

Percepción y Experiencias de Estrés Psicosocial durante Embarazos Pretérmino

Estudiante: Meza, Agustina

Legajo: 26238

Director/es: Esp. Lic. Prof. Fernández, Marianela N.

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciatura

2024

Índice

Resumen	5
Delimitación de Objeto de Estudio, Planteo del Problema y su Justificación	6
Delimitación de Objeto de Estudio	6
Planteo del Problema y su Justificación	8
Supuestos Básicos de Investigación.....	10
Objetivos	10
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos	11
Estado del Arte	12
Marco Teórico.....	18
El Estrés.....	18
El Estrés Desde los Correlatos Biológicos y Fisiológico	18
El Estrés desde los Procesos Cognitivos	20
Tipos de Estrés.....	23
Estresores Psicosociales	24
El Embarazo.....	24
Partos Prematuros.....	26
Distinción entre Estrés Perinatal y Estrés Específico del Embarazo.....	26

Impacto del Estrés Perinatal en el Parto Prematuro	28
Importancia del Entorno Psicosocial durante la Gestación	29
Método	30
Diseño	30
Participantes	30
Criterios de inclusión	31
Criterios de explicación.....	31
Instrumentos de Evaluación y Recolección de Datos	31
Adaptación de la Entrevista Psicológica Perinatal (EPP)	31
Procedimiento.....	33
Constancia de Consentimiento Informado	34
Resultados	35
Discusión.....	42
Futuras Líneas de Investigación	46
Aportes y Contribuciones de la Investigación.....	47
Limitaciones de la Investigación	48
Referencias	49
Anexo	57
Anexo A. Entrevista Psicológica Perinatal (EPP)	57

Anexo B. Percepción y Experiencias de Estrés Psicosocial durante Embarazos Pretérmino	59
Anexo C. Consentimiento Informado	61

Resumen

En la presente investigación se tuvo como objetivo explorar las percepciones y experiencias de estrés psicosocial durante embarazos pretérmino. El diseño utilizado para este trabajo fue no experimental, transversal, cualitativo. En función del objetivo de investigación, se seleccionó una muestra no probabilística, conformada por una población de 13 mujeres que hayan tenido parto prematuro, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. No quedaron incluidos casos de mortalidad neonatal.

En relación con los instrumentos, se realizó la recolección de datos a través de una adaptación de la Entrevista Psicológica Perinatal (EPP) de Alicia Oiberman, se hizo un listado de preguntas basadas en algunas áreas que explora la EPP. Para la detección de los factores de estrés, el apartado de Life Events, permitió profundizar en las siguientes áreas: pareja, muertes, área social problema actual y problema con otros hijos. A su vez, en la adaptación se agregó un anexo relacionado a la presencia o no de asistencia psicológica.

Como resultado, se traduce de las experiencias de estas mujeres, la presencia de estresores psicosociales, acompañado de una escasez de redes de contención frente a los Life Events, en donde reportaron la ineficacia del apoyo social y familiar, sumado a la ausencia de asistencia psicológica. En Conclusión, la presencia de estresores psicosociales es una realidad en muchas madres, y estos son un posible predictor de partos pretérmino, las redes de contención social-familiar y el apoyo de profesionales de la salud mental pueden ser factores protectores. Estos Life Events deben ser tratados a partir de un trabajo interdisciplinario e integral, abordando el problema desde un foco humanista y comunitario.

Palabras clave: Estrés, Estresores Psicosociales, Perinatal, Nacimiento Pretérmino.

Delimitación de Objeto de Estudio, Planteo del Problema y su Justificación

Delimitación de Objeto de Estudio

“Como la paternidad exitosa es una clave importante para la salud mental de la generación siguiente, necesitamos saber todo lo posible acerca de su naturaleza y acerca de las diversas condiciones sociales y psicológicas que influyen en su desarrollo positiva o negativamente”
(Bowlby, 1989, p.13).

El embarazo en sí mismo conlleva modificaciones en la vida de la mujer y en el de su grupo familiar, Christian (2012) sostiene que este proceso, a pesar de tratarse de una etapa positiva, es también compleja, evolutiva, fisiológica y psicológicamente hablando, por lo que requiere una adaptación por parte de la mujer en todas las esferas de su vida para poder hacer frente al embarazo de forma satisfactoria. En consecuencia, implica un monto de estrés propio del embarazo que posibilita la adaptación al proceso gestacional. Por otro lado, existen estresores que acontecen durante la etapa perinatal, los cuales, si se sostienen en el tiempo, pueden ser perjudiciales para el desarrollo del nuevo ser.

Oiberman (2011), realiza un recorrido histórico sobre las investigaciones que estudiaron aquellos eventos potencialmente estresantes y su vinculación con dificultades durante el parto. Esta autora indica que ya en la década de los 60 se comenzó a tener la sospecha de que los factores psicosociales podrían estar relacionados con las complicaciones durante el parto, pero es recién en los 90 que se inician los estudios a raíz del aumento de nacimientos pretérmino en aquellos casos donde hubieron “sucesos significativos de vida (life-events) y percepción de estrés” (Oiberman et al., 1998, como se

citó en Oiberman 2011, p. 2). Ya a principios del siglo XXI, se comienzan a entender los mecanismos neuroendocrinológicos e inmunológicos involucrados en este proceso de estrés y sus efectos en la placenta y el feto causados por el estrés psicosocial (Salvatierra, M. 1998, Hobel, 2004, Arck PC, 2006, como se citó en Oiberman 2011, p. 2).

Ya inmersos en el concepto de estrés, la APA (2013) lo describe como un sentimiento de agobio, que preocupa y agota (párr. 1). el cual afecta a personas de cualquier edad y sexo y puede producir problemas de salud a nivel físico o psicológico. Esta organización propone la definición del estrés entendiéndolo como aquellas experiencias emocionales que genera molestia y vienen acompañadas de cambios a nivel bioquímico, fisiológico y en las conductas de las personas que lo padecen (párr.1).

Cáceres et al. (2017) indican que:

los estresores durante el período gestacional (e.g., estrés físico, nutricional, hormonal, psicológico, interacción con drogas exógenas, entre otros), agrupados en el concepto de estrés prenatal (EP) y entendidos como el conjunto de factores que durante el periodo gestacional puedan alterar la homeostasis y de este modo el desarrollo del nuevo ser, tendrán consecuencias particularmente relevantes durante los períodos críticos del desarrollo.

Se ha descrito que la experimentación de estrés por parte de la madre, en situaciones que percibe como aversivas o amenazantes, se correlaciona con trastornos en los infantes, los cuales se pueden manifestar en malformaciones congénitas, disminución del peso al nacer, menor tiempo de gestación, alteraciones neuroendocrinas y del neurodesarrollo motor y sensorial, trastornos psiquiátricos como esquizofrenia y trastornos de conducta (Benitzhak

& Verny, 2004; Foster, 2006; Grizenko et al., 2008; Hougaard, Andersen, Kjær, Hansen, Werge & Lund, 2005; Torstensson, Lundberg, Sveger & McNeil, 1999, como se citó en Pinto-Dussán et al., 2010)

Como el objetivo de este trabajo es indagar sobre aquellos estresores que se relacionan en cierta medida al riesgo de parto prematuros, es pertinente definir también el concepto de prematurez. La OMS (2022) expresa que “se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de completarse las 37 semanas de embarazo”. Expone la existencia de 3 subcategorías dentro de recién nacidos prematuros basadas en la edad gestacional: los extremadamente prematuro (menos de 28 semanas), muy prematuro (de 28 a 32 semanas) y los prematuros entre moderado y tardío (de 32 a 37 semanas).

Huertas Tacchino (2018) señala que “actualmente se considera al parto pretérmino (PPT) como un síndrome y no una patología en sí” (p. 400). Por tanto, como indica este autor, los partos pretérminos tienen un origen multifactorial e indica dos grandes grupos de causas: por un lado, están las causas intrínsecas como las activaciones hormonales y activaciones neurales. Por otro lado, nombra las causas extrínsecas, entre las cuales se encuentran: sobredistensión uterina, infecciones maternas, isquemia uteroplacentaria, malformaciones uterinas, enfermedades cervicales y el estrés.

Planteo del Problema y su Justificación

Huertas Tacchino (2018) sugiere que últimamente se ha añadido el estrés materno como causa de los partos prematuros y afirma que:

El estrés materno es un elemento que activa prematuramente el eje hipotálamo- hipófisis-adrenal dando inicio al parto pretérmino, ya sea aumentando

los niveles séricos de estrógenos (que estimulan contracción miometrial) o disminuyendo la progesterona (que mantiene la quiescencia uterina). Los estresores maternos pueden ser tanto físicos como psicológicos, incluyendo ansiedad y depresión.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a finales del año 2022, declaró que cada año 15 millones de niños son prematuros. La OMS afirma que fallecen un millón de niños por año a causa de las complicaciones que generan este tipo de nacimiento. En el 2023 la OMS señaló que en el año 2019 “aproximadamente 900 000 niños fallecieron como consecuencia de las complicaciones relacionadas con el parto prematuro” (párr. 4).

En el 2021, el Ministerio de Salud de la República Argentina registró que:

En los últimos años, se evidencia en Argentina una disminución de la tasa de natalidad (DEIS, 2019). No obstante, si se compara la evolución de los nacidos vivos distinguiendo aquellos nacimientos pretérminos, se observa que la tendencia decreciente es más significativa en el total de nacidos vivos que en la de los nacidos prematuros, que prácticamente se mantiene constante durante el período analizado (2009-2019).

En base a estos datos, el Ministerio de Salud asegura que estos resultados indicarían que la cantidad de prematuros se incrementa:

La tasa ‘de prematurez a nivel nacional pasó de representar el 8%, en 2009, al 8,9% en 2019; lo que significa un aumento del 11,3% en la última década. En Argentina, en 2019, sobre un total de 625.441 nacidos vivos, 55.709 nacieron antes de las 37 semanas, lo que representa una tasa de prematurez del 8,9%. A lo largo de la

última década, se observa un incremento en la tasa de prematuridad de más de 10 puntos porcentuales.

Supuestos Básicos de Investigación

Al margen de la importancia que tiene el trabajo de registrar estadísticamente la tasa de prematuridad nacional, con el fin de poder visibilizar esta problemática, es relevante también indagar sobre las experiencias y percepción de estrés psicosocial durante el embarazo de aquellas mujeres que tuvieron bebés prematuros. El supuesto básico de esta investigación es que hay presencia de estresores psicosociales durante los embarazos pretérmino, por ello se busca conocer las circunstancias y sucesos vividos por estas mujeres. También, se tiene el fin poner una cara a la problemática y promover el cuidado de la salud mental durante la etapa perinatal.

En base a lo anterior planteado, surgen los siguientes interrogantes:

¿Cuáles fueron las experiencias de estas mujeres en el transcurso de su embarazo?

¿Cuáles son los principales estresores mencionados?

¿Presentan redes familiares y sociales de apoyo?

¿Buscaron ayuda o asesoramiento frente a los eventos estresantes?

Objetivos

Objetivo General

Como la pregunta de investigación se vincula a la necesidad de conocer cuáles fueron las experiencias y percepción de estrés psicosocial durante aquellos embarazos que fueron pretérmino, el objetivo general que se propone para este trabajo es:

-Describir las experiencias de mujeres con embarazos pretérmino, con el fin de detectar la presencia de estrés psicosocial.

Objetivos Específicos

-Indagar sobre los sucesos psicosociales significativos durante el periodo perinatal.

-Delimitar los principales factores de riesgo durante el periodo de embarazo.

-Investigar acerca de la presencia de redes familiares y sociales de apoyo en la población investigada.

-Explorar si estas mujeres recibieron algún tipo de asistencia psicológica en el periodo prenatal.

Estado del Arte

Gracias a otras investigaciones se ha comprendido y demostrado el impacto que tienen los estresores psicosociales durante el periodo gestacional. Como ya se citó anteriormente, Oiberman (2011) destaca que desde la década de los 60 hasta la actualidad, se han realizado estudios relacionados con la implicancia de los factores psicosociales en las complicaciones en el parto.

A continuación, se detallarán trabajos realizados que se vinculan con el tema de investigación.

El objetivo del estudio que desarrollaron Zuñiga Del Aguila y Paredes Briceño (2017) fue determinar los estresores psicosociales relacionados a la amenaza de parto y parto pre-término en gestantes que fueron atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, entre agosto y diciembre de 2016 (p. 25). El trabajo tuvo como diseño una metodología cuantitativa, descriptiva, correlacional (p. 31), cuya muestra fue 140 gestantes (p. 32); la técnica que usaron fue la entrevista y como instrumento el cuestionario (p. 34). Los resultados que obtuvieron Zuñiga Del Aguila y Paredes Briceño (2017) fueron: estresores psicológicos-violencia psicológica: hostigamiento, 40% de su pareja y 35,7% de familiares de la pareja; 46% cambio de actitud de la pareja (p. 36-37). Violencia física: 27.2% la pareja y 9.3% autolesión (p. 37). Según motivación: 21.5% por embarazo, 70.7% aceptación del embarazo, 80% alegría del embarazo (p. 38). Según la pareja: 80% amor en el pasado, 58.5% perspectivas del futuro (p. 39). Estresores sociales: familiares: 29,3% insinuación del aborto, 60.1% compromiso; Familiares directos: 74.3% apoyo materno, 72.8% apoyo de mi familia; Familiares de la Pareja: 53.6% apoyo maternal, 58.6% emocional (p. 39). Situación económica: 63.6% de la pareja, 55% de la familia. Según proyecto personal: frustración 50%

educativa y 30% de proyecto de vida. El 96,4% amenaza de parto, 66,4% de 28 a 36 sem. y 33,6% de 20 a 27 sem., 27,1% parto pre-término, parto 15,0% vaginal y 12,1% cesárea (p. 40). Como conclusión, indican que los estresores psicológicos y sociales tienen relación estadísticamente significativa ($P < 0,05$), con edad gestacional, amenaza de parto y parto pretérmino (p. 59).

Wheeler et al. (2018, párr. 1) En su investigación buscaron determinar si la raza altera el vínculo entre el estrés psicosocial, la paridad y el PTB. Hicieron un análisis secundario del Healthy Pregnancy, Healthy Baby Study, donde compararon los resultados de las mujeres que tuvieron su primer embarazo, multíparas con antecedentes de parto pretérmino o multíparas con antecedentes de parto que fueron a término. Los aspectos medidos en esta investigación: estrés percibido, el racismo percibido, el apoyo interpersonal, el John Henryismo y la autoeficacia. La cohorte analizada fue de 1606 mujeres, 426 eran primerizas, 268 con antecedentes de parto pretérmino y 912 con antecedentes de parto a término. Como resultado, en aquellas mujeres con antecedentes de parto a término, se encontró una mayor autoeficacia y se asoció con menores probabilidades de tener bebés prematuros espontáneo. En conclusión, el estrés psicosocial y el parto pretérmino puede estar intermediando por la paridad y la raza.

Stylianou-Riga et al. (2018) estudiaron sobre “Factores socioeconómicos maternos y el riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer en Chipre: un estudio de casos y controles”, con el objetivo de entender la asociación de las características demográficas, clínicas y socioeconómicas de las mujeres con parto prematuro y el bajo peso neonatal en Chipre (p. 1). Realizaron un estudio de casos y controles de embarazadas que asistieron al hospital arzobispo Makarios III en Nicosia, Chipre, participaron 697 gestantes, donde 348

mujeres tuvieron parto pretérmino (casos) y 349 con parto a término (control) (p. 2-3). El cálculo se realizó con OpenEpi, (p. 2). Como resultado, el parto prematuro se relaciona con la mayor edad materna, ausencia de diabetes gestacional, jornadas de trabajo largas y estrés emocional (p. 4). En esta investigación demostraron que el estrés, prolongadas horas de trabajo y edad avanzada durante periodo de embarazo, se vinculan con mayor probabilidad de parto prematuro y bajo peso al nacer en Chipre (p. 7).

Quispe-Altamirano y Maza-Izquierdo (2020) en su trabajo tuvieron como objetivo determinar la relación del estrés y parto prematuro en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba, julio-noviembre 2019 (p. 19). La investigación fue hecha en base al método cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal (p. 21). La población que eligieron para llevar a cabo este estudio estuvo conformada por 99 gestantes adolescentes de parto prematuro, e hicieron que contesten un cuestionario (p. 21). Como resultado, se comprobó que dentro de las características sociodemográficas de las adolescentes predominan la edad entre 16 a 19 años en 84,4%, ser ama de casa el 54,4% y convivir 67,8%, la incidencia de prematuridad fue de 27% casos (p. 25-26). Los tipos de estrés que se presentan en estas mujeres son: estrés agudo 87,8% y estrés crónico 12,2% (p. 27). En conclusión, hay una relación entre el estrés y gestante adolescente con el parto prematuro (p. 32).

Lalani et al. (2021), investigaron sobre “El estrés percibido puede mediar en la relación entre los síntomas depresivos prenatales y el parto prematuro: un estudio de cohorte observacional piloto”, cuya finalidad fue detectar si los síntomas depresivos y/o ansiedad vinculada con el embarazo pueden influir en el riesgo de parto pretérmino en una población de mujeres de Pakistán; verificar si la percepción de estrés durante el embarazo está

implicada en la prematuridad (p. 1). El método de este trabajo fue de cohorte prospectivo donde reclutaron una muestra de 300 mujeres embarazadas con bajo riesgo (p 4). El resultado del estudio arrojó que la ansiedad relacionada con el embarazo (OR = 1,1, IC 0,97–1,17, p = 0,167) y los síntomas depresivos (OR = 0,9, IC 0,85–1,03, p = 0,179) predijeron para el parto pretérmino, después cuando estos se evaluaron con el estrés hubo cambios en los síntomas depresivos y se volvieron más significativos (OR = 0,9, IC 0,82–1,01, p = 0,082) (p. 2). Como conclusión, sostienen que existe una relación entre el estrés percibido por las mujeres, los síntomas depresivos y el parto pretérmino (p. 2).

Ortiz Acha (2020) realizó una investigación con el objetivo de determinar el riesgo de amenaza de parto pretérmino en base a la Ansiedad-Estrés-Depresión en mujeres de 16 a 40 años de la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Apoyo II – Sullana durante el periodo 2019 – 2020 (p. 12). Utilizó un diseño de estudio de casos controles prospectivo, en donde se incluyeron 72 pacientes con el diagnóstico de Amenaza de parto pretérmino, con sus respectivos controles (p. 12-13). Para recolectar los datos, fueron realizadas encuestas en vivo de 10 minutos, donde se recopiló información sobre factores sociodemográficos y se le pidió que contestaran la encuesta Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21) (p. 16). En los resultados se halló que las madres con mayores síntomas de depresión (aOR=2.78), ansiedad (aOR=3.72) o estrés (aOR=5.47) eran aquellas que presentaron amenaza de parto pretérmino (p. 22). Se llegó a la conclusión de que existe una relación entre la triada depresión-ansiedad-estrés y la amenaza de parto prematuro.

Terrones-Santa Cruz (2021) Con el objetivo de determinar el riesgo biopsicosocial prenatal y su relación con el parto prematuro de adolescentes, realizó una investigación en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas, 2020 (p. 23). El

método utilizado fue cuantitativo, descriptivo, corte transversal; y recolección prospectiva de datos (p. 26). En los resultados, dentro del perfil psicológico, las adolescentes atendidas en el Hospital Santa Gema; 100 (26%) de ellas sufrieron de estrés psicológico, 185 (48%) adolescentes presentaron estrés físico (p. 33). En conclusión, hay correlación entre gestantes adolescentes que sufren de riesgo biopsicosocial y parto pretérmino (p. 38).

Kornfield et al. (2022) en su publicación “Estrés percibido por la madre y mayor riesgo de parto prematuro en una cohorte de embarazo mayoritariamente negra no hispana” (p. 1), cuyo estudio fue de cohorte prospectivo con el objetivo de determinar si el estrés percibido está ligado al parto prematuro, también así buscaron identificar las diferencias raciales en el parto pretérmino y el estrés (p. 1). La muestra estuvo compuesta por 1911 mujeres con embarazos únicos, luego se examinaron las respuestas que dieron a los cuestionarios de estrés psicosocial administrados a las 16 - 20 semanas de gestación (p. 4). En su trabajo se comprobó que las mujeres con alta percepción de estrés tenían más parto prematuro (PTB) que las embarazadas con menor estrés (15.2% frente a 9.8%) (p. 5). En la investigación se demostró que existe asociación entre el estrés materno percibido y el parto prematuro (p. 7).

Najjarzadeh et al. (2022) investigaron sobre el “Estrés percibido y sus predictores en mujeres con amenaza de parto prematuro: un estudio transversal”. El objetivo que perseguía este trabajo era establecer la prevalencia y los factores predictivos del estrés percibido en aquellas mujeres que tenían una amenaza de trabajo de parto prematuro (p. 210). El diseño de esta investigación fue transversal, y el método se basó en el reclutamiento de 409 mujeres con amenaza de parto pretérmino, las cuales estaban hospitalizadas en dos hospitales terciarios (p. 212). Utilizaron la regresión lineal múltiple para poder evaluar características

sociodemográficas y obstétricas, estrés y apoyo social percibido por las mujeres, y la experiencia de violencia mediante escalas validadas. En los resultados de la investigación Najjarzadeh et al. (2022) analizaron los datos y encontraron que la mayoría de ellos tenían un nivel de estrés límite (36%) o alto (42%), se identificaron 17 predictores que explican el 89,5% de la variación en la puntuación de estrés (p. 210). Llegaron a la conclusión de que el estrés percibido por las mujeres amenazadas de parto prematuro era alto. A modo de punteo, destacan los siguientes factores como predictores de estrés: la experiencia de violencia psicológica y sexual, La vida urbana y la percepción de un apoyo social bajo (p. 218).

En la investigación realizada por Huanco Aguilar y Tumpe Neyra (2023), titulada “Relación entre el estrés y el parto pretérmino en gestantes entre 20 a 40 años en el Hospital Antonio Lorena y Hospital Regional del Cusco, mayo 2022- febrero 2023”, querían determinar la relación entre el estrés y el parto pretérmino en gestantes entre 20 a 40 años (p. 5). Para ello desarrollaron un estudio de casos y controles en el Hospital Antonio Lorena y Hospital Regional del Cusco, en el periodo de mayo 2022 - febrero 2023 (p. 27). Utilizaron 130 casos y 260 controles, en donde el embarazo menor a 37 semanas de gestación con diagnóstico de parto pretérmino eran considerado dentro de los casos, y fueron tomando como control a toda gestante mayor o igual a 37 semanas y con labor de parto a término (p. 28). Para recolectar los datos, realizaron encuestas luego de obtener el consentimiento de las participantes, en la encuesta se preguntó sobre el factor que potencialmente estaría relacionado con el parto prematuro (p. 30). Luego Se utilizó análisis estadístico univariado para hallar frecuencias y porcentajes (p. 32). Como resultado, se halló que las mujeres con riesgo de estrés tuvieron más parto pretérmino en comparación a las gestantes que no tenían estrés (68.5% frente a 31.5%) (p. 41).

Marco Teórico

El Estrés

El Estrés Desde los Correlatos Biológicos y Fisiológico

Según Martínez (2017, p. 19) la palabra estrés viene de la palabra griega *stringere*, y significa ‘provocar tensión’. Si se parte del campo de la física, el autor ofrece el significado de la palabra estrés (stress) utilizada para hacer referencia a la fatiga de los materiales, es decir, a la presión que ejerce un cuerpo sobre otro.

Cuando se habla de estrés, es imprescindible destacar los aportes de Hans Selye quien le da un sentido diferente a este término. “La expresión estrés es utilizada por primera vez con una perspectiva psicobiológica en 1926 por Selye, cuando era un estudiante de segundo curso de medicina en la Universidad de Praga” (Barrio et al, 2006, p.38).

Avanzando en sus estudios, Selye descubrió determinadas respuestas orgánicas experimentando con ratas, las cuales, sometidas a diferentes estímulos agresivos, producían una respuesta inespecífica que implicaba un mismo conjunto de alteraciones:

En 1935 Hans Selye utilizó el término estrés en un sentido técnico muy especial, definiendo con él un conjunto coordinado de reacciones ante cualquier forma de estímulo nocivo (incluidas las amenazas psicológicas); una reacción que él llamó Síndrome de Adaptación General. (Lazarus; Folkamn, 1986)

Lazarus (1986) menciona que el estrés no era una demanda ambiental (a la cual Selye llamó estresor), sino que se refería a un grupo de reacciones orgánicas y de procesos que se originan como respuesta a tal demanda.

Colom (2010) cita a Selye (1980), quien hace una distinción entre los distintos tipos de estrés, propone que el estrés puede relacionarse con estímulos agradables así también como con aquellos desagradables (p. 21). En ambas circunstancias, Selye indica que la reacción biológica es la misma: aceleración del ritmo respiratorio y cardiaco, sudoración, mayor glucosa en sangre etc., a causa de que el cuerpo se prepara para una situación de ataque o huida (p.21). Es por esto Selye (1980, como citó Colom, 2010, p. 21) expresa que no se puede asumir que el “estrés” sea únicamente negativo, ya que se lo puede considerar como un estimulante. Por ello divide el “estrés” en: - “estrés positivo” o el “eustrés” (que motiva el crecimiento, desarrollo y/o cambio) y “estrés negativo” o el “distrés” (exigencia intensa y prolongada, este “estrés” es indeseable y causa malestar) (p. 21).

Colom hace una crítica a esta teórica debido a “La inespecificidad de la respuesta y La no inclusión de aspectos psicológicos como agentes mediadores en el proceso de reacción al estrés” (p.21).

Siguiendo con la conceptualización del estrés según Selye, (Daneri (2012, p. 4) expone la respuesta al estrés de 3 etapas que propone Selye:

1. Fase inicial (alarma): cuando se detecta la presencia del estresor.
2. Segunda fase (adaptación o resistencia): cuando se moviliza el sistema de respuesta volviendo al equilibrio (proceso activo mediante el cual el cuerpo responde a los eventos cotidianos para mantener la homeostasis, se denomina “alostasis”).
3. Tercera fase (agotamiento): si el estresor se prolonga en el tiempo, se entra en esta última fase, donde surgen las alteraciones relacionadas con el estrés crónico.

Si se habla de respuestas fisiológicas, es imprescindible para este apartado desarrollar al eje hipotálamo hipofisario adrenal (HHA):

Retomado el Síndrome General de Adaptación, “la secreción de GC constituye la fase efectora de la unidad funcional hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA)” (Gerrero, 2017, p. 231). Esta autora explica que la secreción de cortisol, hormona implicada en el estrés, es controlada por el hipotálamo, que sintetiza y secreta hormona liberadora de corticotropina (CRH, *corticotropin releasing hormone*) al sistema portal hipofisario; CRH alcanza la adenohipófisis y la estimula para sintetizar y secretar ACTH (*adrenocorticotropic hormone*) esta hormona estimula, por vía sanguínea, a las células de la corteza suprarrenal, que responden con síntesis y liberación de GC a la circulación sistémica. Como se mencionó, el cortisol es la hormona del estrés, y la activación prolongada de ese eje o la falta de retroalimentación negativa puede producir daños orgánicos en el humano.

El Estrés desde los Procesos Cognitivos

Triviño y Sanhueza (2005) enuncian los aportes de Lazarus, quien en 1966 propuso la teoría transaccional para entender al estrés. Este psicólogo sugirió que el estrés fuera tratado como un concepto organizador y utilizado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal (p. 22). La teoría de Lazarus dice que el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y su entorno, evaluado por este como agravando o desbordando sus recursos, y que pone en peligro su bienestar (Triviño; Sanhueza, 2005, p. 23). Esta teoría cognitiva-transaccional, a diferencia de las teorías centradas en la situación o en la respuesta, expresa la existencia del estrés como producto de la interacción entre la persona y su medio. “La propuesta de

Lazarus y Folkman tuvo también el mérito de ordenar coherentemente un conjunto de elementos que intervienen en el proceso de estrés” (Dahab et al., 2010, p. 2).

Dahab et al. (2010, p. 2) postulan los distintos elementos delimitados por Lazarus y Folkman, indicando que uno de ellos son los estímulos: acontecimientos externos, eventos cotidianos, físicos, psicológicos, sociales. Otro elemento son las respuestas: reacciones subjetivas, cognitivas y/o comportamientos los cuales pueden ser o no adecuados. También se encuentran los mediadores: la evaluación del estímulo como amenazante y de los recursos de afrontamiento como insuficiente. Y finalmente los moduladores: factores diversos que pueden aumentar o atenuar el proceso de estrés, pero que no lo provocan ni tampoco lo impiden.

Como ya se mencionó con anterioridad, juega un papel crucial la evaluación cognitiva realizada por el sujeto. La valoración cognitiva se define como "el proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo" (Lazarus y Folkman, 1984, p. 56, citado por Castillo et al., 2010, p. 7). Según Castillo et al. Corresponde a la “evaluación subjetiva que la persona hace de ella, en relación con su capacidad para afrontarla”(p. 7). Cualquiera sea la situación fuera de lo habitual, siempre va a haber una evaluación primaria y secundaria.

Acorde con Corona et al. (2022, p. 230) la primera evaluación centra en identificar las posibles consecuencias de una situación específica, de las que hay tres opciones: una evaluación irrelevante en la que la persona no interpreta posibles consecuencias; una evaluación benigno-positiva, donde la identificación de consecuencias puede ser gratificante; y una evaluación estresante, el sujeto percibe posibles daños actuales o prevé daños a futuro.

Por otro lado, está la evaluación secundaria, Ferrer Rodríguez (2018, p. 21) explica que se enfoca en qué se puede hacer la persona, los recursos de los cuales dispone la persona para resolver la situación. Es más compleja porque tiene en cuenta la expectativa de resultados, es decir, la percepción de que la decisión que se vaya a tomar va a resolver el problema; y la autoeficacia, que es la percepción de la capacidad que tiene el sujeto para accionar.

Se debe reconocer que cada ser humano responde de distintas maneras frente a una situación similar. “Hay personas muy “resistentes”, con muchos recursos tanto emocionales, familiares, cognitivos, que llevan la enfermedad de una forma mucho más positiva y adaptativa que otras” (Regueiro, 2018, p. 7). Esta autora se adentra en el concepto de “afrontamiento”, “definido por Lazarus y Folkman en 1986 como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, desarrollados para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Regueiro, 2018, p. 7).

Lazarus distingue dos tipos de afrontamiento, el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en las emociones. En este sentido, Ferrer Rodríguez (2018) explica que el afrontamiento centrado en el problema es considerado adaptativo, por un lado, y por otro lado puede ser desadaptativo cuando la persona niega, evita o rechaza la idea de resolver el problema, procurando reducir la tensión experimentada. No obstante, agrega el autor que existen otras estrategias que no se centran particularmente en la solución del problema y que también pueden ser adaptativas, como es el caso del afrontamiento centrado en las emociones. Este tipo de afrontamiento, según Ferrer Rodríguez (2018, p. 22) consiste en regular, apaciguar o aceptar la respuesta emocional que conlleva el problema, en

este sentido se incluyen estrategias como aceptar que hay cosas que pasan y no se pueden cambiar, intentar mantener la calma, o realizar actividades para distraerse.

Tipos de Estrés

El estrés se puede diferenciar en distintos tipos: el estrés agudo, crónico o agudo episódico.

Según la APA (2010), el estrés agudo es el tipo de estrés más común, este aparece luego de exigencias y presiones, ya sean del pasado reciente o de presiones de un futuro cercano. Menciona que se da a corto plazo, y por tal motivo no puede generar los daños que si causaría el estrés a largo plazo. “El estrés agudo puede presentarse en la vida de cualquiera, y es muy tratable y manejable” (párr. 9).

En el caso del estrés agudo episódico, la APA indica que suele darse en aquellas personas cuyas vidas son desordenadas, donde existe el caos y las crisis. Se caracterizan por estar apuradas y aun así llegan tarde. Suelen asumir muchas responsabilidades y no pueden organizar todas las exigencias que se autoimpusieron. “Parecen estar perpetuamente en las garras del estrés agudo” (párr. 10). Siguiendo esta línea, estas personas suelen tener mal carácter, facilidad para irritarse, tensas, ansiosas y se describen como “personas con mucha energía nerviosa” (párr. 11).

Por otro lado, la APA menciona al estrés crónico, el cual es agotador, desgasta a la persona días o incluso años. Este tipo de estrés destruye la mente y el cuerpo de la persona, y con ello también, la vida. En este caso se da a largo plazo. “Es el estrés de la pobreza, las familias disfuncionales, de verse atrapados en un matrimonio infeliz o en un empleo o carrera que se detesta” (párr. 17). La APA publica que este tipo de estrés puede llevar a las

personas al suicidio, a la violencia, ataques al corazón o incluso al cáncer. Esto es a causa del desgaste que mueve a la persona a una crisis nerviosa final, la cual puede ser fatal.

Estresores Psicosociales

Vargas Navarro et al. (2015) sostiene que “los estresores, especialmente los psicosociales, están relacionados con la presentación de recurrencias” (p. 39). En este sentido, destaca estresores psicosociales internos y externos, los cuales pueden ser desencadenados por sucesos vitales, estrés de rol y las contrariedades cotidianas, la alta exigencia y el perfeccionismo. así mismo, Vargas Navarro et al. exponen que se ha demostrado a través de estudios que las enfermedades que más impacto generan en la vida humana tienen una estrecha relación con “el estrés ambiental y las situaciones adversas a las que se tiene que enfrentar un individuo” (p.40).

Balcarce (2008, como se citó en Pacay García, 2014) describe tres tipos de estresores: los físicos, los psicológicos y los psicosociales. Según Balcarce, los estresores psicosociales “derivan de las relaciones sociales, generalmente por aislamiento o excesivo control” (p.14).

Cruz et al. (2015) hacen hincapié en el eje IV del manual DSM IV, donde se registran problemas psicosociales y ambientales que pueden incluir o no eventos negativos, dificultad o deficiencias ambiental, insuficiencia en el apoyo social o en recursos personales, estrés familiar o interpersonal, u otros conflictos vinculados con el contexto (p. 11).

El Embarazo

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al embarazo, o gestación, como los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer”

(Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo [UAEH], 2020, párr. 1). Según el observatorio, “es una etapa que marca la vida de una mujer pasando por diversos cambios fisiológicos y psicológicos” (párr. 2).

Entonces, de acuerdo con Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (2020), el embarazo por lo general dura 40 semanas o un poco más y se calcula desde el última menstruación hasta el momento del parto. “Los proveedores de atención médica hacen referencia a tres segmentos del embarazo, denominados trimestres” (Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development [NICHD], 2020, párr. 2).

El primer trimestre, acorde con lo publicado por García Montaner (2021), abarca los 3 primeros meses, los cuales son considerados los más riesgosos, pueden ocurrir abortos espontáneos. Según García Montaner, es en la etapa donde se forman todos los órganos del feto, y estarán completos al finalizar el trimestre. Es durante este periodo que aparecen las náuseas y los vómitos, por tal motivo es considerado el trimestre más incómodo para la embarazada.

El segundo trimestre va desde la semana 13-14 a la semana 26-28. García Montaner indica que durante este periodo “el feto básicamente crece y gana peso” (párr. 6), ya los órganos se han formado, la madre ya no presenta la sintomatología de los primeros meses, aun no siente las molestias del último trimestre.

García Montaner expone que, en el tercer trimestre, ya el feto adquirió suficiente peso, “madura sus órganos para que se puedan adaptar a la vida exterior, dejará de

alimentarse y respirar por el cordón umbilical para hacerlo directamente por vía oral y respiratoria” (párr. 8).

Partos Prematuros

El parto pretérmino se define según la OMS como el nacimiento de un feto después de las 20 semanas y antes de las 37 semanas de gestación con un peso entre 500g y menor de 2.500g, caracterizado por la presencia de contracciones uterinas de suficiente frecuencia e intensidad acompañado de un incremento de la dilatación cervical antes del término del embarazo (Terán Jiménez et al., 2010). También la OMS (2023) hace una distinción entre prematuro extremo (menos de 28 semanas), muy prematuro (de 28 a 32 semanas), prematuro entre moderado y tardío (de 32 a 37 semanas) (párr. 2). Otra distinción que se puede hacer esta relacionada al peso: <1000 g: peso extremadamente bajo al nacer (PEBN), 1000 A 1499 g: muy bajo peso al nacer (MBPN), 1500 a 2500 g: bajo peso al nacer (BPN) (Lattari Balest, 2022, párr 5).

Grandi et al. (2008), indican que el parto prematuro es la principal causa de morbi-mortalidad perinatal y secuelas en él bebe; todas las estrategias desarrolladas hasta la actualidad no han logrado disminuir significativamente su prevalencia.

Distinción entre Estrés Perinatal y Estrés Específico del Embarazo

El estrés específico del embarazo hace referencia a un conjunto de preocupaciones y pensamientos presentes en la mujer embarazada y que tienen que ver con aspectos concretos del embarazo, como son los síntomas físicos, preocupaciones sobre la habilidad para ser madre, cambios y presiones en las relaciones sociales y de pareja, ansiedad o miedo al parto

y preocupaciones sobre la salud propia y la del bebé (Lobel et al. 2008 citado en Romero Borja, 2020).

Díaz et al. (1999), en su revisión sobre factores causantes del estrés durante el embarazo, postula que el estrés en el embarazo es en gran parte debido al presagio del parto inminente y de la incertidumbre del resultado final; agrega que es esperable que exista la presencia de preocupaciones y temores, que incluyen temor por ella misma, su salud durante este periodo y el parto en sí mismo, así como miedo al dolor y muerte. Díaz et al (1999) sostiene que también existen otros temores relacionados al hijo, incluyendo el miedo al aborto, a la malformación congénita, a la muerte intrauterina, que sea la primera gestación o no y la inminente incertidumbre del resultado final.

Por otro lado, partiendo de una base sistémica, Fernandez Lorenzo y Olza (2020) citan en su trabajo a Pittman (1990), quien estudio las posibles crisis que existen en las familias. Este autor, propone cuatro tipos de crisis: “las del desarrollo, las llamadas desgracias inesperadas, las estructurales y las de desvalimiento” (p. 52). En este sentido, el nacimiento de un nuevo integrante es parte de lo que se denomina “crisis del desarrollo” (p. 52), así también lo son el envejecimiento, el matrimonio, la jubilación o la muerte. Siguiendo esta línea, las crisis del desarrollo se consideran universales y de alguna manera previsibles, en contraposición a las otras crisis que se pueden superponer, como ocurre en el caso de las inesperadas. Es así como al advenimiento de un hijo se puede sumar la enfermedad o el fallecimiento de la pareja, “suponiendo un estresor adicional y de alto impacto en un momento en sí mismo vulnerable” (p. 52).

Es así que el estrés perinatal, acorde con Romero Borja (2020), es entendido como el estrés general pero experimentado durante un periodo muy concreto de la vida. Este tipo de

estrés surge durante el embarazo y es producto de acontecimientos que no se relacionan con hechos propios de este periodo. Romero Borja (2020) cita a Labrador (1996), quien indica que el estrés perinatal se caracteriza por eventos estresantes independientes de la naturaleza del embarazo, vitales leves o catastróficos, como puede ser el trauma, las pérdidas de familiares de primer grado, el estrés laboral etc.

Impacto del Estrés Perinatal en el Parto Prematuro

“Las primeras experiencias e influencias ambientales pueden tener un impacto considerable en esa respuesta, empezando desde el período prenatal” (Aguirre et al., 2016). Estos autores sugieren que el estrés extremo y crónico durante el embarazo y los primeros años de vida, lo cual produce una desregulación de los niveles de cortisol, puede afectar algunas regiones del cerebro del ser en desarrollo.

Con respecto a la prematuridad, Botella López (2020) afirma que diversos estudios sugieren que el factor más importante que determina el momento del parto es la etapa de la gestación en el que aparecen los estresores. Señala que las mujeres expuestas a un estrés agudo al comienzo de la gestación tienen un riesgo mayor de parto prematuro en comparación con las mujeres expuestas a estrés al final del embarazo. El eje HPA involucrado en el estrés, es mencionado por Botella López (2020) y sugiere que es el principal mecanismo mediador entre el estrés gestacional y el parto prematuro. Según la autora algunos investigadores sostienen que la activación del eje HPA materno aumenta la producción de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) placentaria, lo que aumenta la CRH materna y la producción fetal de prostaglandinas, esta producción genera la maduración del cuello uterino y el inicio de contracciones en el mismo, desencadenando de este modo el parto prematuro.

Ortiz Martínez y Castillo (2016) enuncian que algunos estudios reportan que las gestantes con altos niveles de estrés psicosocial parecen tener un 25-60% de más riesgo de prematuridad; factores estresantes psicosociales como los grandes acontecimientos vitales negativos y catastróficos en la comunidad, eventos crónicos estresantes, depresión, ansiedad en general y la específica del embarazo, percepción de seguridad, de discriminación y pobre apoyo social, son ejemplos de estos.

Importancia del Entorno Psicosocial durante la Gestación

En relación con 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 (Muñoz & Olivia, 2009).

Alfonso Álvarez (2018), en su tesis sostiene que los factores protectores que se han señalado para la promoción de la salud durante el embarazo son el compromiso apoyo social y paterno, rasgos de personalidad adaptativas y recursos de las mujeres embarazadas, y el establecimiento de un buen vínculo materno-fetal (p. 13).

Desde el ámbito profesional, la OMS (2016, p. 1) pone énfasis en la importancia que tiene establecer el diálogo acerca de aspectos fisiológicos, biomédicos, comportamentales y socioculturales y brindar un apoyo social, cultural, emocional y psicológico a las embarazadas. Estas acciones son indispensables para salvar y mejorar la calidad de vida, incrementando el uso de los servicios de atención de la salud. Indican que “las experiencias positivas de las mujeres en el marco de la atención prenatal y el parto pueden sentar las bases para una maternidad saludable” (p. 1).

Método

Diseño

El presente Trabajo Final Integrador tuvo como objetivo identificar Percepciones y Experiencias de Estrés Psicosocial durante Embarazos Pretérmino. Para llevar adelante la investigación, se trabajó con una metodología cualitativa, de diseño transversal, no experimental.

La investigación cualitativa se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto (Hernández Sampieri, et al., 2014, p. 358). Como proponen Taylor y Bogdan (1987) “la frase metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable” (pp. 19-20).

“Las bondades de este enfoque radican en la profundidad que adquieren los significados, la amplitud, la riqueza interpretativa y la contextualización del fenómeno” (Losada, et al., 2022, p. 28). Losada et al. sostienen que este tipo de investigación habilita el “conocimiento a la realidad social, el comportamiento humano, y la interacción entre personas” (p. 28).

Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística, conformada por una población de 13 mujeres que hayan tenido parto prematuro, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires.

Criterios de inclusión

- Gestantes de 16 a 40 años
- Que vivan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Y Gran Buenos Aires
- Gestantes con feto único
- Gestantes menores a 37 semanas

Criterios de explicación

- Mortalidad neonatal
- Embarazadas con inducción de parto por otras causas (preclampsia, Síndrome HELLP, etc.)

Instrumentos de Evaluación y Recolección de Datos

Adaptación de la Entrevista Psicológica Perinatal (EPP)

Para la recolección de datos se tomó en cuenta a la Entrevista psicológica Perinatal (EPP) (Anexo A). Su creadora es Alicia Oiberman y colaboradores, quienes indican que esta entrevista “permite la expresión de emociones y problemáticas en los momentos inmediatos y posteriores al nacimiento” (2011, p. 2). Consiste en una entrevista psicológica semidirigida de sesión única que toma en cuenta: el grupo familiar, las características de la pareja, la situación socioeconómica, la historia familiar, la actitud ante el último embarazo el impacto ante este nacimiento, los problemas físicos y psicológicos suscitados durante el embarazo y los sucesos significativos vividos por la madre durante el último año u años anteriores que se resignifican en ocasión del embarazo en curso o nacimiento (Chaile, 2011, p. 26). Oiberman et al. (2011) presentan en la EPP una categorización de las preocupaciones detectadas en las madres durante el embarazo (Life Events): pareja (separación durante el

embarazo, violencia, otros), muertes (muerte de la pareja, de hijos previos, familiares o personas cercanas), social (desocupación, problemas económicos; violencia familiar; violencia barrial, policial, familiar preso; adicciones; desarraigo; abuso sexual o violación a la madre; abuso sexual o violación alguien del entorno; otros), problema actual (accidente, enfermedades, mudanzas durante el embarazo, otros) y problema con otros hijos (patología similar en otro hijo, preocupación por otros hijos, abandono o sustracción de otro hijo, otros) (p. 6).

En base a la EPP, se realizó una adaptación de esta (Anexo B), utilizando como guía algunos puntos de interés de este instrumento de evaluación y agregando a su vez un ítem relacionado con la presencia asistencia psicológica en el periodo prenatal. Para poder elaborar la adaptación se utilizó como modelo el “protocolo de entrevista semiestructurada” (Hernández Sampieri, et al., 2014, p. 407).

Las preguntas que se les hicieron a las mujeres que tuvieron hijos prematuros fueron las siguientes:

1. ¿Cuántos años tenías cuando quedaste embarazada?
2. ¿Eras primeriza cuando tuviste al bebé? Si tuviste más hijos indicar si fueron prematuros o no.
3. ¿Cómo se componía tu grupo familiar?
4. ¿Con quienes vivías en ese entonces?
5. ¿trabajaba/estudiabas antes/durante el embarazo? ¿si trabajabas, dejaste de hacerlo?
6. ¿El embarazo fue planificado?
7. ¿Cómo se sintió emocionalmente cuando se enteró que quedó embarazada?
8. ¿Hubo aceptación por usted y por sus allegados? ¿Cómo se sintió al respecto?

9. ¿Cuántas semanas de embarazo cursó?
10. ¿Cómo fue el parto?
11. ¿Tuvo alguna complicación el bebé?
12. ¿Cuánto pesó el bebé?
13. ¿Tuvo alguna complicación física/emocional durante el embarazo? ¿Cuál?
14. ¿Hubo algún evento (estresante) significativo durante el embarazo? Indicar en que trimestre sucedió.
15. Si hubo un evento estresante ¿Qué hizo al respecto?
16. ¿Cómo se sintió frente a este suceso?
17. Con respecto al evento señalado como estresante: ¿Tuvo apoyo y acompañamiento por parte de sus familiares?
18. Con respecto al evento señalado como estresante: ¿Tuvo una red social de contención?
19. ¿Buscó ayuda de algún profesional frente a los eventos estresantes?
20. **Observaciones:**

Procedimiento

Para poder llevar a cabo la administración, se estableció contacto con aquellas mujeres que hayan tenido partos prematuros. Luego de haber sido entregado el consentimiento informado para que las madres lo firmen y autoricen la investigación, se procedió a administrar el instrumento de evaluación. Para que la experiencia resulte más enriquecedora, se tomó la entrevista de forma individual y en una única sesión. Algunas de las entrevistas fueron realizadas presencialmente y otras virtualmente, se grabaron las conversaciones bajo el consentimiento de las madres para luego ser transcritas.

Una vez concluidas todas las entrevistas, se pasó al análisis de datos, donde se hizo comparación de las respuestas lo cual permitió la constitución de categorías de análisis. A su vez, se tomaron las categorías Life Events y Embarazo como Llife Events de la EPP.

Constancia de Consentimiento Informado

Las mujeres seleccionadas para la realización de este estudio estuvieron de acuerdo y aceptaron participar del mismo. Fueron informadas acerca de los objetivos de la investigación; tipo de participación, demandada o esperada; origen de la financiación del proyecto o el respaldo institucional del mismo y el uso que se hizo de los resultados obtenidos (Anexo C).

Resultados

En base a las entrevistas y a los objetivos específicos de esta investigación, se expone a continuación una descripción e interpretación de los datos cualitativos de la percepción y experiencia de estresores psicosociales presentes en el periodo gestacional de mujeres que han tenido partos prematuros. Posteriormente se analizarán los resultados utilizando la información aportada por lo autores que se encuentran en el marco teórico.

Con respecto al objetivo específico “Indagar sobre los sucesos psicosociales significativos durante el periodo perinatal” surgen los siguientes resultados:

Tabla 1

Life Events

Datos	Total	Porcentaje
Pareja	6	46,1%
Muertes	-	0
Social	1	7,6%
Probl. Actual	2	15,3%
Probl. c/ otros Hijos	1	7,6%
Ninguno	3	23%
Total	13	100%

Nota. Preocupaciones detectadas en las madres durante el embarazo (Life Events): pareja (separación durante el embarazo, violencia, otros), muertes (muerte de la pareja, de hijos previos, familiares o personas cercanas), social (desocupación, problemas económicos; violencia familiar; violencia barrial, policial, familiar preso; adicciones; desarraigo; abuso sexual o violación a la madre; abuso sexual o violación alguien del entorno; otros), problema actual (accidente, enfermedades, mudanzas durante el embarazo, otros) y problema con otros

hijos (patología similar en otro hijo, preocupación por otros hijos, abandono o sustracción de otro hijo, otros).

Partiendo de los resultados obtenidos de la Tabla 1, respondiendo al objetivo “Indagar sobre los sucesos psicosociales significativos durante el periodo perinatal”, se ve en los Life Events que el 46,1% de los problemas se relacionan a la pareja. En estas experiencias las madres indican que los padres de los niños no tenían la misma responsabilidad que ellas frente a la concepción, algunas de las cuestiones que marcan son: ser muy jóvenes e inmaduros; no aceptar el embarazo; aceptar el embarazo, pero baja responsabilidad con la paternidad; cónyuge con consumo problemático; relación conflictiva donde predominaba la violencia psicológica; muchas discusiones de pareja. Los otros Life Events que son expresados por las mamás son: procesos judiciales, preocupaciones por otros hijos, y problemas actuales relacionados con su salud. No en todas las experiencias se detecta algún estresor, en 3 casos no hubo ningún evento preocupante (23%, Tabla 1), lo cual anuncia la multicausalidad de los partos prematuros. La mayoría de estos eventos de vida se dieron durante el primer trimestre de embarazo, y como muestra la evidencia, tener estresores durante este periodo aumenta las posibilidades de partos pretérmino.

Con respuesta al objetivo: “Delimitar los principales factores de riesgo durante el periodo de embarazo” se obtiene la tabla 2:

Tabla 2

Life Events a Nivel Físico y Psicológico

Datos	Total	Porcentaje
Problema Físico	7	53,8%

Total	13	100%
Problema Psicológico	10	76,9%
Total	13	100%

Nota. Problemas físicos tales como: Perdidas, infecciones urinarias, contracciones, internación durante el embarazo. Problemas Psicológicos vinculados con: Temor/salud bebé o propia, angustia/ansiedad por eventos estresantes, presentimiento de paro premat. /patolog.

A raíz del objetivo “Delimitar los principales factores de riesgo durante el periodo de embarazo” en la Tabla 2 se puede visualizar que, de las 13 mujeres, 10 tuvieron algún problema vinculado con el ámbito psicológico, y de esas 10 mujeres el 53,8% tuvo alguna complicación física. Las problemáticas mencionadas en la Tabla 1 son parte de los problemas psicológicos expuestos en la Tabla 2, a su vez, en las madres mayores a los 35 años aparecieron temores con respecto a la salud del bebé y la propia. En el caso de los problemas físicos, hubo madres que fueron internadas durante el embarazo; infección urinaria; internaciones por perdidas; preeclampsia durante todo el embarazo sin ser medicada y casos de presión alta.

Siguiendo con el objetivo específico: “Investigar acerca de la presencia de redes familiares y sociales de apoyo en la población investigada”:

Tabla 3

Red Familiar y Social de Contención frente a los Life Events

Datos	Total	Porcentaje
Contención Familiar	7	53,8%
Total	13	100%
Contención Social	6	46,1%

Total	13	100%
-------	----	------

Nota. Presencia de familiares y/o agentes sociales continentes durante el embarazo.

En la Tabla 3, en donde se exponen los datos relacionados al objetivo “Investigar acerca de la presencia de redes familiares y sociales de apoyo en la población investigada”, en general hubo un 53,8% de contención familiar y un 46,1% contención social, lo que indica la presencia de apoyo durante los estresores. No obstante, detrás de estos números, las realidades de las madres sostienen que tal vez no era el acompañamiento que querían o que requerían en ese entonces.

Finalmente, en base al objetivo “Explorar si estas mujeres recibieron algún tipo de asistencia psicológica en el periodo prenatal” se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 4

Presencia Asistencia Psicológica en el Periodo Prenatal Frente a los Life Events

Datos	Total	Porcentaje
Presencia de Asistencia Psicológica	1	7,6%
Ausencia de Asistencia Psicológica	12	92,3%
Total	13	100%

Nota. Asistencia o no de un profesional de la salud mental frente a los eventos estresantes percibidos por las mujeres embarazadas.

En la Tabla 4, el 92,3% de las madres no recibieron asistencia psicológica durante el embarazo, solo una de ellas tuvo el acompañamiento de un profesional de la salud mental, lo que la ayudo. El resto de las madres no conto en ninguna etapa con asistencia psicológica y

tampoco buscaron ayuda. Algunas de ellas vieron como necesario o como una buena idea sumar el trabajo de un psicólogo en los equipos de neonatología, incluyendo la labor de estos durante el embarazo. En los Life Events, las emociones que se expresaron por las madres fueron: angustia, enojo, tristeza, miedo, malestar psicológico, mucho agotamiento.

También se recopilaron otros datos relevantes para la investigación:

Tabla 5

Características sociodemográficas de las Madres: Trabajo/Estudio, Primerizas y Edad

Datos	Total	Porcentaje
Primeriza	8	61,5%
Total	13	100%
Trabajando/Estudiando	11	84,6%
Total	13	100%
<20 Años	3	23%
>20 Años	7	53,8%
>35 Años	3	23%
Total	13	100%

Nota. Cantidad de primerizas que participaron de la investigación. Mamás de los bebés prematuros que se encontraban estudiando/trabajando durante el embarazo. Edad de las madres cuando quedaron embarazadas: <20: mujeres menores a los 20 años. >20: mujeres mayores a los 20 años. >35 mujeres mayores a los 35 años.

Tomando los otros datos que surgen de las entrevistas (Tabla 5), se puede interpretar que, en los casos de las mujeres mayores a los 35 años, no fueron primerizas y tuvieron Life

Events vinculados a temores con otros hijos. Los otros dos casos de mamás que no fueron primerizas tenían 18 y 21 años, previamente habían tenido abortos espontáneos.

Con respecto a las 3 madres menores a 18 años, se encontraban estudiando el secundario y convivían con sus novios. Vivían con las familias de los novios y no tenían la contención deseada a pesar de que destacaron un buen trato por parte de ellos. 84,6% de ellas trabajaban o estudiaban, las mamás que no trabajaban o estudiaban, dedicándose a las tareas del hogar, fueron aquellas mayores a los 35 años, ellas y sus bebés tuvieron menos complicaciones durante el parto y postparto.

Tabla 6

Planificación y Aceptación del Embarazo

Datos	Total	Porcentaje
Aceptación	12	92,3%
Total	13	100%
Planificación	11	84,6%
Total	13	100%

Nota. Respuestas afirmativas con respecto a la aceptación y planificación del embarazo por parte de ambos padres.

En el 92, 3% de las entrevistas, las madres afirmaron que hubo aceptación por parte de ellas y de sus parejas, siendo planificado el 84,6% de los embarazos. En el caso de dos mamás adolescentes el embarazo no fue planificado, y uno de ellos no fue aceptado por el padre. En cuanto a la mamá adolescente que, si planificaron y aceptaron el embarazo con su pareja, previamente había tenido un aborto espontaneo. En línea general, los embarazos no

planificados y no aceptado tuvieron más complicaciones que el bebé de la madre adolescente que lo planificó y aceptó.

Continuando con aquellos embarazos planificados, las madres se sentían felices, emocionadas y esperanzadas, algunas de ellas tenían temor porque ya habían tenido abortos espontáneos previamente o por lo dificultoso que fue la concepción.

Discusión

Como resultado del intercambio con las madres de los bebés prematuros, se logró responder el objetivo de la presente investigación, visibilizando lo expuesto en anteriores investigaciones realizadas, demostrando la existencia de experiencias y la percepción de estrés psicosocial durante aquellos embarazos que finalizaron antes de término.

Tomando como referencia los objetivos específicos, se consiguió “Indagar sobre los sucesos psicosociales significativos durante el periodo perinatal”. Enlazando este objetivo con la teoría, Botella López, (2020) apunta que, las mujeres que tenían mayor exposición al estrés agudo durante el primer trimestre de gestación suelen tener un mayor riesgo de enfrentar un parto pretérmino, riesgo aún mayor que las mujeres que experimentaron estrés al final del embarazo. En los relatos aparecen los Life Events desde la concepción del nuevo ser, o incluso antes, y no se le puede atribuir el estrés a la noticia del embarazo, ya que en la mayoría de las respuestas fue un evento planificado y aceptado mutuamente desde las perspectivas de las madres. Los estresores detectados son de diferentes índoles, el que más se presenta tiene relación con los conflictos vinculados a la pareja. En las mujeres mayores a 35 años el conflicto se arraiga al temor por el embarazo de riesgo y problemas con otros hijos. Solo en un caso el estresor fue por un proceso judicial (Life Event social), donde hubo apoyo por parte del cónyuge, en este hecho las complicaciones del bebé y la madre fueron menores.

El embarazo en si no es la causa de este estrés agudo, como aclara Pittman (1990, citado por Fernández Lorenzo y Olza, 2020), el embarazo es una crisis del desarrollo, es un hecho universal y previsible. En cambio, el estrés perinatal, entendido por Labrador (1996, citado por Romero Borja, 2020) como aquellos eventos estresantes independientes de la

naturaleza del embarazo, vitales leves o catastróficos, como puede ser el trauma, las pérdidas de familiares de primer grado, el estrés laboral etc, está dentro de la categoría de crisis inesperadas según Pittman, “suponiendo un estresor adicional y de alto impacto en un momento en sí mismo vulnerable” (p. 52). Muchas de ellas percibieron a la situación estresante como tal, y resonaron palabras como: angustia, enojo, tristeza, miedo, malestar psicológico, mucho agotamiento. Hacen hincapié en tener los sentimientos a flor de piel, aun así, distinguen entre lo que sentían por el embarazo y lo que les generaba ese evento estresante para ellas. Precisamente la disfunción familiar, estresor más mencionado, ha demostrado ser un factor de riesgo con respecto a la complicación materna y perinatal, y el apoyo social un factor compensatorio de estos efectos negativos (Muñoz & Olivia, 2009).

También se logó “Delimitar los principales factores de riesgo durante el periodo de embarazo”, demostrando que además de los problemas físicos existe la presencia de problemas psicológicos.

Partiendo del objetivo “Investigar acerca de la presencia de redes familiares y sociales de apoyo en la población investigada”: dentro de las experiencias que hubo estres, las madres de bebés prematuros expresaron que, frente al Life Event, no percibieron una contención familiar y social. Si bien en su relato aparece el acompañamiento durante el embarazo por parte de familiares y amigos, en el caso de los Life Events no se buscó el apoyo de estas redes. Precisamente Alfonso Álvarez (2018), destacó que la presencia del apoyo social, el compromiso y apoyo paterno, los rasgos de personalidad adaptativos, los recursos personales de la embarazada y el establecimiento de vínculo materno-fetal son factores de protección asociados a la promoción de la salud y la calidad de vida de la embarazada. Por estos motivos, la presencia de redes sociales y familiares son

indispensables, y a su vez las percepciones de las mamás de hijos prematuros se ponen en juego. En este punto, la propuesta de Lazarus y Folkman ofrece una comprensión del estrés enriquecedora para este estudio, puesto que, como explican Triviño y Sanhueza, entienden que el estrés psicológico es causa de la relación que tiene el individuo y su entorno, el cual es evaluado como amenazante y desbordante de sus recursos (2005, p. 23). Esta teoría cognitiva-transaccional, a diferencia de las teorías centradas en la situación o en la respuesta, expresa la existencia del estrés como producto de la interacción entre la persona y su medio.

Por tales motivos, si se entiende que el estrés es producto de la interacción de la persona y el medio, todos aquellos actores que son partícipes en el acompañamiento de las embarazadas se convierten en pilares y, a su vez, se habilita una puerta para el trabajo de los profesionales en salud mental con las mujeres embarazadas. En este punto se vislumbra los resultados vinculados al objetivo: “Explorar si estas mujeres recibieron algún tipo de asistencia psicológica en el periodo prenatal”, en donde los datos arrojaron que la mayoría de las madres no recibieron asistencia psicológica durante el embarazo. Cuando se habla de profesionales, no se sugiere únicamente preparar a la embarazada para el parto, la maternidad etc. Se debe trabajar la salud mental en cuanto a los eventos cotidianos, como expresa Christian (2012), es un momento vital en el cual existe una vulnerabilidad producto de los cambios fisiológicos que implican traer un nuevo ser al mundo. Frente al psicólogo se presenta una mujer que no solo esta embarazada y sus únicas preocupaciones son lo perinatal, también hay un ser humano con múltiples problemas que se asocian a otras temáticas, como la enfermedad, lo vincular, lo laboral, entre otras. Y es una respuesta casi unánime la que hace mención sobre la ausencia de asistencia psicológica durante el periodo gestacional. En este sentido, el trabajo con la evaluación cognitiva, que corresponde a la

“evaluación subjetiva que la persona hace de ella, en relación con su capacidad para afrontarla”(Lazarus y Folkman, 1984, p. 56, citado por Castillo et al., 2010, p. 7); y el afrontamiento, definido por Lazarus y Folkman en 1986 como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, desarrollados para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Regueiro, 2018, p. 7), se pueden trabajar con el objetivo de brindar recursos emocionales a las mamás y así poder sumar esfuerzos a la prevención del embarazo prematuro. Cuando respondían a la pregunta sobre la asistencia psicológica, algunas de ellas decían que nunca fueron a un psicólogo, la OMS (2016, p. 1) pone énfasis en la cuestión relacionada a establecer el dialogo acerca de aspectos fisiológicos, biomédicos, comportamentales y socioculturales y brindar un apoyo social, cultural, emocional y psicológico a las embarazadas. Este organismo sostiene que dichas acciones son indispensables para salvar y mejorar la calidad de vida, incrementando el uso de los servicios de atención de la salud. Indican que a partir de estas acciones se pueden incrementar las experiencias positivas de las mujeres en relación con la atención prenatal y el parto.

Desde la respuesta al supuesto básico de esta investigación y en conclusión a los objetivos del presente trabajo, se demostró que la presencia de estresores psicosociales, donde el factor de riesgo predominante fueron los problemas psicológicos, la falta de acompañito familiar-social y la usencia de asistencia psicológica están presentes durante el embarazo de las mujeres que tuvieron bebés prematuros. Por este motivo se debe poner el foco en la importancia de una atención integral, humanizada y comunitaria, trabajar con las madres conteniéndolas no solo a nivel físico, sino también emocional. Ninguna madre está

preparada para un parto pretérmino, y por este motivo, la promoción y prevención son escenarios que deben reforzarse y en los cuales se necesita de los aportes de profesionales en salud mental.

Futuras Líneas de Investigación

Dentro de las líneas de investigación que se abrieron paso en este trabajo, se enumeran las siguientes:

- Estudio de la resiliencia en madres de bebés internados en el área de neonatología.
- Desde el foco de PINE, estudios sobre la oxitocina-dopamina en mamás de prematuros.
- El impacto del estrés en la lactancia.
- Estilos de personalidad con tendencia al estrés durante el embarazo.
- Impacto del estrés durante el embarazo en el desarrollo del niño.
- Estrés perinatal como predictor de trastornos del estado del animo en el nuevo ser.

Aportes y Contribuciones de la Investigación

A lo largo de los años se desarrollaron una gran cantidad de investigaciones dedicadas al estudio del estrés perinatal, puntualmente el objetivo de la investigación fue sumar testimonios sobre experiencias y percepciones de estrés psicosocial en aquellos embarazos que fueron pretérmino, lo cual se logró. Dentro de los interrogantes de este trabajo se inserta la temática salud mental en perinatología, en donde se obtuvieron respuestas que deslumbran la necesidad del quehacer psicológico dentro de esta área. Siguiendo esta dirección, lo novedoso de la investigación se encuentra vinculado con la expresa necesidad de asistencia psicológica, para la detección temprana de estresores cotidianos que estén afectando a las embarazadas.

Las experiencias y relatos de mujeres del área de CABA y Gran Buenos Aires dejan en evidencia que existe, en la mayoría de los casos, la presencia de estresores durante el embarazo y, sumado a esto, se pone en manifiesto la ausencia de un dispositivo asistencial ligado a la psicología perinatal dentro de los hospitales.

Lleva a repensar las estrategias utilizadas actualmente para reducir la probabilidad de un parto pretérmino; la necesidad de incorporar nuevos agentes es un emergente en la promoción y prevención de la salud mental en el área perinatal, proponiendo un enfoque mas integral e interdisciplinario.

Para ello se requiere de personal formado en la materia, que tenga los conocimientos específicos sobre la psicología perinatal, aportando estrategias de intervención temprana, brindando herramientas y recursos emocionales a los padres, muchos de ellos primerizos, con el fin de acompañarlos en este proceso pre y postnatal.

Limitaciones de la Investigación

Las limitaciones de esta investigación se relacionan con la escasez de tiempo y la dificultad en encontrar la población para realizar las entrevistas.

Al contar con un lapso de tiempo para poder llevar a cabo la investigación, el procedimiento metodológico se sostuvo a esa exigencia, acotando la cantidad de muestreos y de instrumentos de recolección de datos.

Con respecto a las participantes, siendo una población compleja de detectar, la tarea de encontrar a mamás de prematuros fue ardua. Acceder a las entrevistas dentro de hospitales lleva un conjunto de aprobaciones por parte de jefes de área y en algunos casos del comité de bioética, lo cual vuelve una tarea compleja poder entrevistar dentro de esos establecimientos. No obstante, se logró conseguir el total de 13 mamás de hijos prematuros.

Referencias

- Aguirre, E., Abufhele, M. y Aguirre, R. (2016). *Estrés prenatal y sus efectos*. [Archivo PDF]. <https://biblat.unam.mx/hevila/EstudiospublicosSantiago/2016/no144/1.pdf>
- Aleksandra Staneva, A., Bogossian, F., Pritchard, M. and Anja Wittkowski (2015). The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Sciencedirect*.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.02.003>
- Alfonso Álvarez, M. (2018). *Factores de riesgo y de protección psicosociales durante el embarazo. Una revisión sistemática*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Granada]. <http://hdl.handle.net/10481/55422>
- American Psychological Association. (2013). *Comprendiendo el estrés crónico*.
<https://www.apa.org/topics/stress/estres-cronico>
- American Psychological Association (2010). *Los distintos tipos de estrés*.
<https://www.apa.org/topics/stress/tipos>
- Botella López, C. (2020). *Estres psicosocial y prematuridad: impacto en la salud materna y neonatal*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad Autonoma de Madrid].
<http://hdl.handle.net/10486/691420>
- Barrio, J. A., García, M. R., Ruiz, I. y Arce, A (2006). El estrés como respuesta. *Redalyc*.
<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832311003.pdf>

- Cáceres, R., Martínez-Aguayo, J. C., Arancibia, M. y Sepúlveda, E. (2017). Efectos neurobiológicos del estrés prenatal sobre el nuevo ser. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría* 55(2), 103-113. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272017000200005>
- Castillo, M. D, González y Leandro, P., (2010) *ESTRÉS Y ANSIEDAD. RELACIÓN CON LA COGNICIÓN*. [Archivo PDF]. <https://psiquiatria.com/trabajos/8cof245425.pdf>
- Chaile, S. (2011). *El Trabajo del Psicólogo Perinatal en un Hospital Zonal General Agudos*. Obtenido de Universidad de Palermo.
- Christian, L. (2012). Physiological reactivity to psychological stress in human pregnancy. *National Library of Medicine*.10.1016/j.pneurobio.2012.07.003
- Colom, G. G., (2010). *Estudio sobre la ansiedad y el estrés: su relación con parámetros bioquímicos y su influencia en el rendimiento académico. estrategias para reducir los niveles de ansiedad en los estudiantes*. [Tesis Doctoral, Universitat de les Illes Balears].
https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/151999/Grases_Colom_Gloria.pdf?se
- Corona, R. M., Vega Valero, C. Z. y Ruiz Méndez, D. (2022). Escala de Evaluación Cognitiva Y Estrés: análisis de sus propiedades psicométricas con pacientes oncológicos. *Psicología y salud*. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2786>
- Cruz, C., Espejo Torrico P., Puig Vásquez V. y Señoret Floresco, C. (2015). Definición y Detección del Estrés. *ResearchGate*. 10.13140/RG.2.1.4348.0800

Dahab, J., Rivadeneira, C. y Minici, A. (2010). El enfoque cognitivo-transaccional del estrés. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*.

<http://revista.cognitivoconductual.org/>

Daneri, M. F. (2012). *Psicobiología del Estrés*. [Archivo PDF].

https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electiva/s/090_comportamiento/material/tp_estres.pdf

Díaz Romero, R. M. Aguilar Figueroa, V. D. y Santillán García R. (1999). Estrés y embarazo. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-1999/od991f.pdf>

Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. (14 de abril de 2020). *Información sobre el embarazo*.

<https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion>

Ferrer Rodríguez, I. (2018). *Rasgos de personalidad, evaluación cognitiva y selección de estrategias de afrontamiento del estrés cotidiano: un estudio mediante registros diarios*. [Tesis Doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona].

<https://hdl.handle.net/10803/666782>

Fernandez Lorenzo, P. y Olza, I. (2020). Cap. 2: El proceso psíquico de la mujer. En

Fernandez Lorenzo, P. y Olza, I., *Psicología del embarazo* (pág. 51). España: Editorial Síntesis.

García Montaner, N. (2 de febrero de 2021). *Definición de embarazo y sus fases*.

<https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/embarazo/definicion/>

Gerrero, J. (2017). Para entender la acción de cortisol en inflamación aguda: una mirada desde la glándula suprarrenal hasta la célula blanco. *Revista medicina Chile*.

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n2/art11.pdf>

Huanco Aguilar, J. y Tumpe Neyra, A. (2023). *Relación entre el estrés y el parto pretérmino en gestantes entre 20 a 40 años en el Hospital Antonio Lorena y Hospital Regional del Cusco, mayo 2022- febrero 2023*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Andina del Cusco]. <https://hdl.handle.net/20.500.12557/5605>

Huertas Tacchino, E. (2018). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3),399404.

<https://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2104>

Lalani, S., Dosani, A., Forchheh, N., Premji, S.S., Siddiqui, S., Shaikh, K., Mian, A., Yim, L.S. and the Maternal-infant Global Health Team (MiGHT) (2021) Perceived stress may mediate the relationship between antenatal depressive symptoms and preterm birth: A pilot observational cohort study. *PLoS ONE*.<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250982>

Lattari Balest, A. (2022). Recién nacidos prematuros. MANUAL MSD.

<https://www.msdmanuals.com/es-ar/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/reci%C3%A9n-nacidos-prematuros>

Lazarus, R. y Folkamn, S. (1986). Capitulo- 1."El concepto del Estrés en la Biología.". En R.Lazarus, *Estrés y Proceso Cognitivos*.

- Losada, A., Zambrano Villalba, M. C., y Marmo, J. (2022). CLASIFICACIÓN DE MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA. *PSICOLOGÍA UNEMI*, 6(11), 13-31. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss11.2022pp13-31p>
- Martinez, J. P. (2017). CAPITULO 1: ¿Qué es el estrés? En J. P. Martinez, *Trata al estrés con PNL*. Ramon Areces.
- Ministerio de Salud Argentina. (16 de noviembre de 2021). *Política Integral para la Prematurez*. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/politica-integral-para-la-prematurez>
- Muñoz P., M. y Oliva M., P. (2009). Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000500003>
- Najjarzadeh, M., Abbasalizadeh, S., Mohammad, S., Asghari, M. and Mirghafourvand, M. (2022). Perceived stress and its predictors in women with threatened preterm labour: Across-sectional study. *NursingOpen*. [10.1002/nop2.1055](https://doi.org/10.1002/nop2.1055)
- Oiberman, A. J. (2011). La culpa ante la internación de un bebe recién nacido: El espacio de la psicología perinatal. *Actualidad Psicológica*.
<https://www.actualidadpsi.com/muestra2.php?numero=401>
- Oiberman, A., Santos, M. S. y Nieri, L. (2011). Entrevista Psicológica Perinatal (EPP): un instrumento en salud mental Perinatal. *Repositorio Institucional CONICET Digital*.
<http://hdl.handle.net/11336/115186>

Ortiz M. (2020). *Ansiedad, depresión y estrés como factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino en el Hospital de Apoyo II - Sullana en los años 2019-2020* [Tesis para optar por el título profesional, Universidad Privada Antenor Orrego].

<https://hdl.handle.net/20.500.12759/6132>

Organización Mundial de la Salud (25 de noviembre de 2016). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. [WHO-RHR-16.12-spa.pdf;sequence=1](#)

[16.12-spa.pdf;sequence=1](#)

Organización Mundial de la Salud. (14 de noviembre de 2022). *Nacimientos prematuros*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Organización Mundial de la Salud (11 de mayo de 2023). *Nacimientos prematuros*.

Pacay García, A. N. (2014) *Agentes estresores psicológicos que inciden en los vendedores de la empresa alimentos nutritivos del norte, S.A. de Coban Alta Verapaz*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Rafael Landívar].

<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2014/05/43/Pacay-Andrea.pdf>

Pinto Dussán, M. C., Aguilar Mejía, O. M. y Gómez Rojas, J. D. (2010). Estrés psicológico materno como posible factor de riesgo prenatal para el desarrollo de dificultades cognoscitivas: caracterización neuropsicológica de una muestra colombiana.

UniversitasPsychologica.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672010000300012&lng=en&tlng=es.

- Quispe-Altamirano, F. A. y Maza-Izquierdo, M. B. (2020). *Estrés y parto prematuro en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba, julio – noviembre 2019*. [Tesis para optar el grado de Obstetra, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de San Martín] <http://hdl.handle.net/11458/3754>
- Romero Borja, G. (2020). *Estrés perinatal desde la concepción hasta el año de vida*. [Tesis Doctoral, Universidad de Granada]. <http://hdl.handle.net/10481/60123>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., y Baptista, L. M. (2014). Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias. En R. H. Sampieri, C. F. Collado, & L. M. Baptista, *Metodología de la investigación*. México: MCGRAW-HILL.
- Stylianou-Riga, P., Kouis, P., Kinni, P., Rigas, A., Papadouri, T., Yiallourous, P.K., Theodorou, M. (2018). Maternal socioeconomic factors and the risk of premature birth and low birth weight in Cyprus: a case–control study. *Reproductive Health*. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0603-7>
- Taylor S. J. y Bogdan R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paídos.
- Terán Jiménez, E., Lucín Alarcón, C., Robles Ruilova, A., Chedraui, P., Pérez López, F. y Vallejo Silva, M. (2010). Parto pretérmino: aspectos socio-demográficos en gestantes del hospital gineco-obstétrico “Enrique C. Sotomayor”, Guayaquil, Ecuador. *Revista Medicina*. <https://rmedicina.ucsg.edu.ec/archivo/16.4/RM.16.4.03.pdf>

Terrones-Santa Cruz, J. R. (2021). *Riesgo biopsicosocial prenatal y su relación con el parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Santa Gema - Yurimaguas 2020*. [Tesis para optar el grado de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional de San Martín].
<http://hdl.handle.net/11458/4165>

Triviño, Z. y Sanhueza, O. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Revista Aquichan*.
<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/56>

Universidad Autónoma de Hidalgo. (7 de dic de 2020). *Condiciones biológicas ideales para un embarazo exitoso*. <https://uaeh.edu.mx/onutmi/condiciones-biologicas.html>

Vargas Navarro, P., Latorre López, D. y Parra Cárdenas, S. (2015). Estresores psicosociales y depresión mayor recurrente. *Revista Salud Bosque*, 1(2), 39–53.
<https://doi.org/10.18270/rsb.v1i2.94>

Wheeler S., Maxson P., Troung T. and Swamy G. (2018). Psychosocial stress and preterm birth: The impact of parity and race". *Maternal and Child Health Journal*.
<https://www.springermedizin.de/psychosocialstress-and-preterm-birth-the-impact-of-parity-and-r/15578460>

Zuñiga Del Aguila, A. K. y Paredes Briceño, J. R. (2017). Estresores psicosociales relacionados a la amenaza de parto y parto pre-término en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, agosto – diciembre 2016. *Universidad Nacional de San Martín*.

TEMAS QUE EMERGEN						
SUCESOS SIGNIFICATIVOS (life events) (Mencionados como tales por la madre)						
		Ultimo año Si fue durante el embarazo aclarar trimestre	Años anteriores			
		Trimestre				
Pareja:	Separación durante el embarazo	0	<input type="checkbox"/>	0		
	Violencia	0	<input type="checkbox"/>	0		
	Probl. pareja anterior	0	<input type="checkbox"/>	0		
	Otros	0	<input type="checkbox"/>	0		
Muertes:	Hijos	0	<input type="checkbox"/>	0		
	Abortos	0	<input type="checkbox"/>	0		
	Pareja	0	<input type="checkbox"/>	0		
	Otros familiares/personas cercanas	0	<input type="checkbox"/>	0		
Social:	Desocup./probl. económ./pobreza	0	<input type="checkbox"/>	0		
	Violencia Ffilar.	0	<input type="checkbox"/>	0		
	Violencia barrial/policial/filar.preso	0	<input type="checkbox"/>	0		
	Adicciones	0	<input type="checkbox"/>	0		
	Desarraigo (migrantes)	0	<input type="checkbox"/>	0		
	Abuso/violación madre	0	<input type="checkbox"/>	0		
	Abuso/violación de alguien del entorno.	0	<input type="checkbox"/>	0		
	Otros.	0	<input type="checkbox"/>	0		
Probl.actual:	Accidentes	0	<input type="checkbox"/>	0		
	Enfermedades	0	<input type="checkbox"/>	0		
	Mudanzas	0	<input type="checkbox"/>	0		
	Probl. Familiares	0	<input type="checkbox"/>	0		
	Otros	0	<input type="checkbox"/>	0		
Probl.c/ otros hijos:	Patología similar en otro hijo	0	<input type="checkbox"/>	0		
	Preocupación por otros hijos	0	<input type="checkbox"/>	0		
	Abandono/sustracción otro hijo	0	<input type="checkbox"/>	0		
	Otros	0	<input type="checkbox"/>	0		
Problemas maternos asociados al embarazo						
El embarazo en sí mismo como life event		0				
Físicos:	Internación durante embarazo	0	Psicológicos:	Temor/salud bebé	0	
	Hipertensión	0		Temor/salud propia	0	
	Pérdidas	0		Presentimiento de parto premat./patolog.	0	
	Infección urinaria	0		Angustia/ansiedad	0	
	Contracciones	0		Temor al parto	0	
	Diabetes gestacional	0		Otros	0	
	HIV/ETS	0				
	Otros	0				
Conflic./infan.	Abandono:	0				
	Fallec./padres:	0				
	Violación/Abuso:	0				
	Maltrato	0				
	Otros	0				
IMPACTO ANTE ESTE NACIMIENTO/INTERNACION/SITUACION:						
Dificultades vínculo:		0	Rechazo:	0		
Dificultades lactancia:		0	Duelo por fallecimiento bebé:	0		
Angustia por patología/malform. bebé:		0	Duelo anticipado:	0		
Negación patología/gravedad bb.:		0	Angustia/separac. del bebé:	0		
Actitud de extrañeza ante el bebé real		0	Otros	0		
RED						
	Amplia	Escasa	Fuerte	Débil		
Familiar	0	0	0	0		
Social	0	0	0	0		

Observ.:

Nota. Adaptado de “Entrevista Psicológica Perinatal (EPP): un instrumento en salud mental Perinatal” (pp. 14-15), por A.Oiberman, M. S. Santos y L. Nieri, 2011, *Repositorio Institucional CONICET Digital*.

Anexo B. Percepción y Experiencias de Estrés Psicosocial durante Embarazos Pretérmino

Entrevista sobre Percepción y Experiencias de Estrés Psicosocial durante Embarazos Pretérmino.

Fecha:

Entrevistador:

Entrevistado:

Introducción: Esta investigación tiene el propósito de entrevistar a mujeres que hayan tenido partos pretérminos con el objetivo de conocer la percepción y experiencias de estrés psicosocial durante el embarazo.

Preguntas: |

Cuando quedaste embarazada:

1. ¿Cuántos años tenías cuando quedaste embarazada?
2. ¿Eras primeriza cuando tuviste al bebé? Si tuviste más hijos indicar si fueron prematuros o no.
3. ¿Cómo se componía tu grupo familiar?
4. ¿Con quienes vivías en ese entonces?
5. ¿Trabajabas/estudias antes/durante el embarazo? ¿Si trabajabas, dejaste de hacerlo?
6. ¿El embarazo fue planificado?
7. ¿Cómo se sintió emocionalmente cuando se enteró que quedó embarazada?
8. ¿Hubo aceptación por usted y por sus allegados? ¿Cómo se sintió al respecto?
9. ¿Cuántas semanas de embarazo curso?
10. ¿Cómo fue el parto?
11. ¿Tuvo alguna complicación el bebé?
12. ¿Cuánto peso el bebé?
13. ¿Tuvo alguna complicación física/emocional durante el embarazo? ¿Cuál?
14. ¿Hubo algún evento (estresante) significativo durante el embarazo? Indicar en que trimestre sucedió.
15. Si hubo un evento estresante ¿Qué hizo al respecto?
16. ¿Cómo se sintió frente a este suceso?

17. Con respecto al evento señalado como estresante: ¿Tuvo apoyo y acompañamiento por parte de sus familiares?
18. Con respecto al evento señalado como estresante: ¿Tuvo una red social de contención?
19. ¿Busco ayuda de algún profesional frente a los eventos estresantes?

Observaciones:

Anexo C. Consentimiento Informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Me ha sido explicado que los miembros de la *Facultad de psicología y Ciencias Sociales* de UFLO Universidad, desean conocer la **Percepción y Experiencias de Estrés Psicosocial durante Embarazos Pretérmino**. Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es conocer e indagar sobre la **Percepción y Experiencias de Estrés Psicosocial durante Embarazos Pretérmino**. Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se me entregarán a continuación.

La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirandome del presente acto.

Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento.

Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar.

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

Firma:

Aclaración:

DNI:

Fecha:

Firma Profesional Informante:

Aclaración:

DNI:

Protocolo N°:

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

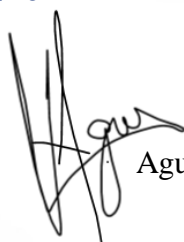
Desde la fecha [22/05/2024]

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación [22/05/2024]

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Lugar y fecha: Argentina, 15/05/2024

Firma y aclaración del autor:



Agustina Meza