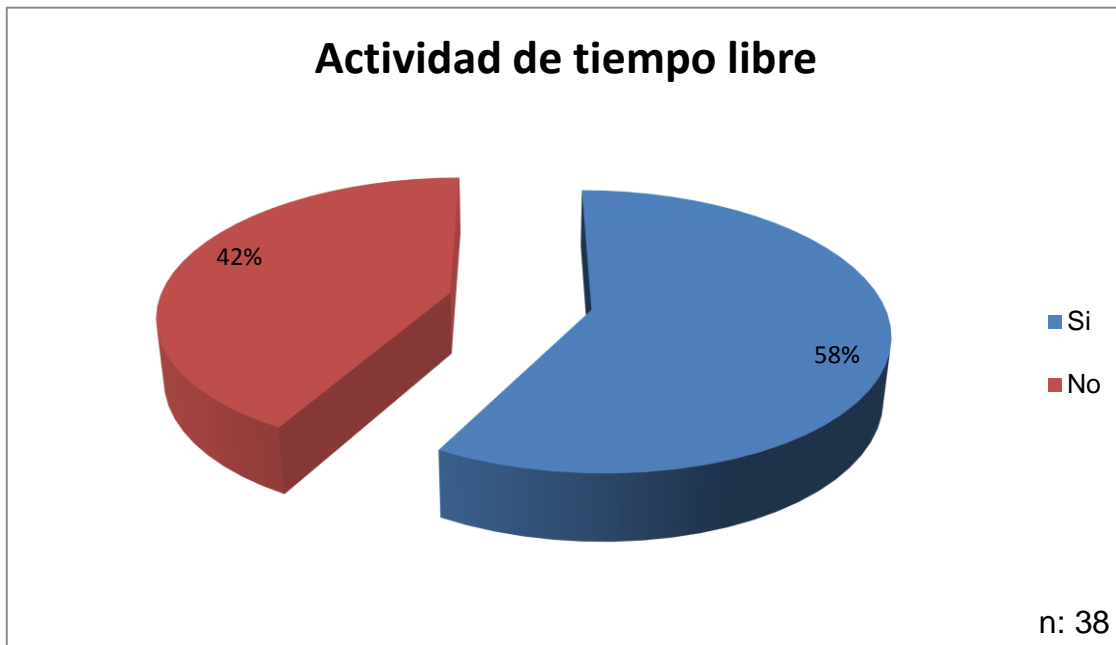
Comentario: El gráfico demuestra que de las gestantes trabajadoras que respondieron la encuesta un 75% responde sentirse insatisfecha laboralmente, según los parámetros de trabajo estable, motivador, liviano, con adecuada remuneración y Beneficios sociales. Y solo un 6% sienten satisfacción laboral respondiendo positivamente a la mayoría de los parámetros definidos.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 2.5 en Anexos

*** Ver en Anexos gráficos 2.5.1 Trabajo estable, 2.5.2 Conforme remuneración, 2.5.3 Beneficios sociales, 2.5.4 Trabajo motivador, 2.5.5 Trabajo liviano.

Grafico 2.6** Distribución de mujeres de acuerdo a actividad de tiempo libre*.

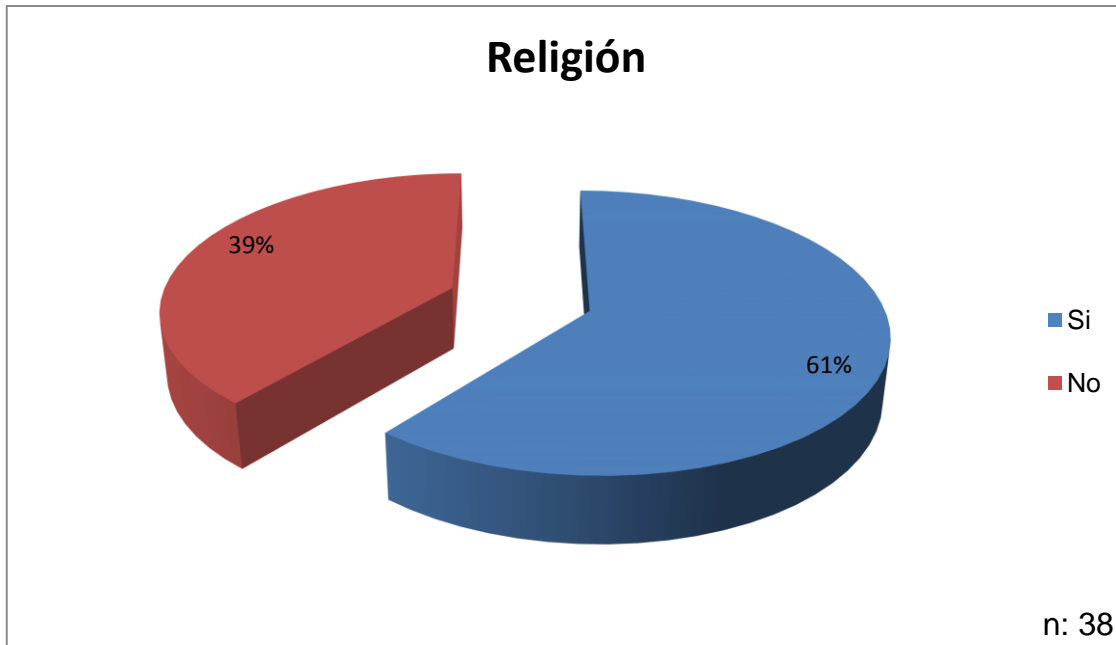


Comentario: El 58% realiza actividades de tiempo libre, mientras que el 42% de las mujeres no realizan actividades que estén fuera de su cotidianeidad.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 2.6 en Anexos

Grafico 2.7** Distribución de mujeres de acuerdo a religión*.

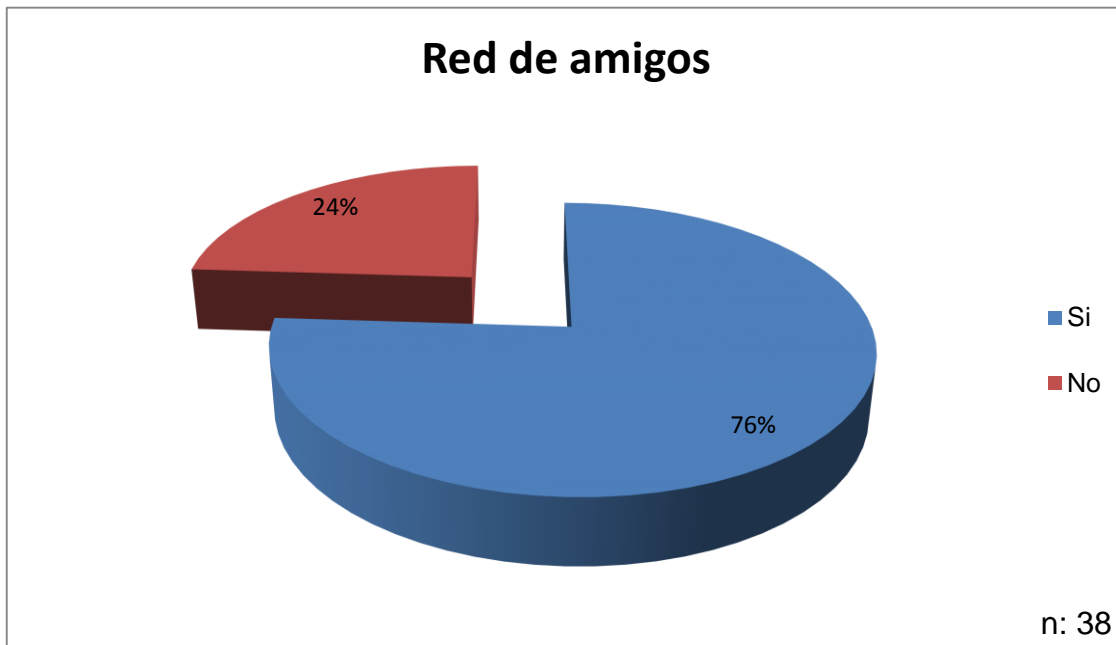


Comentario: El 61% de las gestantes manifiesta profesar una religión, por otra parte el 39% no tiene una creencia religiosa.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 2.7 en Anexos

Grafico 2.8** Distribución de mujeres de acuerdo a su red de amigos*.

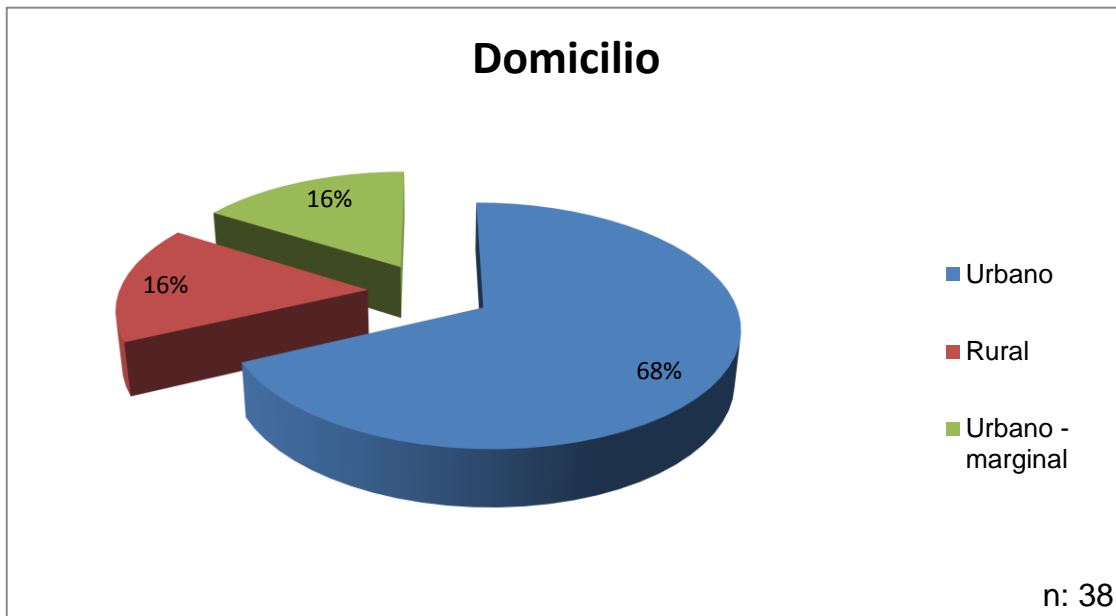


Comentario: La gran mayoría (76%) cuenta con una red de amigos en quienes contar en momentos difíciles, sólo el 24% no cuenta con amigos cercanos.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 2.8 en Anexos

Grafico 2.9** Distribución de mujeres de acuerdo a su domicilio*.

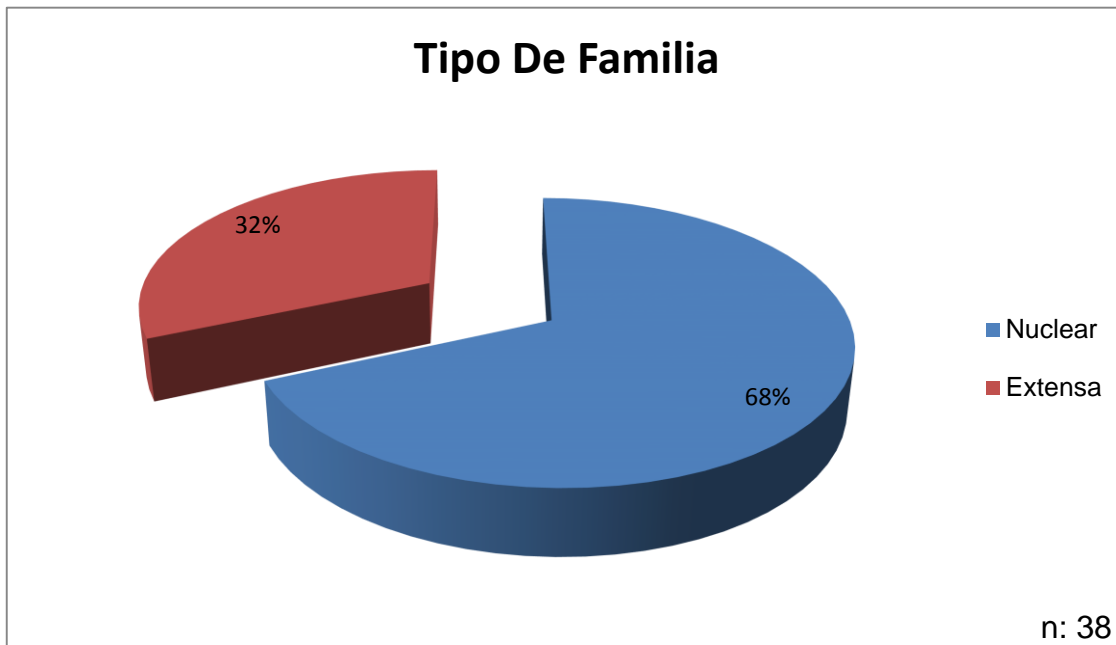


Comentario: El 68% de las gestantes vive en sectores urbanos, mientras que en igual porcentaje (16%) viven en sectores rurales y urbanos – marginales.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 2.9 en Anexo

Grafico 2.10** Distribución de mujeres de acuerdo a tipo de familia*.



Comentario: Esta gráfica muestra que cerca de un cuarto de las encuestadas (68%) tienen una familia nuclear y el 32% restante se caracterizan por poseer una familia extensa.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 2.10 en Anexos

Gráficos Objetivo 3

Grafico 3.1** Distribución de mujeres de acuerdo a sus hábitos nocivos*.



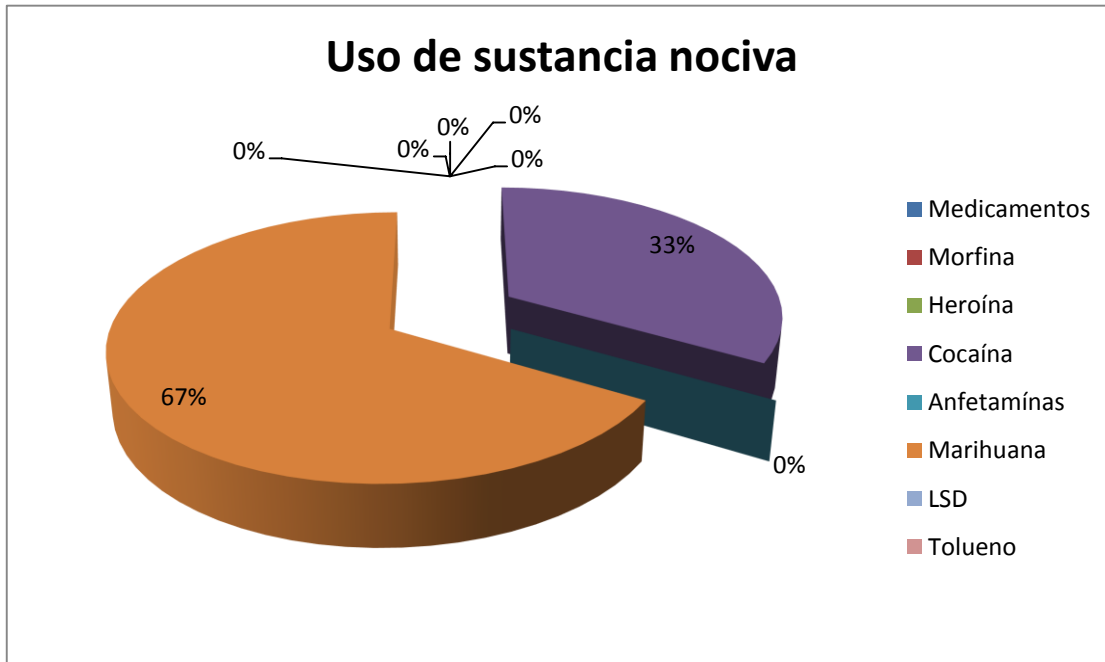
Comentario: Esta gráfica representa que el 66% de las gestantes presentan al menos una conducta de hábitos nocivos antes y/o al inicio de su embarazo, sea consumo de alcohol, drogas y/o tabaco. Por el contrario el 34% de las mujeres no presenta estos hábitos nocivos.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 3.1 en Anexos

*** Ver en Anexos gráficos 3.1.1 Alcohol, 3.1.2 Tabaco, 3.1.3 Droga.

Grafico 3.2** Distribución de mujeres de acuerdo al uso de sustancia nociva*.

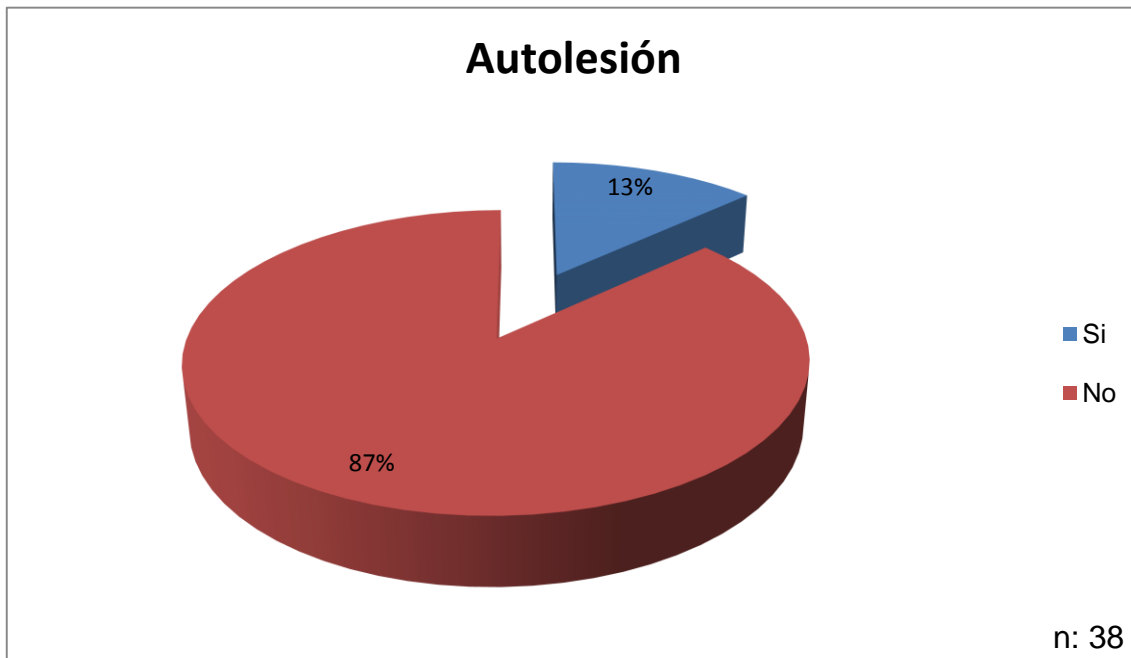


Comentario: De las gestantes que consumieron drogas el 67% consumió marihuana y el 33% consumió cocaína tanto al inicio de la gestación o durante ella.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 3.2 en Anexos

Grafico 3.3* Distribución de mujeres de acuerdo a autolesión*.

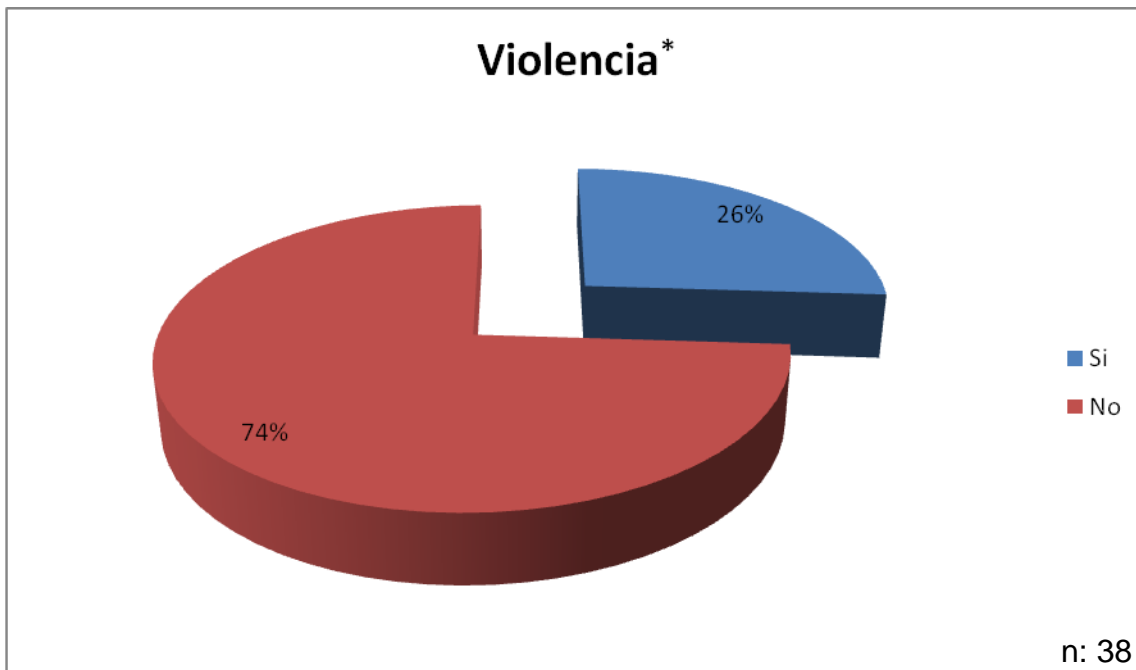


Comentario: El 87% de las gestantes no tuvo ningún acto de autolesión, mientras que el 13% restante refiere haber tenido episodios de autolesión en su vida.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 3.3 en Anexos

Grafico 3.4** Distribución de mujeres de acuerdo a la exposición a violencia*.

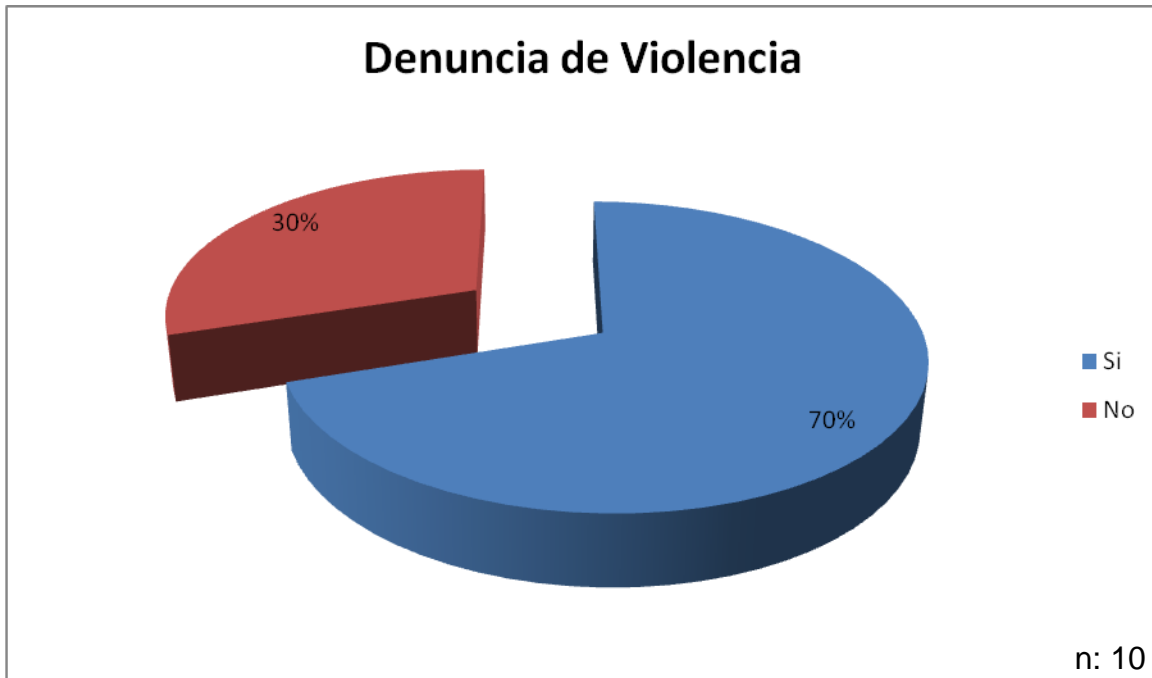


Comentario: El 26% de las mujeres ha experimentado violencia, en tanto el 74% de las gestantes no ha sido víctima de algún tipo de violencia, física, psicológica o sexual.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 3.4 en Anexos

Grafico 3.5** Distribución de mujeres de acuerdo a la denuncia de violencia*.



Comentario: De las mujeres que respondieron haber sufrido algún tipo de violencia, el 70% fue denunciado, mientras que el 30% no lo hizo.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 3.5 en Anexos

Capítulo VI

Conclusiones y Sugerencias

Los resultados obtenidos en mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en Servicios de Alto Riesgo Obstétrico de la Región de Valparaíso, son presentados a continuación, donde se describen las características psicoafectivas, emocionales y sociales que manifestaron durante el trabajo investigativo.

La mayoría de las mujeres que formaron parte de este estudio se encuentran en la etapa adulto joven, encontrándose en los rangos de edad entre veinte y treinta años, este rasgo difiere de la información evidenciada en otros estudios, que indican que la Preeclampsia se presenta preferentemente en gestantes en edades reproductivas extremas. Solo un 18% de las mujeres correspondieron a adolescentes (7 mujeres). A su vez en el rango de adultez, edad superior a treinta años, el número también es exiguo, “Múltiples conjeturas han tratado de explicar este riesgo incrementado. Se ha planteado que las mujeres mayores de treinta y cinco años padecen con mayor frecuencia enfermedades crónicas vasculares, y esto facilita el surgimiento de la PE. Por otra parte, se ha dicho que en el caso de las pacientes muy jóvenes se forman con mayor frecuencia placentas anormales, lo cual le da valor a la teoría de la placentación inadecuada como causa de la PE.”⁵⁸

En el estudio se encontró que el 74% (28 mujeres) se caracterizan por presentar gestaciones anteriores, lo que se contradice con la literatura ya que en la Preeclampsia se expone que la mayor predisposición a generar esta patología, es ser primípara debido a que “durante el primer embarazo se pone en marcha el mecanismo inmunológico que sugiere preeclampsia”⁵⁹

⁵⁸ Revista Cubana de Medicina General Integral v.23 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2007.

⁵⁹ Revista Cubana de Medicina General Integral v.23 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2007.

En el plano psicoafectivo se advierte que el cambio de compañero hace perder el efecto protector de la multiparidad, el fenómeno de tolerancia inmunológica disminuye con el tiempo y aproximadamente diez años después de una primera gestación, la mujer ha perdido la protección que le confiere ésta, por lo que los resultados de la investigación se pueden ver alterados.⁶⁰ Este último aspecto no fue indagado en la presente investigación.

Según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2006 en la Región de Valparaíso, la tasa de fecundidad global en mujeres fue de 1,8 hijos por mujer en edad fértil, lo que se condice con el porcentaje de mujeres múltiparas en la investigación. Se explica el gran porcentaje de multiparidad en mujeres con Preeclampsia, que a pesar de tener el factor protector de multiparidad, las gestaciones anteriores fueron 36% sin problemas, 32% con problemas y 32% abortos, por lo que se asemeja a la teoría que expone que las experiencias anteriores modifican el comportamiento de la gestación actual.

Un alto porcentaje, 74%, tienen una acogida completa de la gestación actual, esto se explica ya que en los indicadores le entrega cariño a su hijo, comunicación con su hijo, alimentación saludable, ausencia de hábitos nocivos y asistencia a todos los controles, el porcentaje de cumplimiento es sobre el 70%. Este alto grado de cumplimiento se puede deber a que el “Programa Nacional Chile Crece Contigo” implementado desde octubre del 2006, abarca los cuidados durante toda la gestación, por lo que fomenta e impulsa los cuidados prenatales, nutricionales, psicológicos, entre otros. Esto puede explicar que la Preeclampsia pasa por otro ámbito, no solo por lo psicoafectivo, sino que también se puede inferir que muchas

⁶⁰Revista Cubana de Medicina General Integral v.23 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2007.

gestantes del III trimestre, pueden responder de forma positiva, todas las preguntas, ya que socialmente no sería “correcto” a esas alturas del embarazo no demostrar gestos de cariño y preocupación a su hijo/a.

Las gestantes del estudio reflejaron en un alto porcentaje (sobre el 76%), tener una personalidad y una actitud positiva frente a la vida, ya sea optimista o luchadora, frente a eventos amenazantes, estresantes o cambios bruscos en la vida cotidiana. Esto se condice con la variable estrés, ya que esta reflejó que un 53% supera el estrés, un 21% lo supera parcialmente, y un mínimo porcentaje de mujeres no es capaz de superarlo, por lo tanto, las gestantes son capaces de metabolizar el estrés, y tienen capacidad de resiliencia frente a eventos adversos en su vida.⁶¹

Para lograr la variable estrés, se crearon subindicadores los cuales fueron: soledad, escasez de recursos económicos, ambiente familiar negativo, trabajo forzado, violencia intrafamiliar y persona significativa enferma, en base a estos subindicadores, se llegó a los resultados antes expuestos, no obstante, llama la atención que dentro de estos existan subindicadores estresores presentes en las gestantes con un alto porcentaje, tales como sentimiento de soledad (50%) y tener una persona significativa enferma (61%).

Según Erikson y las ocho etapas del desarrollo humano, la etapa del adulto joven, en el cual se encuentra el 74% de las mujeres gestantes del estudio, se caracteriza a que su crisis psicosocial, sintónica y distónica es intimidad versus aislamiento, lo que es concordante con el subindicador de sentimiento de soledad reflejado en los factores estresores.

⁶¹ Verny, Thomas. (1981) “La vida secreta del niño antes de nacer”. Barcelona. Primera Edición, Editorial Urbano.

El estudio refleja que un 86% de las gestantes reconoce la presencia de una persona significativa a su lado, sin embargo, responden sentirse solas, por lo que es posible inferir, que las gestantes aunque cuenten con compañía significativa en sus vidas, el sentimiento de soledad está presente. Esto se puede entender, ya que acompañamiento se refiere a la “presencia física de otro” y soledad es la “sensación que se tiene en relación a las demás personas”.⁶² Así, se expone que las gestantes que tienen una acumulación de eventos estresantes y ansiedad severa presentan riesgo relativo mayor para desarrollar Preeclampsia (percepción de no apoyo de la familia y/o del compañero).

En cuanto a la autoestima de las mujeres en estudio, se refleja que un 68% presenta esta variable alta, frente a un 32% que tiene autoestima baja, lo que se condice a una actitud positiva frente a la vida en las respuestas de la mayoría de las gestantes, no obstante, las gestantes en el subindicador “indiferencia ante opiniones negativas del entorno”, el 87% de las gestantes refirió que les importaban las opiniones del entorno. Además, en el subindicador “sensación de acompañamiento afectivo”, un 53% refirió no sentirse acompañada, lo que vuelve a reflejar la gran dualidad que existe en las gestantes entre acompañamiento y soledad, por lo que plantea la siguiente pregunta: ¿Las gestantes chilenas están siendo realmente acompañadas?

La investigación refleja que el 50% de las mujeres pertenecen al nivel socioeconómico bajo (< \$160.000 por familia), lo que es explicable, debido a que la investigación se centro en hospitales del sector público de la región, por lo que no se obtiene un universo socioeconómico diverso, sino que solo el perfil de personas que se atienden en sector público (FONASA). Cabe señalar, sin

⁶² Verny, Thomas. (1981) “La vida secreta del niño antes de nacer”. Barcelona. Primera Edición, Editorial Urbano.

embargo, que la encuesta CASEN 2011, demostró que los indicadores de pobreza e indigencia en la región superan a los porcentajes nacionales. Dentro de este perfil se puede inferir, que las gestantes no tienen los recursos necesarios para comprar alimentos adecuados según sus necesidades, generando posiblemente niveles nutricionales extremos (desnutrición-obesidad).

Lo antes mencionado tiene relación con la vivienda de las gestantes, debido que gran parte de éstas, poseen una vivienda regular o inadecuada (61%); la vivienda construida de material ligero (63%), no obstante, la gran mayoría tiene la oportunidad de contar con los servicios básicos y no vivir en hacinamiento. De las observaciones precedentes se puede definir un perfil de mujeres gestantes que viven en términos generales en una casa inadecuada, de construcción ligera, que cuenta con servicios básicos, sin hacinamiento y con nivel socioeconómico bajo.

En cuanto al nivel educacional las gestantes en su mayoría cursaron o terminaron la educación media, lo cual demuestra los niveles básicos de educación para enfrentar la vida y la sociedad como tal, no obstante, este nivel instruccional predominante es probable que les otorgue la posibilidad de informarse y educarse en autocuidado en salud, tener una información sobre factores de riesgo frente a la sociedad y dar herramientas para ser un buen ciudadano, por lo que no refleja que el nivel educacional sea un factor determinante para desarrollar preeclampsia.

La actividad laboral que desarrollaban las gestantes antes de estar hospitalizadas, era en su mayoría un trabajo remunerado (42%), en tanto un porcentaje mayor, 58%, refirió actividad laboral sin remuneración o sin actividad laboral. Esto se relaciona directamente con los ingresos del hogar, debido a que la

mayoría no recibe ingresos monetarios, lo cual las hace dependiente de un tercero o permite elucubrar que los ingresos económicos en general son limitados. Por otro lado y en relación a las gestantes que tienen un trabajo remunerado, un 75% afirman que éste es insatisfactorio, mientras que solo un 19% lo considera medianamente satisfactorio. Las situaciones que generan esta disconformidad respecto de la actividad laboral es probable que estén influyendo negativamente en la mujer, por lo que puede representar un factor negativo para su salud, debido a que las personas son un todo, y al existir un factor negativo en lo social, implica también un factor negativo para la persona en su parte biológica.

Las variables religión, actividad de tiempo libre y red de amigos influyen positivamente en las gestantes, debido a que representan un apoyo social, emocional y cultural, siendo estos un factor crucial para presentar una actitud positiva frente a momentos difíciles. Estas últimas variables se encuentran relacionadas, ya que, sacan a la mujer de su contexto habitual del hogar y familia. Sirven como medio de contención y recreación, para disminuir los niveles de estrés (mencionados anteriormente).

Ahora bien, tener creencia en algún ser superior, pudiese ayudar a que la gestante, aunque no esté acompañada física ni emocionalmente como se expuso anteriormente, si se sienta acompañada en lo espiritual, lo que ayuda a tener valores de separar el bien del mal, lo bueno de lo malo, y guiar su forma de vida. Por ende, los resultados obtenidos, 61% con religión o creencia, podrían considerarse como factores protectores para Preeclampsia.

El 68% de las gestantes vive en una zona urbana, caracterizada teóricamente por ser “poblaciones económicamente activas dedicadas a actividades secundarias y terciarias, cuentan con los tres niveles de atención de salud, una

gran red de servicios de transporte y casi su totalidad de habitantes se encuentra con servicio básico”, lo que se refleja en el perfil de vivienda de las gestantes, las cuales poseen servicios básicos, en cuanto al desarrollo social se constituyen como factores protectores, pero se ve perjudicado por los factores estresores, como ruido, contaminación, propios de la zona urbana.

En lo que respecta al perfil familiar “se entiende como una unidad biopsicosocial integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos y unión estable, además viven en un mismo hogar”, el mayor porcentaje se sitúa en familia nuclear, estas características constituyen factores protectores que forman una red de apoyo y sustento para la gestante.

El 66% de las gestantes refieren tener hábitos nocivos, dentro de los cuales se destaca el tabaco, sin embargo, surgen controversias sobre si se considera como un factor protector o como un factor de riesgo. Según el marco conceptual, “el mecanismo biológico por el cual el cigarrillo reduce la incidencia de PE no se conoce, pero posiblemente la nicotina inhibe la producción de Tromboxano A2”.⁶³

El factor protector del tabaco, no se ve reflejado en el estudio, ya que aunque existe un gran porcentaje de gestantes con consumo de tabaco activo, todas presentan PE. Otras fuentes de información, no obstante, señalan que el consumo de tabaco en la mujer que gesta se asocia a restricción del crecimiento intrauterino, lo que se explicaría a través de un mecanismo de isquemia tisular.⁶⁴ El porcentaje restante, se contempla el uso de sustancias como alcohol y drogas, las que pueden llevar a las gestantes a conductas de riesgo, incremento de sentimientos adversos y un mal pronóstico biopsicosocial, que puedan conllevar a la aparición de PE.

⁶³Revista Chilena de obstetricia y ginecología, v.61 n.1 caracas 2001.

⁶⁴ Cerda, Patricia (2008), Fisiología Perinatal, Primera Edición, Editorial Mediterráneo.

En relación a la conducta de autolesión, solo el 13% de las gestantes expresaron presentarla, estas son definidas como “comportamientos autodestructivos”, al parecer el bajo nivel de esta variable es concordante con la teoría, ya que el porcentaje de autoestima en la población en estudio es alto, además, en la variable salud mental existe un comportamiento activo de resiliencia. Cabe destacar que las conductas de autolesión se concentran en poblaciones más jóvenes, como la adolescencia, es probable que el rango de edad mayoritario observado (adulto joven) en la muestra explique este bajo porcentaje.

Las mujeres que expresaron tener un grado de violencia, ya sea física, sexual, psicológica o emocional, es un 26 %, lo que se constituye como un factor psicosocial importante en cuanto al nivel de estrés que puede generar en una gestante, y por lo tanto ser prevalente en el aparición de PE. De las mujeres que expresaron haber sido sometidas a algún tipo de violencia, el 70% denunció a la policía, por lo que se podría tomar como un factor protector. El porcentaje real de violencia, no se puede evidenciar de manera fiable ya que los estudios sugieren que una mujer en promedio demora siete años en denunciar, ya sea por temor, dependencia económica, entre otras.

Finalmente, la investigación desarrollada nos invita como profesionales del área de la Salud, en especial del área de la Salud sexual y reproductiva a cuestionarnos las estrategias desarrolladas en educación en Salud, producto de esto proponer intervenciones en educación desde el inicio de la vida de las personas, trabajo continuo y educación permanente. Crear estrategias de educación formal e informal desde la familia, amigos y entorno para fomentar la autoimagen, autoestima, entre otros.

Las mujeres con factores de riesgo descrito no dan respuesta a los riesgos expuestos en Libros, programa Chile Crece Contigo o Guía perinatal, ya que, la Preeclampsia está asociada al deseo y aceptación del embarazo.

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

- Ginecología y Obstetricia de México, Jaime Salvador Moysén, La dimensión Biopsicosocial de la Preeclampsia, 2009;77(5):231-7.
- OMS, Nota descriptiva N°348, Mayo de 2012.
- Pérez Sánchez A., Donoso Siña E. (2011) Obstetricia. Cuarta Edición. Editorial Mediterráneo, Capitulo 41.
- Revista Chilena de obstetricia y ginecología, v.72 n.3 Santiago 2007.
- Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina N° 133, Preeclampsia, Noviembre 2003.
- Vinaccia S., Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preclampsia, International Journal of Clinical and Health Psychology, 2006, Vol. 6.
- Verny, Thomas (1981) “La vida secreta del niño antes de nacer”, Barcelona, Primera Edición, Editorial Urano.

FUNDAMENTACIÓN

- Flórez-Alarcón, L. (1999). Evaluación del estrés prenatal en pacientes con Preeclampsia. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, 17: 107-126.
- Neira J, Escalona J, Yamamoto M et al. Síndrome hipertensivo del embarazo: Estudio caso control de la incidencia y recurrencia. Rev Chil Obstet Ginecol 1997; 62:423-28. 14.

- Pérez Sánchez A., Donoso Siña E. (2011) Obstetricia. Cuarta Edición. Mediterráneo, Capítulo 41:836-837.
- Revista Chilena de obstetricia y ginecología, v.72 n.3 Santiago 2007.
- Salvador-Moysén J, Martínez-López Y, Lechuga Quiñones A, Ruiz-Astorga R, Terrones-González A. Situación psicosocial de las adolescentes y toxemias del embarazo. Rev. Salud Pú. México 2000;42(2):99-105.
- Salvatierra, V. (1989). Psicobiología del Embarazo y sus Trastornos. Barcelona, ED. Martínez Roca.
- Walter J. Preeclampsia. Lancet. 2000; 356: 1260-1265// 30. Readman C, Sargent I. Latest advances in understanding preeclampsia. Science.2005; 308: 1592-1594.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- Guerrero E. (2000) Salud, Estrés y factores psicológicos, Departamento de psicología básica, Facultad de Psicología, U.N.E.D
- Montero, Leida C. - Enfermería materno-infantil 2008.
- Real Academia Española.
- Revista Chilena de obstetricia y ginecología, v.72 n.3 Santiago 2007.

MARCO CONCEPTUAL

- Amalio Blanco (2001), «Los cimientos de la violencia», *Mente y Cerebro*, pp. 9-15.
- Araya S. (2002) Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Sede Académica, Costa Rica.

- Bleger J. (2007) *Psicología de la Conducta*, Segunda Edición, Editorial Paidós SAICF, Capítulo 2.
- Cabrero L., Saldivar D. y Cabrillo E. (2007) *Obstetricia y Medicina materno-fetal*, Editorial Medica Panamericana, Capítulo 41, Página 325.
- Chacon, R., Garcia, W & Florez-alarcon, L. (2002) “estudios descriptivo de los aspectos psicosociales asociados al alto riesgo obstétrico en pacientes del Instituto Materno Infantil de Santa Bogotá” En *Investigación en Detalle* Numero 1. ALAPSA. Bogotá, Consultado Enero 2012.
- Citado: Salvatierra, V. (1989). *Psicobiología del Embarazo y sus Trastornos*. Barcelona, ED. Martínez Roca.
- Encuesta Casen 2010, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile.
- Erikson, O ciclo de vida completo, Op. Cit., p 27-34.
- Flórez-Alarcón, L. (1999) Evaluación del estrés prenatal en pacientes con Preeclampsia. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*.
- Guerrero E. (2000) *Salud, Estrés y factores psicológicos*, Departamento de psicología básica, Facultad de Psicología, U.N.E.D.
- Grün, Anselm (2005) *Amistad es libertad*. p. 48.
- INE (2003), Censo 2002, Resultados, Volumen I, Población, País-Región, Santiago de Chile.
- LEY N° 18.962, ORGANICA CONSTITUCIONAL DE ENSEÑANZA, Santiago, 24 de noviembre de 2005, Artículo 2°.
- Maslow Guerra G.(2007), *Autoestima en los (as) alumnos (as) de los 1° medios de los Liceos con alto índice de vulnerabilidad escolar (I.V.E.) de la ciudad de Valdivia*, Tesis para optar al Título de Profesor de Lenguaje y Comunicación y al Grado de Licenciado en Educación, Valdivia, Pág. 9-10.
- Maslow Guerra G.(2007), *Autoestima en los (as) alumnos (as) de los 1° medios de los Liceos con alto índice de vulnerabilidad escolar (I.V.E.) de la*

ciudad de Valdivia, Tesis para optar al Título de Profesor de Lenguaje y Comunicación y al Grado de Licenciado en Educación, Valdivia, Pág. 12.

- Mendoza, Y. y Pellicer, F. (2002). Percepción del dolor en el síndrome de comportamiento autolesivo. *Salud Mental*, 25(4), 10-16.
- Ministerio de vivienda y urbanismo, Ministerio de planificación, Encuesta CASEN clasificación vivienda.
- Neira Miranda J. Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos. *ARS Medica, Revista de estudios médicos*. Vol. 6 No. 6.
- Nivel Socioeconómico ESOMAR, manual de aplicación, Asimark. Santiago octubre 2000.
- Papalia, Diane, (2009) *Psicología*, Primera Edición, Editorial Mc Graw-Hill.
- Pérez Sánchez A., Donoso Siña E. (2011) *Obstetricia*. Cuarta Edición. Mediterráneo, Capítulo 41.
- *Revista Chilena de obstetricia y ginecología*, v.61 n.1 caracas 2001.
- *Revista Cubana Medicina General Integral*, v.23 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2007.
- *Revista Lasallista de Investigación*, v.2 no. 2 Colombia, 2005.
- Robillard P, Hulseley TC. Association of pregnancy-induced hypertension, pre-eclampsia, and eclampsia with duration of sexual cohabitation before conception. *Lancet* 1996;347:619.
- Salvatierra, V. (1989). *Psicobiología del Embarazo y sus Trastornos*. Barcelona, ED. Martínez Roca.
- Vinaccia S. & Sánchez M. (2006), Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia, *International Journal of Clinical Psychology*, Vol. 6 No. 1 pag. 41 – 51.

- Vinaccia S., Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preclampsia, International Journal of Clinical and Health Psychology, 2006, Vol. 6, pag 43.
- Robbins, S.P. (1998) Comportamiento Organizacional. México: Prentice Hall, Octava edición.
- Verny, Thomas. (2011) “La vida secreta del niño antes de nacer”. Barcelona. Primera Edición, Editorial Urano.
- Zurro M. Pérez C (2008). Atención primaria, Conceptos, organización y práctica clínica (6º Edición) Editorial Elsevier, Capítulo 5 Pág. 97.
- Zurro M. Pérez C (2008). Atención primaria, Conceptos, organización y práctica clínica (6º Edición) Editorial Elsevier, Capítulo 38 Pág. 873.
- Zurro M. Pérez C (2008). Atención primaria, Conceptos, organización y práctica clínica (6º Edición) Editorial Elsevier, Capítulo 38 Pág. 876.

METODOLOGIA

- Hernández Sampieri, Roberto (2003), METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN, McGraw-Hill, México, D.F.

CONCLUSIONES

- Cerda, Patricia (2008), Fisiología Perinatal, Primera Edición, Mediterráneo.
- Revista Chilena de obstetricia y ginecología, v.61 n.1 caracas 2001.
- Rev Cubana Med Gen Integr v.23 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2007.
- Verny, Thomas (1981) “La vida secreta del niño antes de nacer”. Barcelona, Primera Edición, Editorial Urano.

Anexos

ANEXO I: Cartas Solicitud Investigación dirigida a los Directores.

Abril 2012, Valparaíso.

Director
Solene Naudón D.
Hospital Dr. Gustavo Fricke
Presente

Verónica Acevedo A., Marisol Clavería C., Daniela Díaz I. y Yarinka González J., pertenecemos a la Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso, cursamos nuestro Seminario de Título y mediante el presente hacemos llegar la solicitud de Investigación de Pregrado en las Instalaciones del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Nuestra Investigación se titula: “Aspectos psicosociales en gestantes con diagnóstico de Preeclampsia”

El pronóstico de nuestra investigación es poder entenderla Preeclampsia no solo como una patología biomédica, sino que entenderla como una perspectiva psicosocial.

El diseño de la Investigación es de carácter Cuantitativo transversal descriptivo. La duración del estudio es entre los meses de Mayo y Agosto del año 2012.

La población en estudio, serán todas aquellas gestantes con diagnóstico de Preeclampsia severa o moderada con feto vivo hospitalizadas en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Saludos Atentos.

Mariana Arancibia Heger
Docente Guía de la Investigación
Directora Escuela Obstetricia y Puericultura

Contacto:

Tesis.ss2011@gmail.com

Fono: 87379286-71401078

Escuela de Obstetricia y Puericultura

Abril 2012, Valparaíso.

Director

Claudio Fernández M.

Hospital Carlos Van Burem

Presente

Verónica Acevedo A., Marisol Clavería C., Daniela Díaz I. y Yarinka González J., pertenecemos a la Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso, cursamos nuestro Seminario de Título y mediante el presente hacemos llegar la solicitud de Investigación de Pregrado en las Instalaciones del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Nuestra Investigación se titula: “Aspectos psicosociales en gestantes con diagnóstico de Preeclampsia”

El pronóstico de nuestra investigación es poder entenderla Preeclampsia no solo como una patología biomédica, sino que entenderla como una perspectiva psicosocial.

El diseño de la Investigación es de carácter Cuantitativo transversal descriptivo. La duración del estudio es entre los meses de Mayo y Agosto del año 2012.

La población en estudio, serán todas aquellas gestantes con diagnóstico de Preeclampsia severa o moderada con feto vivo hospitalizadas en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Carlos Van Burem.

Saludos Atentos.

Mariana Arancibia Heger
Docente Guía de la Investigación
Directora Escuela Obstetricia y Puericultura

Contacto:

Tesis.ss2011@gmail.com

Fono: 87379286-71401078

ANEXO II: Cartas dirigidas a oficina docente asistencial y Comité ético y científico.



Escuela de Obstetricia y Puericultura



Abril 2012, Valparaíso.

Doctor
Benedicto Guerrero.
Oficina Docente Asistencial
Hospital Dr. Gustavo Fricke
Presente

A través de la presente, solicitamos a usted su autorización para realizar un cuestionario a mujeres hospitalizadas al Servicio de Alto Riesgo, el cual será realizado por estudiantes de IV Nivel de la Carrera de Obstetricia y Puericultura, bajo supervisión de la Profesora Mariana Arancibia Heger y el profesor Antonio Quinchavil Alarcón, este último como parte del establecimiento, Hospital Dr. Gustavo Fricke.

La necesidad de aplicar un cuestionario a mujeres hospitalizadas, en el servicio señalado, obedece al desarrollo de la Investigación: **“Aspectos psicosociales en gestantes con diagnóstico de Preeclampsia”**, que se enmarca en la asignatura de Seminario de Titulación, SYR 401 del Plan Curricular de la Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso.

El cuestionario será aplicado a las mujeres por las tesis, previo consentimiento informado.

Nombres	Apellidos	RUT
Verónica Alejandra	Acevedo Asenjo	17.753.660-1
Marisol Alejandra	Clavería Cádiz	17.602.622-7
Daniela Paz	Díaz Ibacache	17.763.274-0
Yarinka Lisette	González Jiménez	17.476.198-1

La fecha de aplicación del cuestionario será entre los meses de Mayo y Agosto del año 2012. Esperando una favorable, le saluda

Mariana Arancibia Heger- Directora
Escuela Obstetricia y Puericultura
Facultad de Medicina
Universidad de Valparaíso

Escuela de Obstetricia y Puericultura

Abril 2012, Valparaíso.

Comité Científico **Hospital Carlos Van Burem** **Presente**

Verónica Acevedo A., Marisol Clavería C., Daniela Díaz I. y Yarinka González J., pertenecemos a la escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso, cursamos nuestro Seminario de Título y mediante el presente hacemos llegar la solicitud de Investigación de Pregrado en las Instalaciones del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Nuestra Investigación se titula: “Aspectos psicosociales en gestantes con diagnóstico de Preeclampsia”

El pronóstico de nuestra investigación es poder entenderla Preeclampsia no solo como una patología biomédica, sino que entenderla como una perspectiva psicosocial.

El diseño de la Investigación es de carácter Cuantitativo transversal descriptivo. La duración del estudio es entre los meses de Mayo y Agosto del año 2012.

La población en estudio, serán todas aquellas gestantes con diagnóstico de Preeclampsia severa o moderada con feto vivo hospitalizadas en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Carlos Van Burem.

Saludos Atentos

Mariana Arancibia Heger
Docente Guía de la Investigación
Directora Escuela Obstetricia y Puericultura

Contacto:

Tesis.ss2011@gmail.com

Fono: 87379286-71401078

ANEXO III: Instrumento.

Instrumento de recolección de datos a gestantes de la región de Valparaíso

Parte I: Sobre su Gestación responda:

1) Marque el rango de edad en el cual se encuentre:

- Entre 10 - 19 años
- Entre 20 - 24 años
- Entre 25 - 40 años
- Entre 41 – 55 años

2) ¿Tuvo embarazos anteriores a este?

- Si
- No

3) Si la pregunta respuesta anterior fue si, responder lo siguiente: ¿Cómo se sintió durante el embarazo anterior?

- Bien, no tuve problemas
- Mal, tuve problemas que afectaron mi embarazo
- Lo perdí

4) Desde su punto de vista marque la/s alternativa/s que considere la representan durante este embarazo. Señale todas las opciones que estime conveniente.

- Le entrego cariño a mi hijo
- Le hablo a mi hijo
- Me alimento saludable
- No tengo ningún hábito nocivo (droga-alcohol-tabaco)
- Asistí a todos los controles en el Consultorio y/o Hospital

Parte II: Sobre su personalidad ser responda:

- 1- Señale que alternativa la representa al momento de enfrentarse a situaciones difíciles en su vida:
 - Optimista
 - Luchadora
 - Neutral
 - Perdedora
 - Evasiva
 - Negativa

- 2- Señale la/s situación/es que enfrenta y la afectan en su día a día. Señale todas las opciones que estima conveniente:
 - Soledad
 - Escases de recursos económicos
 - Ambiente domestico no grato
 - Trabajo forzoso
 - Mal trato físico o psicológico
 - Persona cercana (familiar o no) que padezca una enfermedad que me afecte

- 3- ¿Se ha sentido acompañada antes y durante el embarazo actual?
 - Si
 - No

- 4- ¿Cree que ha logrado éxitos a lo largo de su vida?
 - Si
 - No

- 5- ¿Le es indiferente la impresión que causa sobre los demás?
 - Si
 - No

- 6- ¿Cree que podría lograr cualquier cosa que se proponga?
 - Si
 - No

- 7- ¿Le son indiferente las opiniones mal intencionadas que le ha dicho otra persona?
 - Si
 - No

- 8- ¿Se ha sentido acompañada afectivamente?
 - Si
 - No

Parte III: Características socio-económicas:

1) Sumando todos los ingresos monetarios de las personas que viven en la casa, ¿con cuánto dinero cuenta para mantener la casa?

- < \$160.000
- 161.000 – 300.000
- 301.00 – 500.000
- 501.00 – 1.200.000
- > 1.200.000

Con respecto a su vivienda:

2- ¿cuántos integrantes viven en su casa, incluyéndose?

- 1
- 2
- 3
- 4
- >5

3- ¿Cuántas habitaciones hay en su casa?

- 1
- 2
- 3
- 4
- >5

4- ¿Tiene agua potable?

- Sí
- No

5- ¿Tiene alcantarillado?

- Sí
- No

6- ¿Tiene luz eléctrica?

- Sí
- No

7- ¿De qué material/es mayoritariamente está construido su hogar?

- Acero u hormigón armado; albañilería de ladrillo, bloques de cemento o piedra, tabique forrado.
- Adobe, tabique sin forro interior (madera u otro); barro, quincha; pirca.
- Material de desecho o reciclaje (cartón, lata, sacos, plásticos)

8- ¿Cuál es su nivel educacional?

- Nunca he asistido a la escuela
- Básica incompleta
- Básica completa
- Media incompleta
- Media completa
- Educación superior técnica incompleta
- Educación superior técnica completa
- Educación superior universitaria incompleta
- Educación superior universitaria completa
- Post Grado (Master, Doctor o equivalente).

Respecto a su Actividad laboral responda:

9- ¿Qué Actividad laboral realiza?

- Trabajador remunerado
 - Dueña de casa
 - No realiza ninguna actividad laboral
- Otro ¿Cuál? _____

Si realiza algún tipo actividad laboral remunerada, responde:

10- Señale cuál/es de las siguiente/s alternativa/s representa mejor su actividad laboral. Señale todas las opciones que estima conveniente.

- Trabajo estable
- Conforme remuneración monetaria
- Con beneficios sociales
- Trabajado motivador
- Trabajo liviano
- Ninguna de las anteriores

Parte IV: Sobre su vida cotidiana responde

1) ¿Realiza actividades de tiempo libre?

- Si
- No

2) ¿Tiene o se aferra a alguna religión o creencia?

- Si
- No

3) ¿Tiene amigos cercanos con quienes contar en momentos difíciles?

- Si
- No

4) ¿Cuál es su dirección?

5) ¿Con quién vive? Señale todas las opciones que estime conveniente.

- Padre
- Madre
- Esposo/Pareja/Pololo
- Hijos
- Hermano/a
- Abuelo/a
- Tío/a
- Primo/a

Otros ¿cuál? _____

Parte V: Respecto a sus conductas responda:

- 1) ¿Consume alcohol antes del embarazo o al inicio de este?
 Si
 No
- 2) ¿Consume tabaco antes del embarazo o al inicio de este?
 Si
 No
- 3) ¿Consume drogas antes del embarazo o al inicio de este?
 Si
 No
- 4) Si su respuesta anterior fue Si, ¿Qué tipo de droga/s consumió o consume?
 Medicamentos
 Marihuana
 Cocaína
 Pastabase
 Crack
 LCD
 Éxtasis
 Heroína
 Neopren
Otro ¿Cuál? _____
- 5) ¿Alguna vez ha hecho alguna de estas acciones para producirse dolor o placer?
 Cortes en alguna parte del cuerpo
 Golpearse contra superficies duras
 No, nunca
- 6) ¿Le han causado algún daño físico o psicológico intencionalmente o la han forzado a tener relaciones sexuales?
 Si
 No
- 7) ¿Ha denunciado a la policía algún tipo de violencia en los últimos años?
 Si
 No

INSTRUCTIVO DEL CUESTIONARIO

El siguiente cuestionario deberá ser respondido por gestantes de 20 o más semanas de gestación (embarazo) con diagnóstico de Preeclampsia ya sea moderada o severa el cual será realizado por un tercero.

Junto con el cuestionario, deberá firmar el consentimiento o Asentimiento confirmando su disposición de responderlo y a todo lo dispuesto en este.

Consideraciones especiales:

- El cuestionario debe ser aplicado solamente a las gestantes con las condiciones antes mencionadas.
- El cuestionario debe ser respondida en la Unidad de ARO.
- El cuestionario será considerada valido solo si cumple con:
 - Debe ser completada al 100%; si no es terminada no será considerada como válida.
 - Cada pregunta debe ser respondida con toda sinceridad para que los resultados no dificulten ni alteren la investigación.
 - Debe ser respondido con lápiz azul o negro.
 - El cuestionario consta de 34 preguntas, de estas 33 son de tipo respuestas múltiples y 1 con respuesta abierta. Dispuestas en 5 partes dependiendo de la temática.
 - Cada respuesta debe ser respondida marcando con una “X” en el casillero que considere su respuesta.

ANEXO IV: Consentimiento Informado.

Consentimiento Informado

Yo

Carnet de identidad: _____ - _

En pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informada y en consecuencia autorizo a que sean utilizados mis datos en la investigación. Identificación de los factores psicoafectivos, emocionales, sociales y situacionales relacionados con Preeclampsia moderada y severa, teniendo en cuenta que:

1. He comprendido la naturaleza y propósito de la encuesta e investigación.
2. He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas.
3. Estoy satisfecha con la información proporcionada.
4. Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en cualquier momento antes de la realización del levantamiento de datos.
5. Reconozco que todos los datos proporcionados referente al historial médico, psicológico y social son ciertos. y que no he omitido ninguno que pueda influir en la investigación.

Por tanto, declaro estar debidamente informada y doy mi expreso consentimiento a la realización de la encuesta y la utilización de mis datos en la investigación.

Firma: _____

ANEXO V: Asentimiento Informado.

**Asentimiento informado para menores de edad hospitalizadas en alto riesgo
obstétrico**

Yo

Carnet de identidad: _____ -__

Libre y voluntariamente decido participar en la realización de la encuesta con el fin de utilizar mis datos en la investigación, la cual fue explicada claramente, con previa autorización de mis padres/tutores. Teniendo en cuenta que:

1. He leído o me han leído la información y la comprendo.
2. He comprendido el buen uso de la utilización de mis datos.
3. He podido aclarar todas mis dudas
4. He comprendido que durante la aplicación de la encuesta puedo arrepentirme de realizarla, sin recibir sanción alguna.
5. Estoy bajo el amparo de mis padres/tutor.

Por tanto, acepto participar en la investigación

Firma: _____

ANEXO VI: Consentimiento Informado para padres/tutores.

Consentimiento Informado para padres/tutores

Yo

Carnet de identidad: _____ - _

En pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informado/a y en consecuencia autorizo que sean utilizados los datos de _____,

Rut _____ - _ en la investigación con fin de identificar los factores

Psicoafectivos, emocionales, sociales y situacionales relacionados con

Preeclampsia moderada o severa, teniendo en cuenta que:

1. He comprendido la naturaleza y propósito de la encuesta e investigación.
2. He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas.
3. Estoy satisfecha con la información proporcionada.
4. Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en el transcurso de la aplicación de la encuesta, sin recibir sanción alguna.

Por tanto, declaro estar debidamente informada y doy mi expreso consentimiento a la realización de la encuesta y la utilización los datos de mi hija/pupila en la investigación.

Firma: _____

ANEXO VII: Resumen de Investigación Adjunta a Consentimientos y Asentimiento.

Resumen de la Investigación: Adjunta a Consentimientos y Asentimiento

La Preeclampsia es una de las enfermedades con una alta mortalidad en Chile y el mundo, sin un correcto manejo, afecta solamente a las mujeres que gestan. No se conoce directamente que la provoca pero se ve influenciada en su aparición por factores Biológicos, Sociales y Psicológicos, siendo estos dos últimos, en investigaciones científicas, poco estudiados.

La información para esta investigación será recolectada a partir de la entrega del cuestionario a las gestantes que cumplan con las características de la investigación, sus respectivas Ficha Clínicas, Carnet Maternal e Historia clínica.

El objetivo de la investigación es Identificar factores Psicoafectivos, sociales, conductas y/o circunstancias en mujeres gestantes y su relación con el diagnóstico de Preeclampsia moderada o severa, para entender los factores que se relacionan con el problema y por sobre todo entender las condiciones de salud y de vida de las gestantes diagnosticadas con Preeclampsia que pudieron tener un papel fundamental en la aparición de esta enfermedad.

Esta investigación servirá como una guía para orientar el manejo y posible prevención en gestantes diagnosticadas que tengan alguno de estos factores, tanto en sus Consultorios como en la atención Hospitalaria.

ANEXO VIII: Gráficos.

Grafico 1.4.1** Distribución de mujeres de acuerdo a entrega de cariño a su hijo*.



Comentario: la gran mayoría de las mujeres del estudio (95%) refiere entregarle cariño a su hijo en la actual gestación, mientras que un mínimo de esta población (5%) da a conocer que no le entrega cariño a su hijo durante el embarazo cursante.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.4.1 en Anexos

Grafico 1.4.2** Distribución de mujeres de acuerdo a la comunicación con su hijo*.

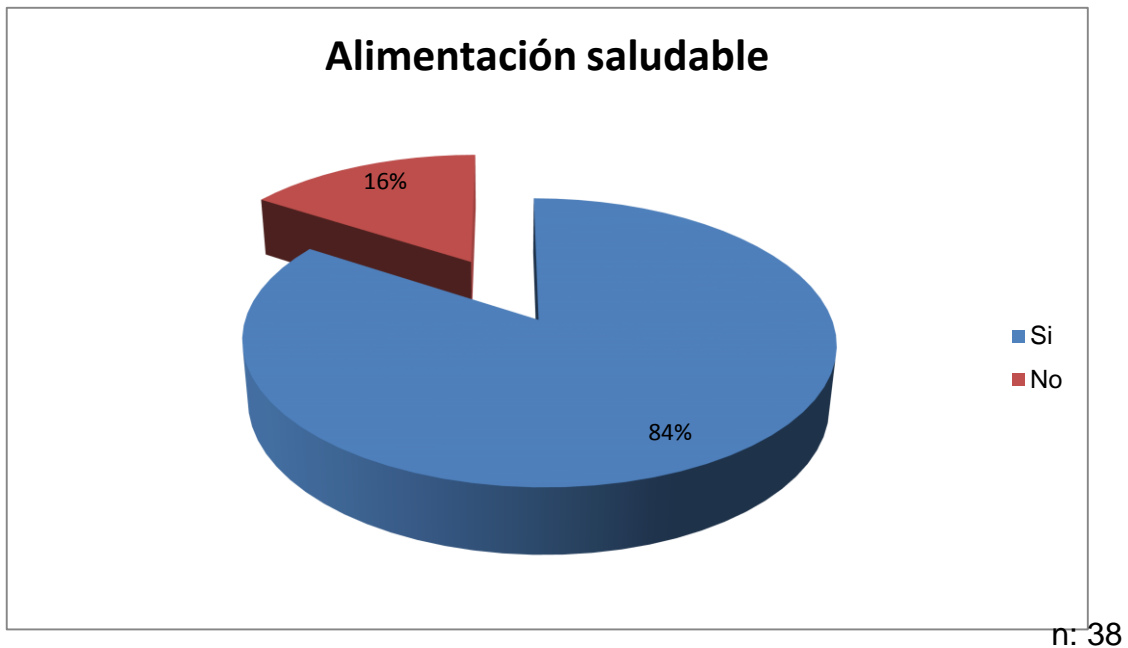


Comentario: la mayoría casi absoluta de las encuestadas (97%) respondió que se comunica con su hijo en esta gestación, ya sean distintas maneras de comunicarse, mientras que sólo un 3% de la población refiere no tener ningún tipo de comunicación con su hijo en la actual gestación.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.4.2 en Anexos

Grafico 1.4.3** Distribución de mujeres de acuerdo a alimentación saludable*.



Comentario: un 84% refiere alimentarse saludablemente durante la gestación actual, y un 16% refiere una alimentación poco saludable.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.4.3 en Anexos

Grafica 1.4.4** Distribución de mujeres de acuerdo a ausencia de hábitos nocivos*.

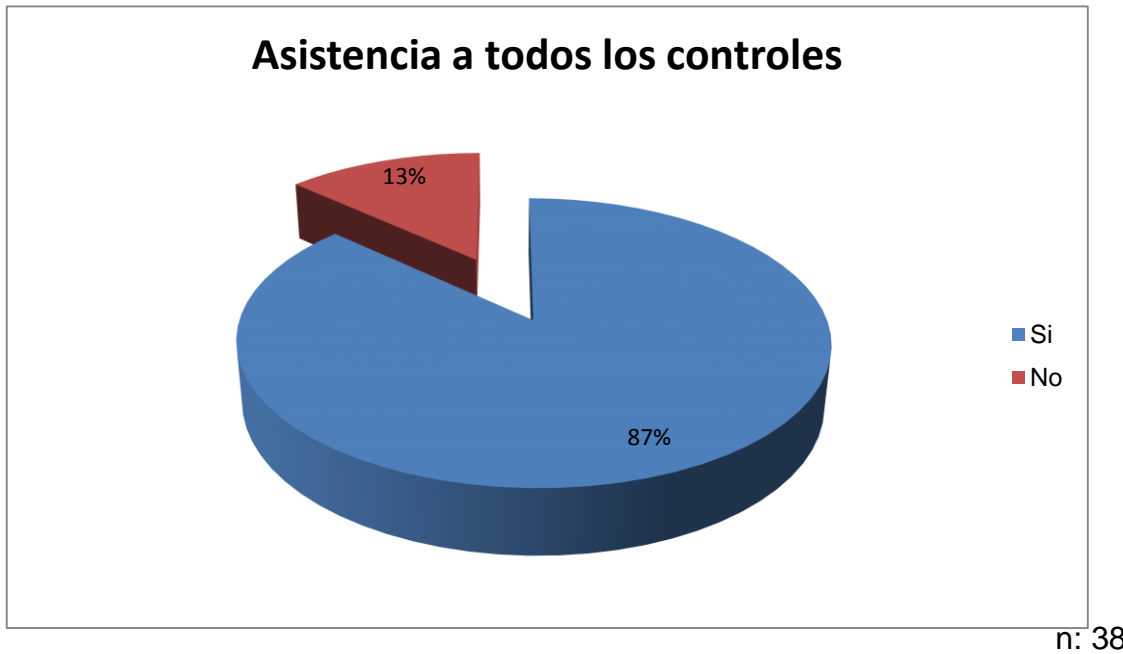


Comentario: el 84% refiere no tener hábitos nocivos durante la gestación actual, mientras que un 16% refiere haber tenido algún hábito nocivo durante la gestación, ya sea este hábito alcohol, drogas, tabaco, etc.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.4.4 en Anexos

Grafico 1.4.5** Distribución de mujeres de acuerdo a asistencia a todos los controles*.

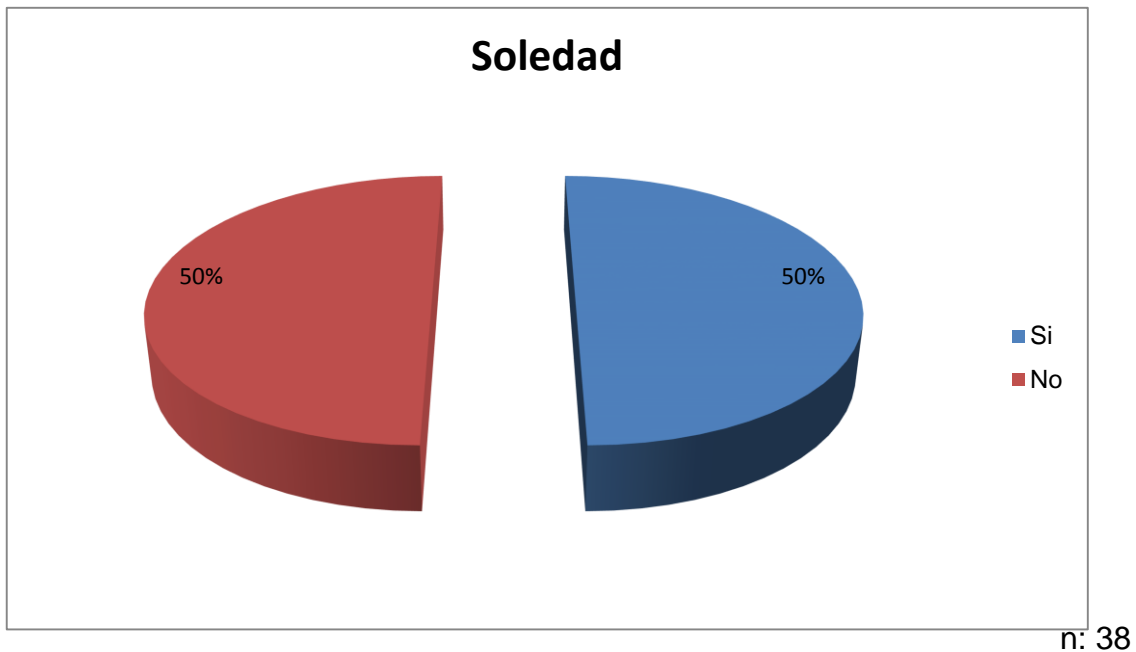


Comentario: una importante mayoría de mujeres (87%) asistieron a todos sus controles prenatales en sus respectivos consultorios, sólo una minoría (13%) no asistió a todos sus controles prenatales.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.4.5 en Anexos

Grafico 1.6.1** Distribución de mujeres de acuerdo a soledad*.



Comentario: la mitad de las encuestadas refieren tener sentimiento de soledad en su día a día, la mitad restante se siente acompañada.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.6.1 en Anexos

Grafica 1.6.2** Distribución de mujeres de acuerdo a la escases de recursos económicos*.

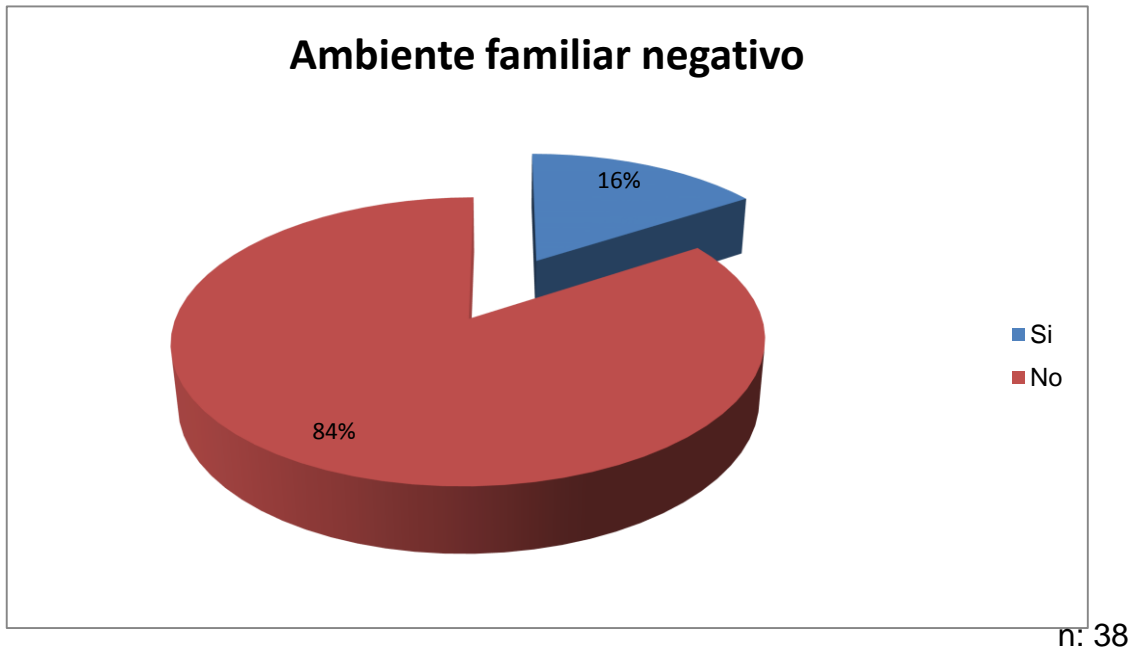


Comentario: la mayoría (61%) refiere no presentar escases de recursos económicos durante el embarazo actual, solamente un 39% refiere tener dificultades económicas.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.6.2 en Anexos

Grafico 1.6.3** Distribución de mujeres de acuerdo a un ambiente familiar negativo*.

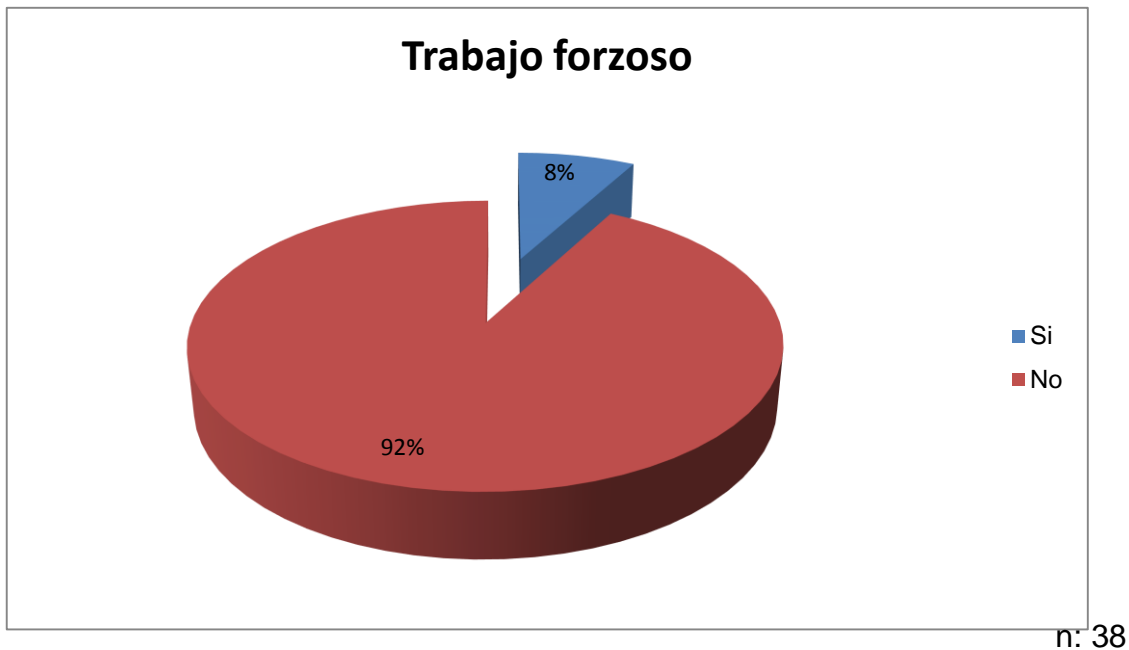


Comentario: la gran mayoría (84%) refiere no tener un ambiente familiar negativo durante el embarazo actual, la minoría (16%) refiere tener un ambiente familiar negativo actualmente.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.6.3 en Anexos

Grafico 1.6.4** Distribución de mujeres de acuerdo a trabajo forzoso*.

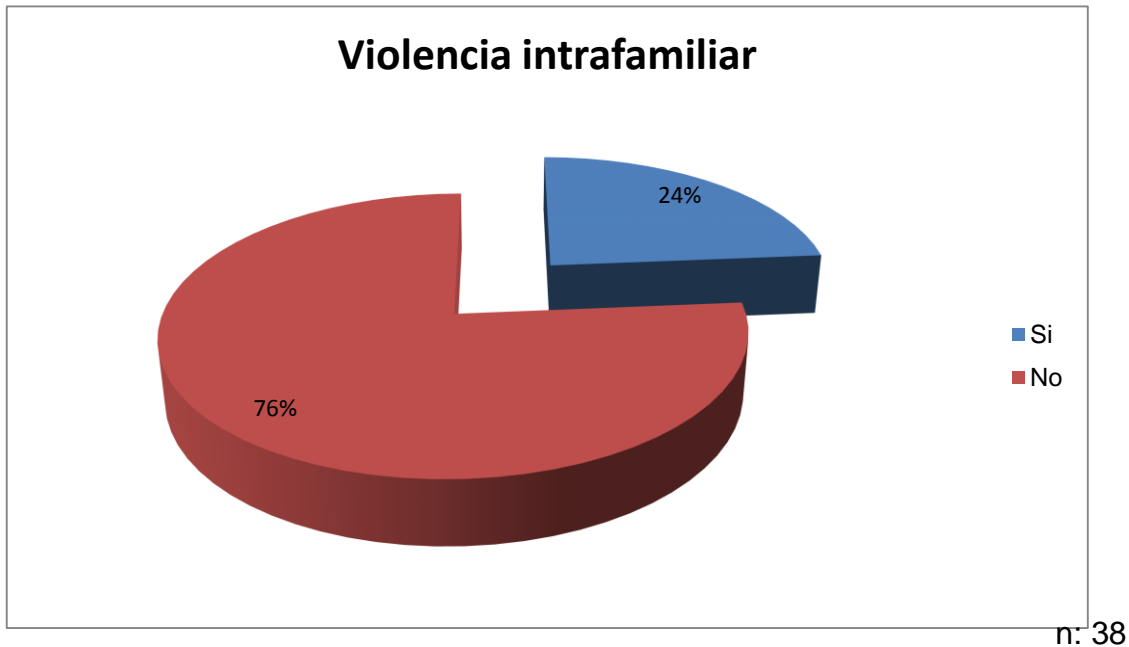


Comentario: el 92% de las entrevistadas refiere no tener como factor estresor el realizar trabajos forzosos, solo la minoría representada por el 8% refirió realizar trabajo forzoso durante el actual embarazo.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.6.4 en Anexos

Grafico 1.6.5** Distribución de mujeres de acuerdo a la exposición de violencia intrafamiliar*.

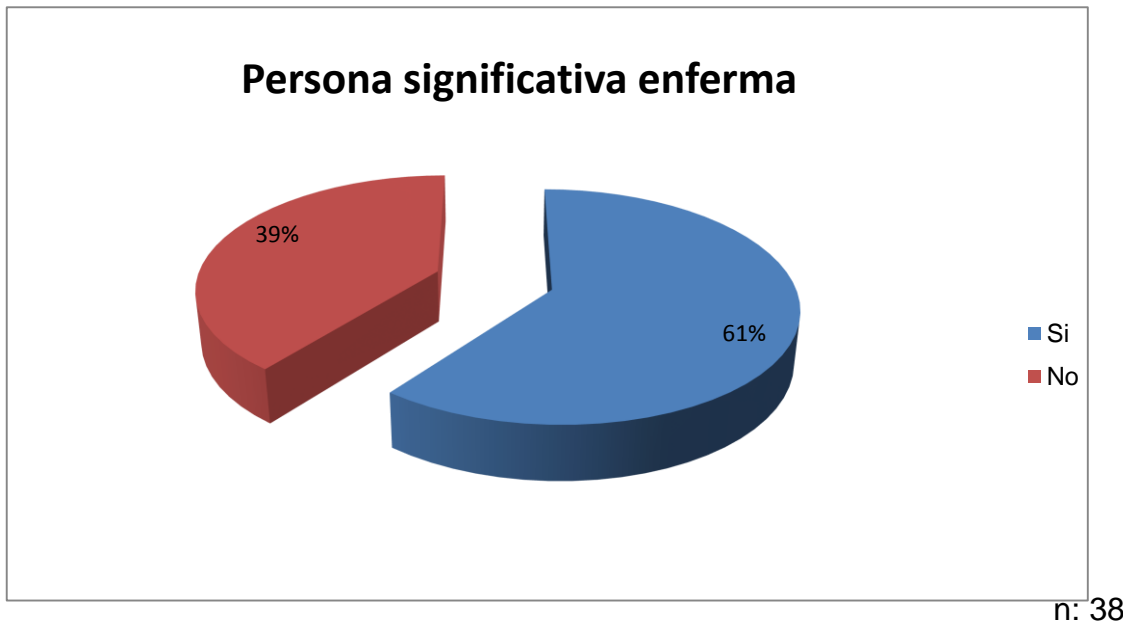


Comentario: aproximadamente tres cuarto (76%) de las entrevistadas refiere no presentar violencia intrafamiliar, el cuarto restante (24%) refiere presentar violencia intrafamiliar durante el actual embarazo.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.6.5 en Anexos

Grafico 1.6.6** Distribución de mujeres de acuerdo a la tenencia de una persona significativa enferma*.

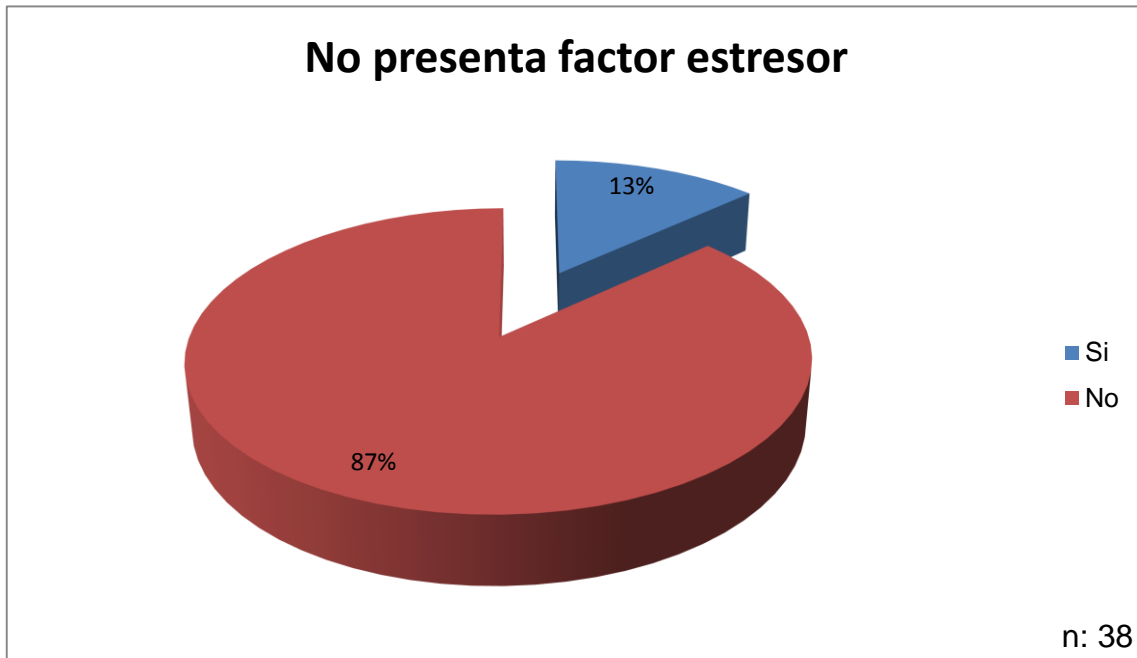


Comentario: la mayoría (61%) refiere tener alguna persona significativa enferma durante el embarazo actual, solo la minoría (39%) refiere tener personas significativas sin enfermedad actual.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.6.6 en Anexos

Grafico 1.6.7** Distribución de mujeres de acuerdo a no presenta ningún factor estresor*.



Comentario: la minoría de las entrevistadas representada solamente por un 13% afirmo no presentar ningún factor estresor en su diario vivir, a diferencia del 87% que si refiere tener al menos un factor estresor durante la gestación actual.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.6.7 en Anexos

Grafico 1.8.1** Distribución de mujeres de acuerdo a la condición de exitosa en la vida*.

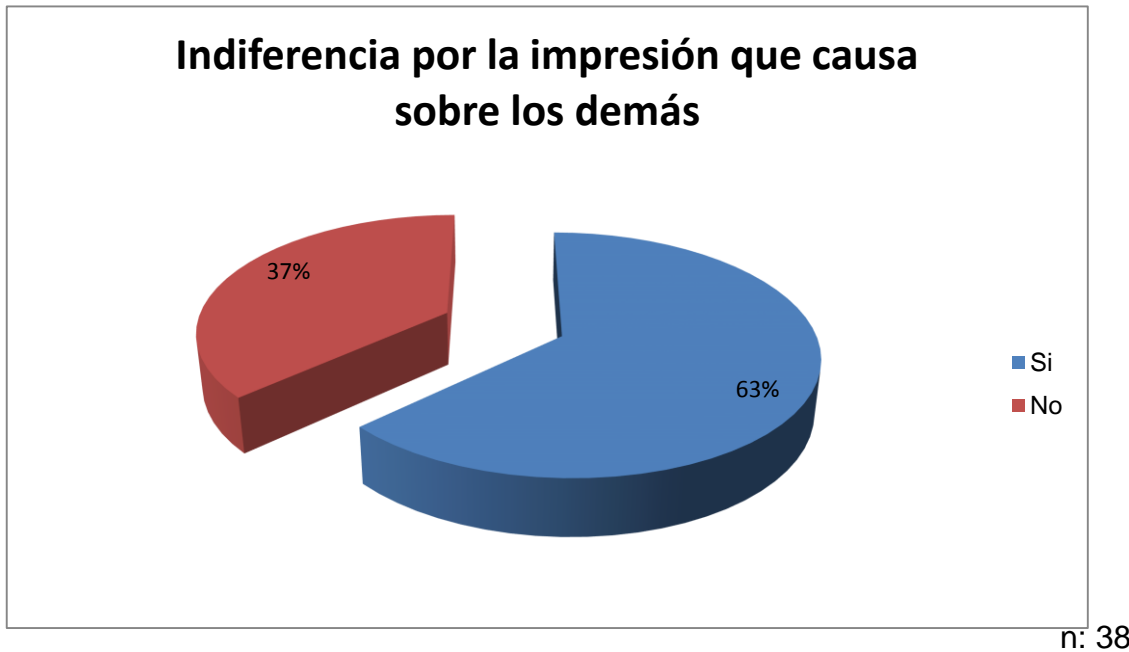


Comentario: El 87% refiere tener o haber tenido éxito en su vida, a diferencia de un 13% que refiere no haber logrado éxitos en su vida.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.8.1 en Anexos

Grafico 1.8.2** Distribución de mujeres de acuerdo a indiferencia por la impresión que causa sobre los demás*.



Comentario: la mayoría (63%) refiere no ser indiferente frente a la impresión que puede causar sobre las demás personas, solo la minoría (37%) refiere sentirse indiferente frente a esta situación.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.8.2 en Anexos

Grafico 1.8.3** Distribución de mujeres de acuerdo a la confianza en sí misma*.

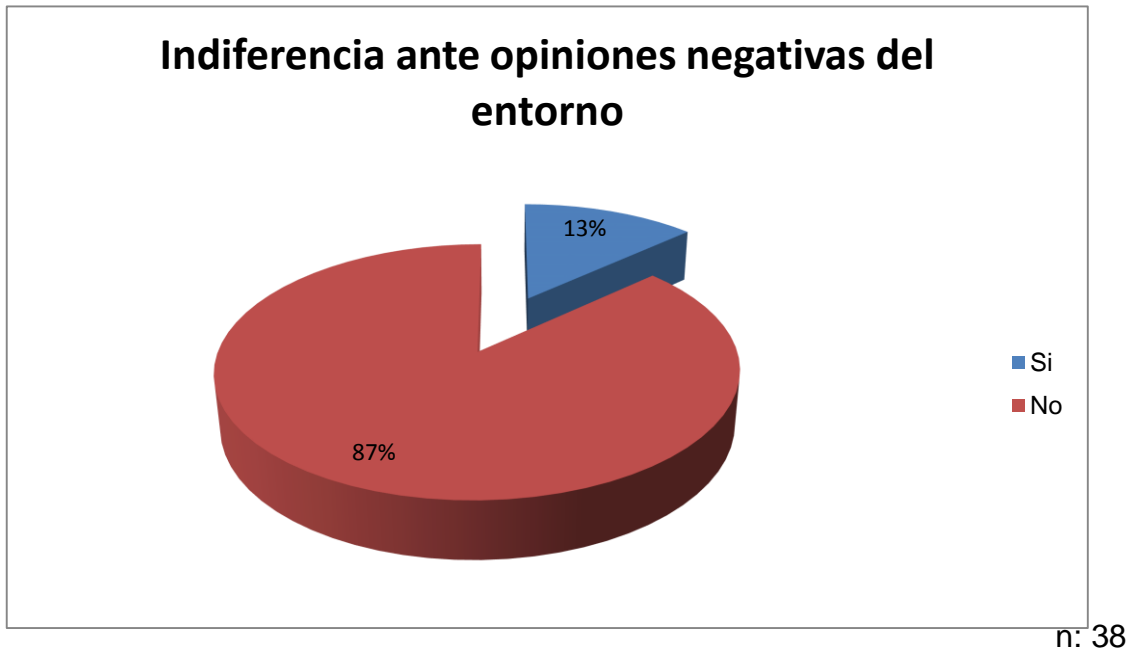


Comentario: La mayoría casi absoluta (97%) refiere tener confianza en sí misma, solo la mínima parte refirió no tener confianza propia.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.8.3 en Anexos

Grafico 1.8.4** Distribución de mujeres de acuerdo a la indiferencia ante opiniones negativas del entorno*.

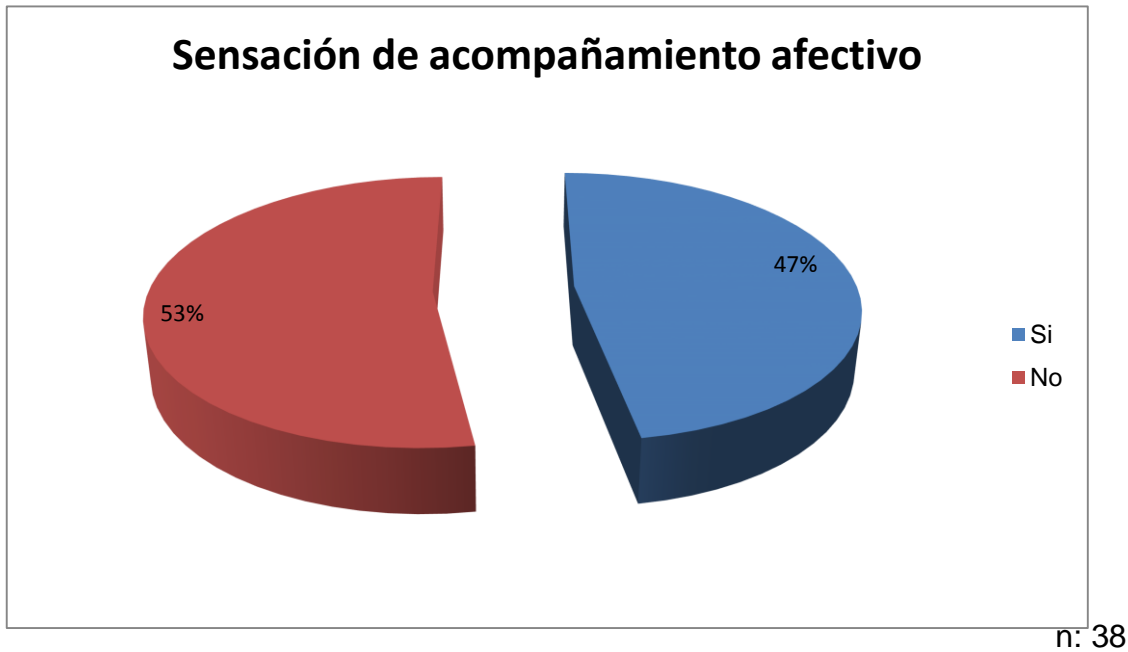


Comentario: La mayoría (87%) refiere sentirse afectado ante las opiniones negativas del entorno, y el 13% refirió ser indiferente frente a las opiniones negativas del entorno.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Frické y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.8.4 en Anexos

Grafico 1.8.5** Distribución de mujeres de acuerdo a la sensación de acompañamiento afectivo*.

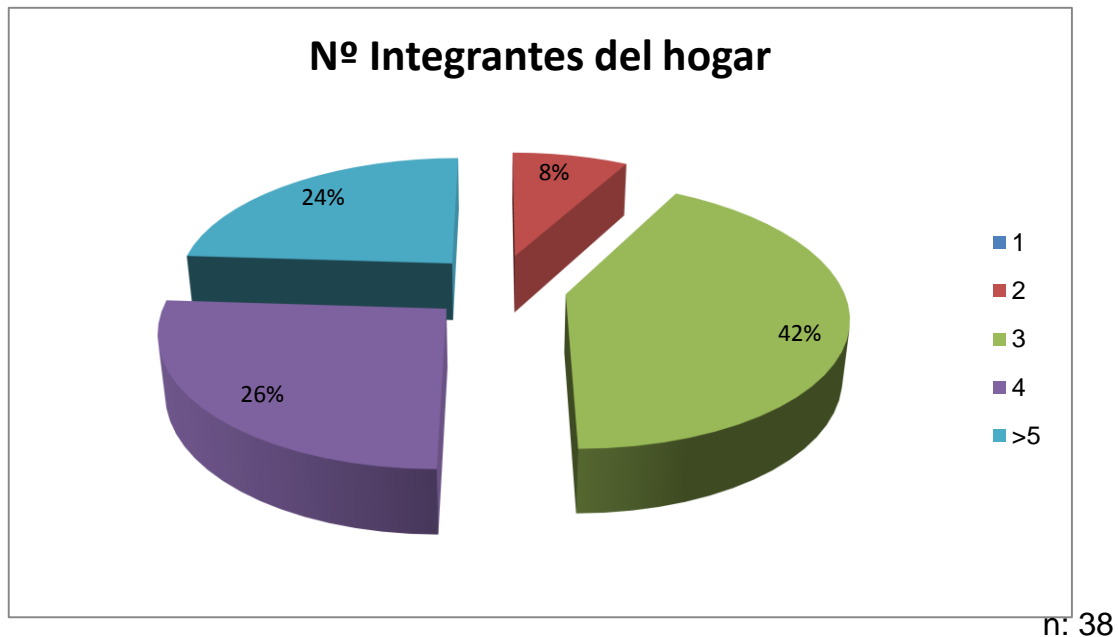


Comentario: el 53% el cual representa a la mayoría refiere haber sentido soledad afectiva en su vida, solo el 47% refirió una sensación de acompañamiento afectivo en toda su vida.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 1.8.5 en Anexo

Grafico 2.2.1** Distribución de mujeres de acuerdo al nº de integrantes del hogar*.

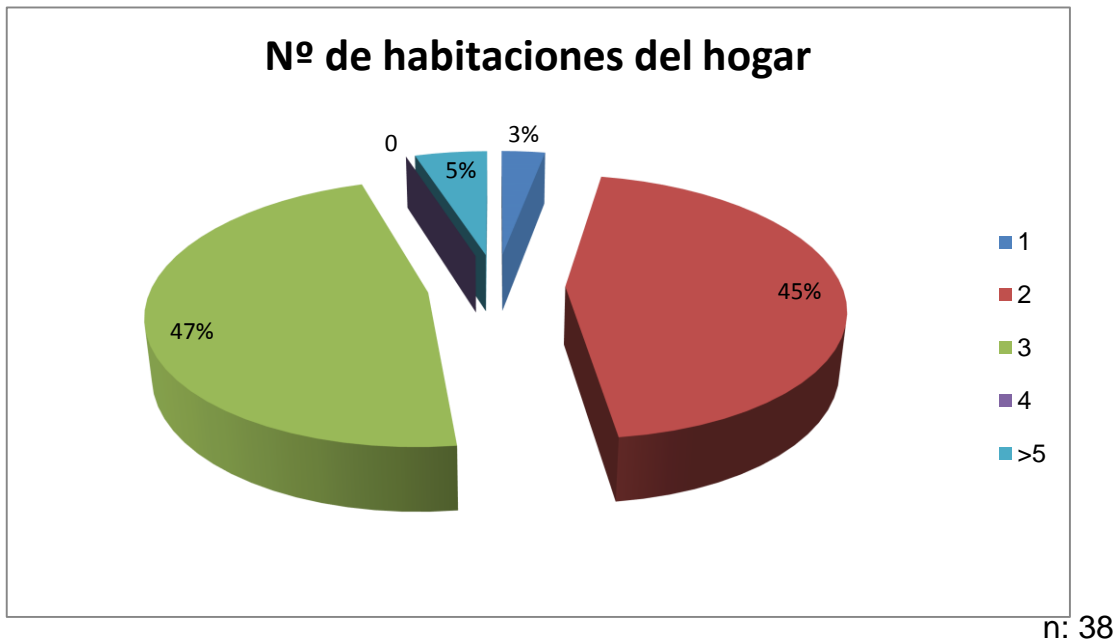


Comentario: El 42% de las mujeres encuestadas tiene un número de integrantes en su hogar de tres personas, incluyéndose, por otro lado el 8% vive sólo con una persona en su hogar, ninguna vive sola.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 2.1.1 en Anexos

Grafico 2.2.2** Distribución de mujeres de acuerdo al nº de habitaciones del hogar*.

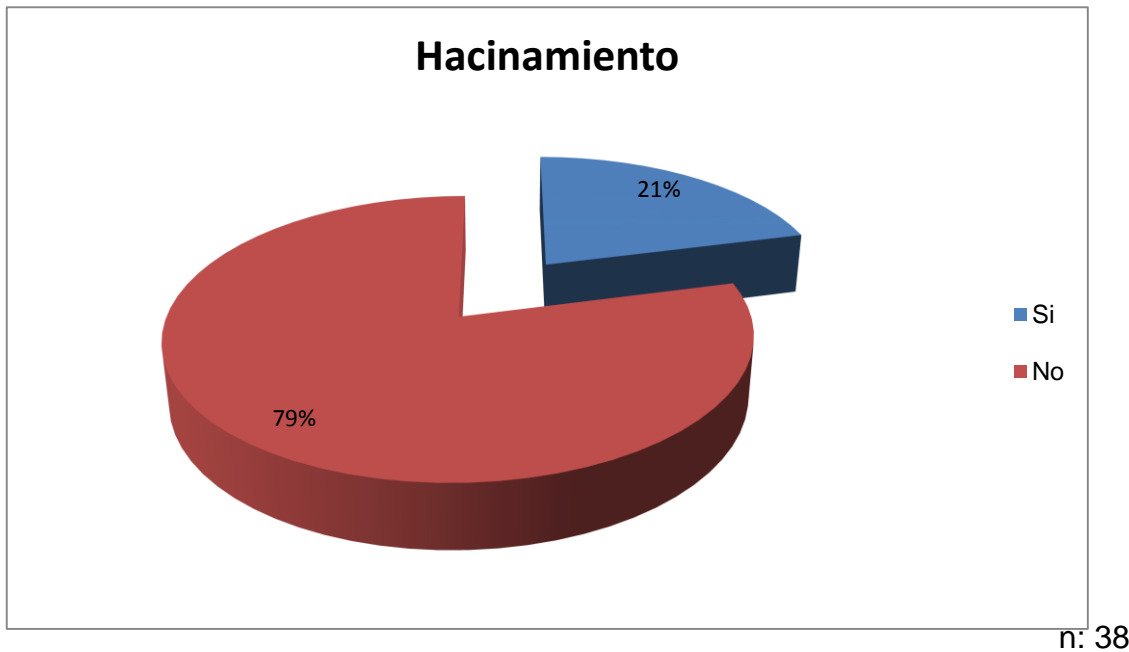


Comentario: El 47% posee tres habitaciones en el hogar, el 3% sólo cuentan con una habitación, ninguna mujer encuestada tiene cuatro habitaciones.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 2.2.2 en Anexos

Grafico 2.2.3** Distribución de mujeres de acuerdo a la condición de hacinamiento*.

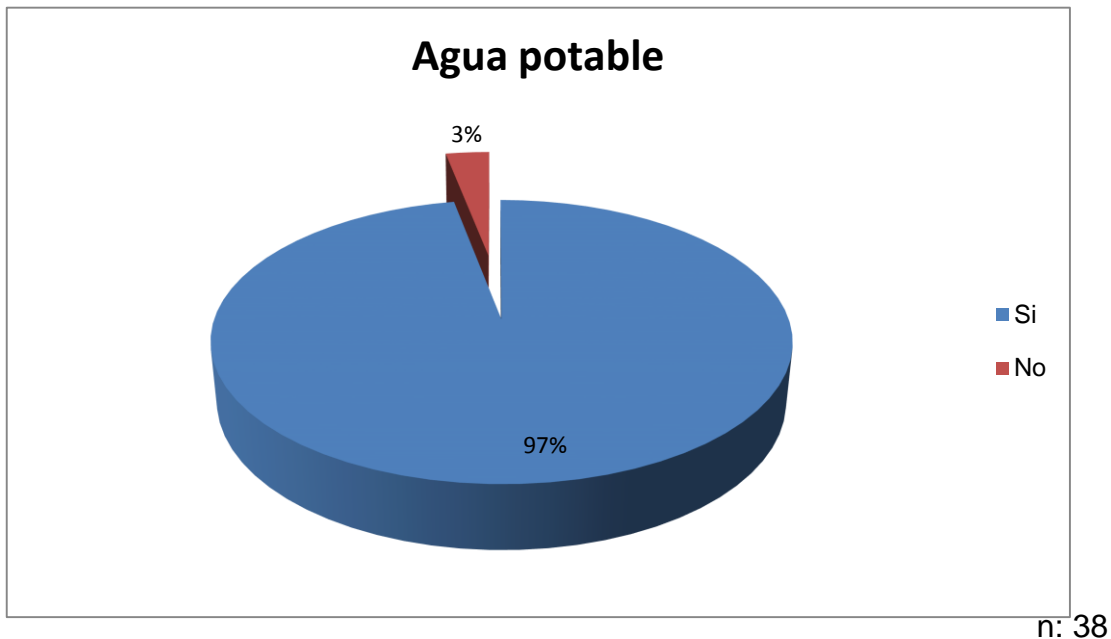


Comentario: Tras conocer el número de habitaciones y el número de personas con las que vive la gestante, incluyéndose, se obtuvieron los siguientes resultados, el 21% vive en situación de hacinamiento al interior de su hogar, por otro lado el 79% no comparte la misma situación.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 2.2.3 en Anexos

Grafico 2.2.4** Distribución de mujeres de acuerdo a la tenencia de agua potable*.

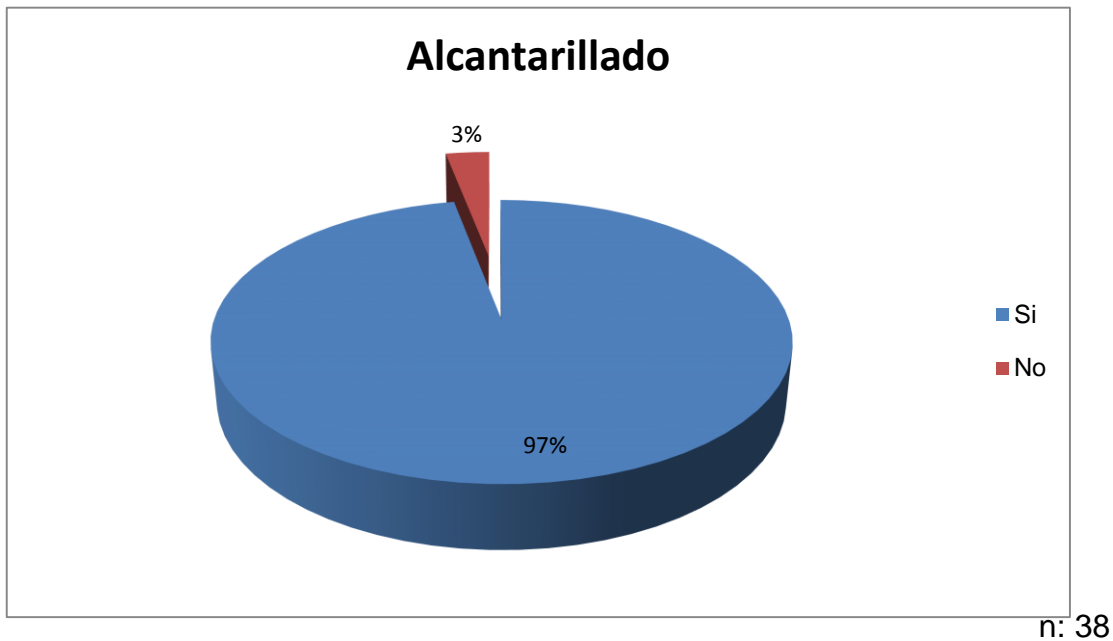


Comentario: El 97%, una amplia mayoría, posee uno de los servicios básicos como el agua potable, mientras que sólo el 3% no cuenta con esta.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Frické y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 2.2.4 en Anexos

Grafico 2.2.5** Distribución de mujeres de acuerdo a la tenencia de alcantarillado*.

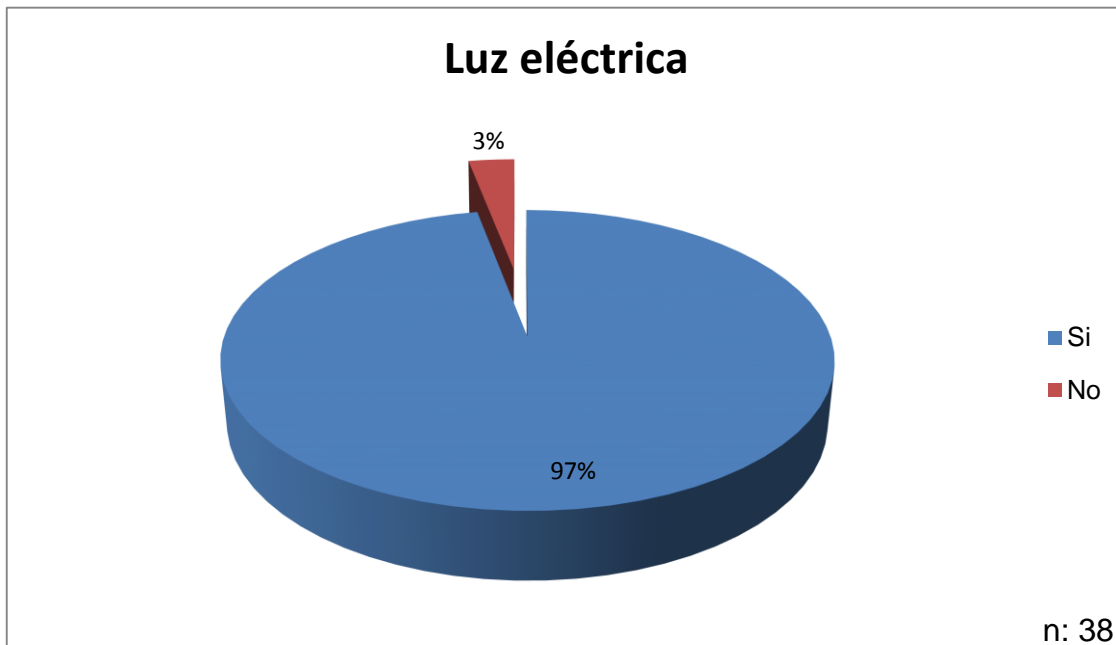


Comentario: El 97% cuenta con servicio de alcantarillado, mientras el otro 3% refirió no tenerlo.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 2.2.5 en Anexos

Grafico 2.2.6** Distribución de mujeres de acuerdo a la tenencia de luz eléctrica*.



Comentario: El 97% cuenta con luz eléctrica, mientras sólo el 3% no la posee.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 2.2.6 en Anexos

Grafico 2.2.7** Distribución de mujeres de acuerdo al tipo de material que está hecho mayoritariamente su hogar*.

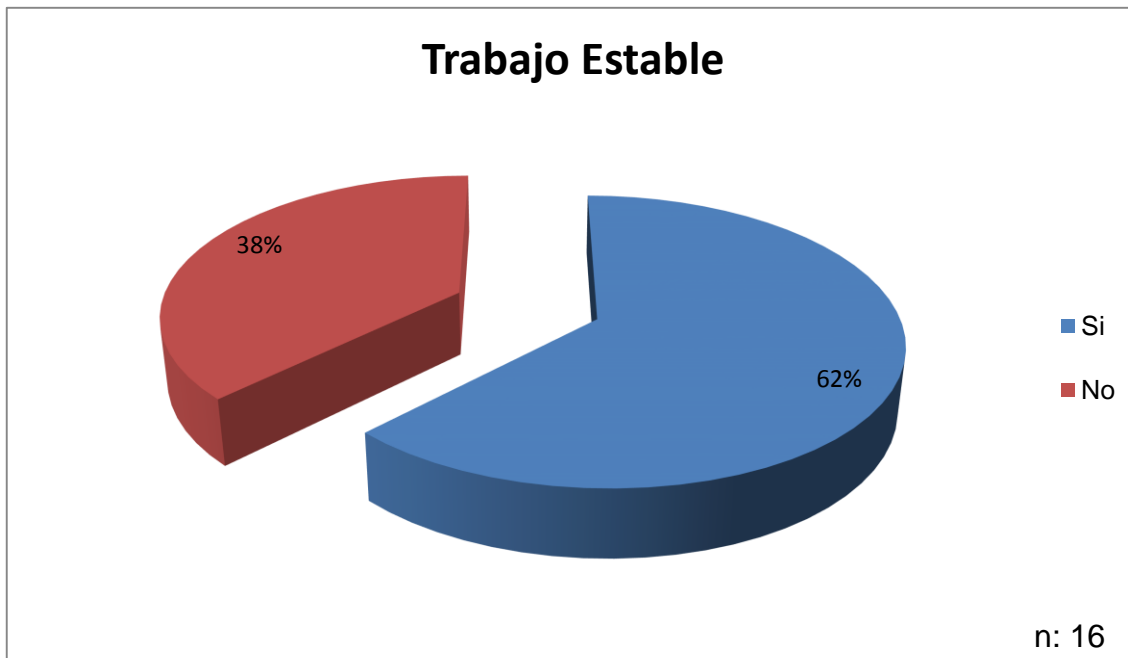


Comentario: La mayoría de las mujeres (37%) viven en hogares construidos con hormigón armado, material sólido, sólo el 5% tiene viviendas construidas con adobe, barro, quincha, pirca u otro artesanal, vivienda ligera, ninguna mujer refirió otro material

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 2.2.7 en Anexos

Grafico 2.5.1** Distribución de mujeres de acuerdo al trabajo estable*.

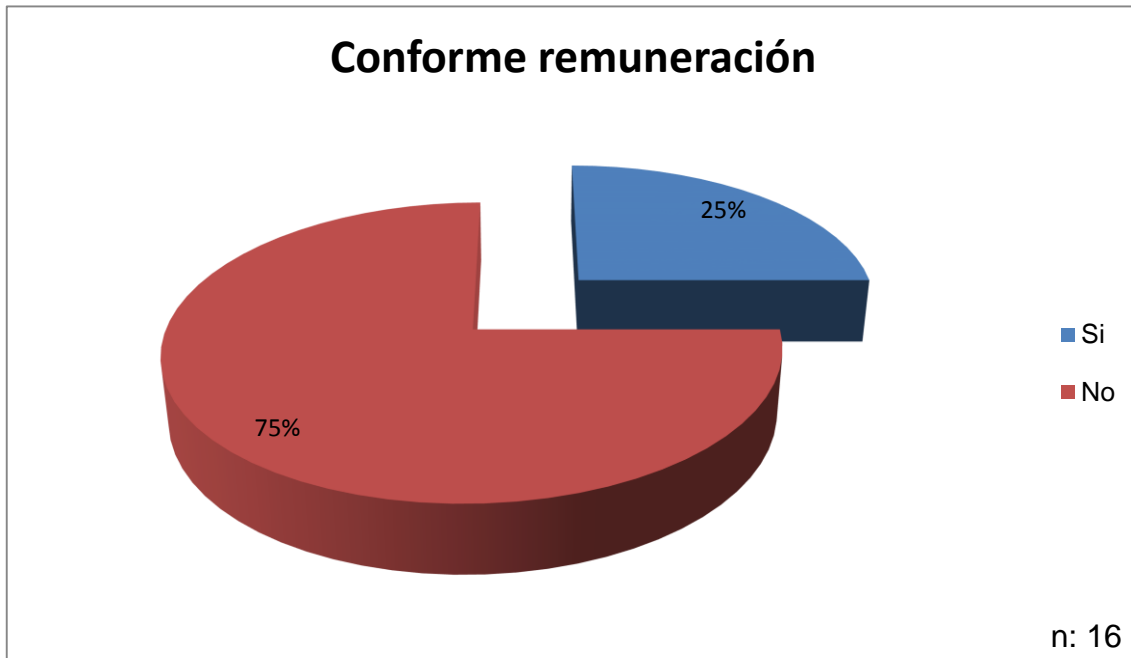


Comentarios: En esta grafica se describe que el 62% de las gestantes con trabajo remunerado, refiere tener un trabajo estable versus el 38% que refiere tener lo contrario.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 2.5.1 en Anexos

Grafico 2.5.2** Distribución de mujeres de acuerdo a la condición conforme remuneración*.

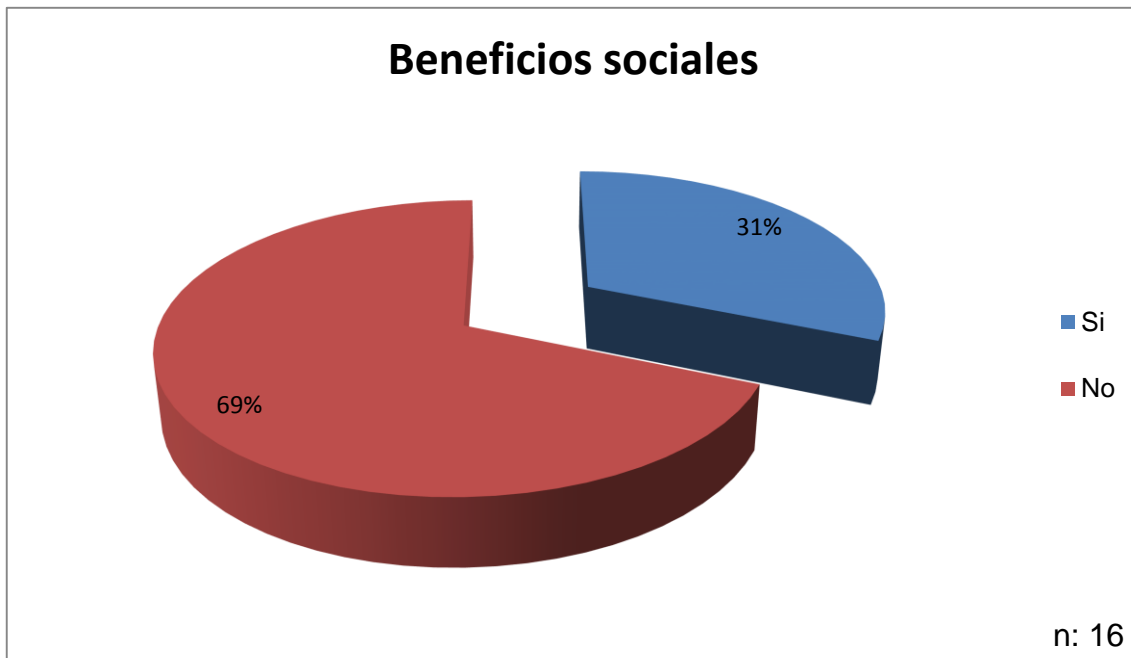


Comentario: El 75% de las gestantes con trabajo remunerado refiere no sentirse conforme con la remuneración monetaria que recibe por sus actividades laborales realizadas.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 2.5.2 en Anexos

Grafico 2.5.3** Distribución de mujeres de acuerdo a beneficios sociales*.



Comentarios: La grafica describe que el 31% de las gestantes trabajadoras refiere sentir que su trabajo no posee beneficios legales, no así como el 69% restante que refiere lo contrario.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 2.5.3 en Anexos

Grafico 2.5.4** Distribución de mujeres de acuerdo a trabajo motivador*.

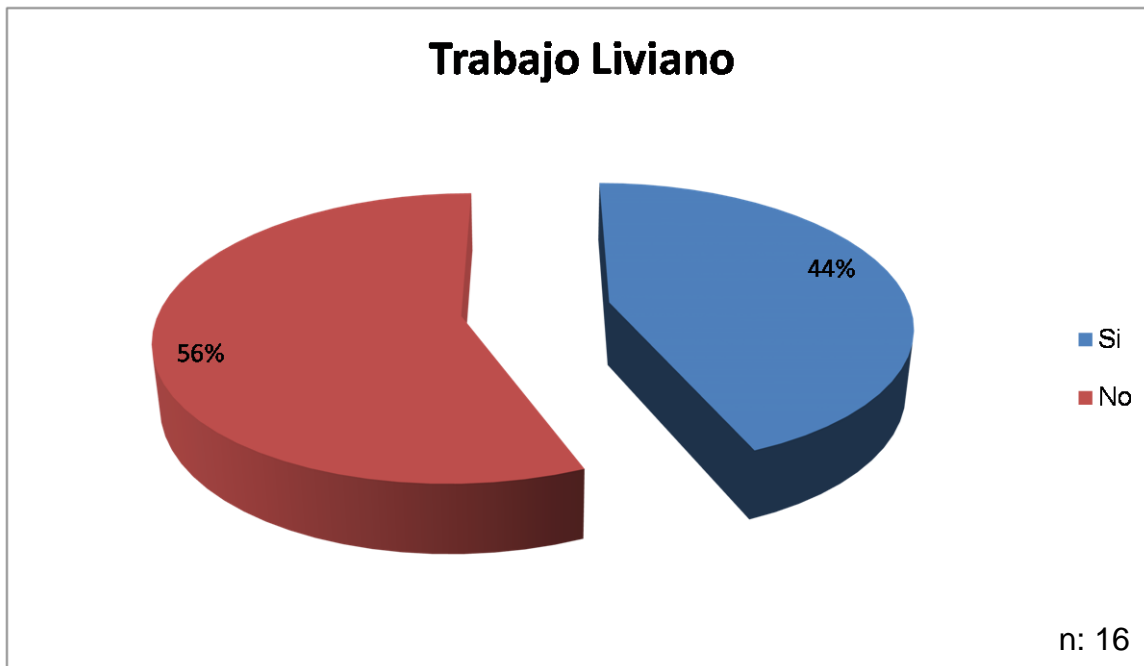


Comentarios: En esta grafica se puede ver que el 69% de las encuestadas con trabajo remunerado perciben poseer un trabajo motivador.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 2.5.4 en Anexos

Grafico 2.5.5** Distribución de mujeres de acuerdo a trabajo liviano*.

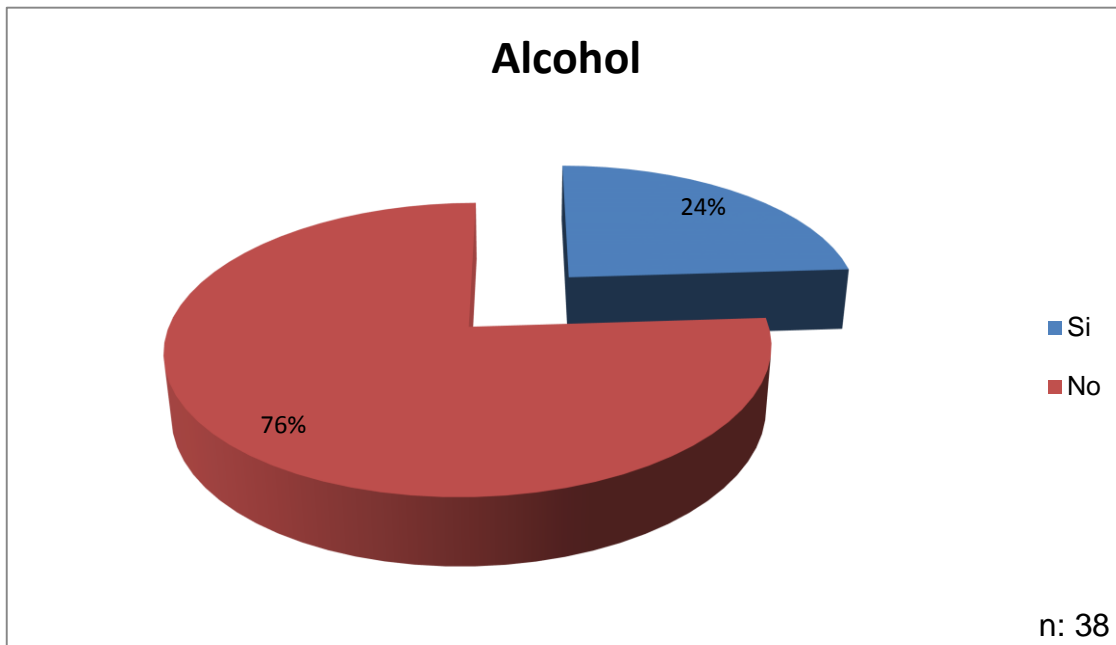


Comentarios: El 78% de las gestantes trabajadoras (16) describe su actividad laboral como un trabajo liviano.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 2.5.5 en Anexos

Grafico 3.1.1** Distribución de mujeres de acuerdo al consumo de alcohol*.

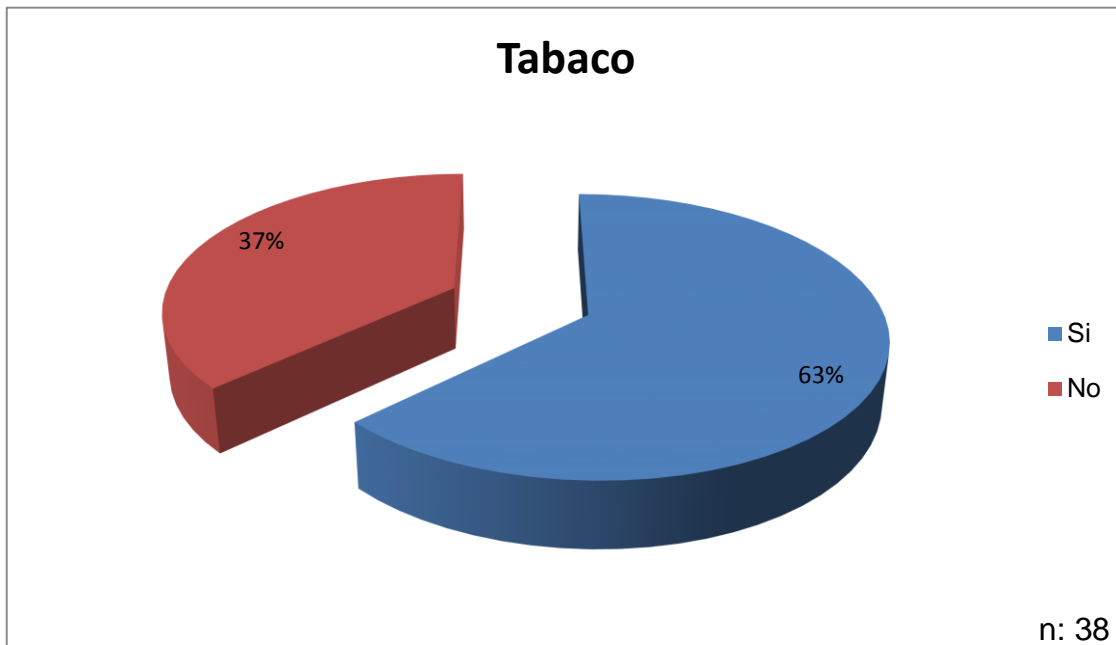


Comentario: El 76% no consumió alcohol ni antes ni durante la gestación, y el 24% si lo hizo.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 3.1.1 en Anexos

Grafico 3.1.2** Distribución de mujeres de acuerdo al consumo de tabaco*.

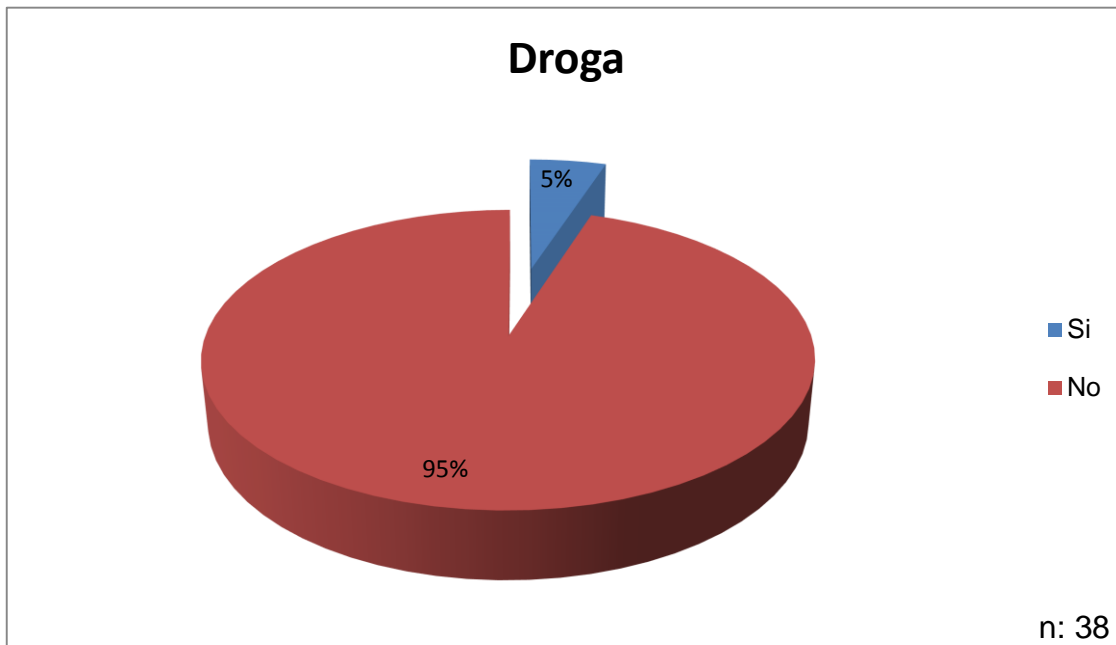


Comentario: La mayoría de las gestantes (63%) si consumió tabaco al inicio y/o durante toda la gestación y el 37% no lo hizo.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 3.1.2 en Anexos

Grafico 3.1.3** Distribución de mujeres de acuerdo al consumo de droga*.



Comentario: La gran mayoría (95%) no consumió drogas durante la gestación, mientras que el 5% si consumió algún tipo de droga.

*En mujeres gestantes con feto vivo diagnosticadas con Preeclampsia moderada o severa, hospitalizadas en los servicios de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Gustavo Fricke y Carlos Van Buren entre los meses Junio - Agosto del año 2012.

** Ver tabla 3.1.3 en Anexos

ANEXO IX: Tablas.

Objetivo 1

Tabla 1.1: Etapa del ciclo vital

Etapa del Ciclo Vital	N°	%
Adolescencia	7	18
Adulto joven	28	74
Adulto	3	8
Vejez	0	0

n: 38

Tabla 1.2: Gestaciones anteriores

Gestaciones Anteriores	N°	%
Si	28	74
No	10	26

n: 38

Tabla 1.3: Evolución de la gestación anterior

Evolución de la Gestación anterior	N°	%
Aborto o mortinato	9	32
Gestación con problemas	9	32
Gestación sin problemas	10	36

n: 28

Tabla 1.4: Gestación actual

Gestación Actual	N°	%
Acogida completa	28	74
Acogida parcial	6	16
Rechazo	4	10

n: 38

Tabla 1.4.1: Le entrega cariño a su hijo

Cariño a su hijo	N°	%
Si	36	95
No	2	5

n: 38

Tabla 1.4.2: Comunicación con su hijo

Comunicación con su Hijo	N°	%
Si	37	97
No	1	3

n: 38

Tabla 1.4.3: Alimentación saludable

Alimentación Saludable	N°	%
Si	32	84
No	6	16

n: 38

Tabla 1.4.4: Ausencia de hábitos nocivos

Ausencia de Hábitos Nocivos	N°	%
Si	32	84
No	6	16

n: 38

Tabla 1.4.5: Asistencia a todos los controles prenatales

Asistencia a todos los controles prenatales	N°	%
Si	33	87
No	5	13

n: 38

Tabla 1.5: Salud Mental

Salud Mental	N°	%
Optimista	12	31
Luchadora	17	45
Neutral	3	8
Perdedora	0	0
Evasiva	5	13
Negativa	1	3

n: 38

Tabla 1.6: Estrés

Estrés	N°	%
No superación del estrés	5	13
Superación parcial del estrés	8	21
Superación del estrés	20	53
No presenta	5	13

n: 38

Tabla 1.6.1: Soledad

Soledad	N°	%
Si	19	50
No	19	50

n:38

Tabla 1.6.2: Escases de recursos económicos

Escases de Recursos económicos	N°	%
Si	15	39
No	23	61

n: 38

Tabla 1.6.3: Ambiente familiar negativo

Ambiente Familiar Negativo	N°	%
Si	6	16
No	32	84

n: 38

Tabla 1.6.4: Trabajo forzoso

Trabajo Forzoso	N°	%
Si	3	8
No	35	92

n: 38

Tabla 1.6.5: Violencia intrafamiliar

Violencia Intrafamiliar	N°	%
Si	9	24
No	29	76

n: 38

Tabla 1.6.6: Enfermedad de una persona significativa

Enfermedad de Persona significativa enferma	N°	%
Si	23	61
No	15	39

n: 38

Tabla 1.6.7: Factor estresor presente

No presenta factor estresor	N°	%
Si	5	13
No	33	87

n: 38

Tabla 1.7: Acompañamiento

Acompañamiento	N°	%
Si	32	84
No	6	16

n: 38

Tabla 1.8: Autoestima

Autoestima	N°	%
Alta	26	68
Baja	12	32

n: 38

Tabla 1.8.1: Exitosa en la vida

Exitosa en la vida	N°	%
Si	33	87
No	5	13

n: 38

Tabla 1.8.2: Indiferencia por la impresión que causa sobre los demás

Indiferencia por la impresión que causa sobre los demás	N°	%
Si	24	63
No	14	37

n: 38

Tabla 1.8.3: Confianza en sí misma

Confianza en sí misma	N°	%
Si	37	97
No	1	3

n: 38

Tabla 1.8.4: Indiferencia ante opiniones negativas del entorno

Indiferencia ante opiniones negativas del entorno	N°	%
Si	5	13
No	33	87

n: 38

Tabla 1.8.5: Sensación de acompañamiento afectivo

Sensación de acompañamiento afectivo	N°	%
Si	18	47
No	20	53

n: 38

Objetivo 2

Tabla 2.1: Nivel socioeconómicos

Nivel Socioeconómico	N°	%
ABC1 (Alto)	12	32
C2 (Medio Alto)	19	50
C3 (Medio)	5	13
D (Medio Bajo)	2	5
E (Bajo)	0	0

n: 38

Tabla 2.2: Vivienda

Vivienda	N°	%
Adecuada	15	39
Regular	20	53
Inadecuada	3	8

n: 38

Tabla 2.2.1: N° de integrantes del hogar

N° Integrantes del Hogar	N°	%
1	0	0
2	3	8
3	16	42
4	10	26
>5	9	24

n: 38

Tabla 2.2.2: N° de habitaciones

N° Habitaciones del Hogar	N°	%
1	1	3
2	17	45
3	18	47
4	0	0
>5	2	5

n: 38

Tabla 2.2.3: Hacinamiento

Hacinamiento	N°	%
Si	8	21
No	30	79

n: 38

Tabla 2.2.4 : Agua potable

Agua Potable	N°	%
Si	37	97
No	1	3

n: 38

Tabla 2.2.5: Alcantarillado

Alcantarillado	N°	%
Si	37	97
No	1	3

n: 38

Tabla 2.2.6: Luz eléctrica

Luz Eléctrica	N°	%
Si	37	97
No	1	3

n: 38

Tabla 2.2.7: Material que está confeccionado mayoritariamente el hogar

Materiales Construcción Hogar	N°	%
Acero u hormigón armado; albañilería de ladrillo, bloques de cemento o piedra; tabique forrado.	14	37
Adobe, tabique sin forro interior (madera u otro); barro, quincha; pirca.	10	6
Material de desecho o reciclaje (cartón, lata, sacos, plásticos)	14	37

n: 38

Tabla 2.3: Nivel educacional

Nivel Educacional	N°	%
Analfabeta	0	0
Básica incompleta	1	3
Básica completa	0	0
Media incompleta	9	24
Media completa	24	63
Educación superior técnica incompleta	0	0
Educación superior técnica completa	2	5
Educación superior universitaria incompleta	0	0
Educación superior universitaria completa	2	5
Post grado	0	0

n: 38

Tabla 2.4: Actividad Laboral

Actividad Laboral	N°	%
Trabajo Remunerado	16	42
Dueña de Casa	14	37
Sin Actividad Laboral	8	21

n: 38

Tabla 2.5 Satisfacción Laboral

Satisfacción Laboral	N°	%
Satisfactorio	1	6
Medianamente Satisfactorio	3	19
Insatisfactorio	12	75

n: 16

Tabla 2.5.1 Trabajo Estable

Trabajo estable	N°	%
Si	10	62
No	6	38

n: 16

Tabla 2.5.2 Conforme con Remuneración

Conforme con Remuneración	N°	%
Si	4	20
No	12	80

n: 16

Tabla 2.5.3. Beneficios Legales

Beneficios Legales	N°	%
Si	5	31
No	11	69

n: 16

Tabla 2.5.4 Trabajo Motivador

Trabajo Motivador	N°	%
Si	5	31
No	11	69

n: 16

Tabla 2.5.5 Trabajo Liviano

Trabajo Liviano	N°	%
Si	7	44
No	9	56

n: 16

Tabla 2.6 Actividad de Tiempo libre

Actividad de tiempo libre	N°	%
Si	22	58
No	16	42

n: 38

Tabla 2.7 Religión

Religión	N°	%
Si	22	61
No	15	39

n: 38

Tabla 2.8: Red de Amigos

Red de Amigos	N°	%
Si	29	76
No	9	24

n: 38

Tabla 2.9: Domicilio (Ubicación Geográfica)

Domicilio	N°	%
Urbano	28	68
Rural	6	16
Urbano- Marginal	6	16

n: 38

Tabla 2.10: Tipo de Familia

Tipo de Familia	N°	%
Nuclear	26	68

Extensa	12	32
n: 38		

Objetivo 3

Tabla 3.1: Hábitos Nocivos

Hábitos Nocivos	N°	%
Presente	25	66
Ausente	13	34

n: 38

Tabla 3.1.1: Consumo de Alcohol

Consumo de Alcohol	N°	%
Si	9	24
No	29	76

n: 38

Tabla 3.1.2: Consumo de Tabaco

Consumo de Tabaco	N°	%
Si	24	63
No	14	37

n: 38

Tabla 3.1.3: Consumo de Drogas

Consumo de Drogas	N°	%
Si	3	8
No	35	92

n: 38

Tabla 3.2: Uso de sustancia nociva

Tipo de Hábitos	N°	%
Medicamentos	0	0
Morfina	0	0
Heroína	0	0
Cocaína	1	33
Anfetaminas	0	0
Benzodiacepinas	0	0
Marihuana	2	67
LSD	0	0
Tolueno	0	0

n: 3

Tabla 3.3: Autolesión

Autolesión	N°	%
Si	5	13
No	33	87

n: 38

Tabla 3.4: Violencia

Violencia	N°	%
Si	10	26
No	28	74

n: 38

Tabla 3.5: Denuncia de Violencia

Denuncia de Violencia	N°	%
Si	7	60
No	3	40

N: 10