

# ESTRESORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A PREECLAMPSIA EN MUJERES DE LIMA, PERÚ

## ASSOCIATED PSYCHOSOCIAL STRESSORS WITH PREECLAMPSIA IN WOMEN OF LIMA, PERU

Elia Stephanie Ku Chung

Licenciada en Obstetricia, Magíster en Salud Pública, Especialista en Obstetricia de Alto Riesgo  
Docente de la Universidad Privada Arzobispo Loayza. Obstetra asistencial del Hospital Vitarte, Lima, Perú.



### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la relación entre estresores psicosociales y preeclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Vitarte 2017. **Materiales y métodos:** Estudio de casos y controles, realizado en el Hospital de Vitarte en Lima, Perú, en 40 púérperas, asignadas en dos grupos apareados por distrito de procedencia y fecha de ingreso, 20 casos con diagnóstico de preeclampsia durante la gestación y 20 controles sin preeclampsia, púérperas de parto normal. Se utilizaron cuatro instrumentos: el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE), el Inventario de Depresión Rasgo Estado (IDERE), el APGAR familiar y la ficha de tamizaje de violencia basada en género para la identificación de estresores psicosociales (ansiedad, depresión, disfunción familiar y violencia). Se consideraron las pruebas Chi cuadrado (significativo  $p < 0.05$ ) y Odds Ratio para hallar el riesgo de presentar preeclampsia con sus intervalos de confianza al 95%. **Resultados:** Los estresores psicológicos asociados significativamente con preeclampsia fueron: ansiedad estado (OR: 33.8; IC 95%: 1.80-636.91), ansiedad rasgo (OR: 27.8; IC 95%: 1.48-526.14), ansiedad (OR: 41.0; IC 95%: 2.18-770.12), depresión estado (OR: 57.0; IC 95%: 6.00-541.46), depresión rasgo (OR: 27.8; IC 95%: 1.48-526.14) y depresión (OR: 76.0; IC 95%: 7.69-750.49). Los estresores sociales asociados significativamente con preeclampsia fueron: violencia psicológica (OR: 10.2; IC 95%: 1.12-93.34) y violencia basada en género (OR: 10.2; IC 95%: 1.12-93.34). Los estresores psicológicos (OR: 107.6; IC 95%: 10.20-1135.58) y sociales (OR: 22.6; IC 95%: 4.37-117.46) se asociaron significativamente a preeclampsia. **Conclusiones:** Hubo relación estadísticamente significativa entre estresores psicosociales y preeclampsia.

**Palabras clave:** Estrés psicológico; Preeclampsia; Ansiedad; Depresión; Violencia basada en género; Relaciones familiares.

### Financiamiento

Autofinanciado

### Conflicto de interés

La autora declara no tener conflictos de interés.

### Recibido

06 de Marzo del 2018

### Correspondencia

Elia Ku Chung, Docente de la Universidad Arzobispo Loayza, Lima, Perú.

eliaku@gmail.com

### Cita bibliográfica

Ku E. Estresores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres de Lima, Perú. Rev Int Salud Matern Fetal. 2018; 3(1): 3 - 10

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the relationship between psychosocial stressors and preeclampsia in women treated at Vitarte Hospital, 2017. **Material and methods:** Case-control study, performed at Vitarte Hospital in Lima, Peru in 40 puerperal women, assigned in two groups matched by district of origin and date of admission, 20 cases with diagnosis of preeclampsia during pregnancy and 20 controls without preeclampsia, puerperal women of normal delivery. Four instruments were used: the State Trait Anxiety Inventory (STAI), the State Trait Depression Inventory (ST-DEP), the family APGAR and the gender-based violence screening sheet for the identification of psychosocial stressors (anxiety, depression, family dysfunction and violence). Chi square tests (significant  $p < 0.05$ ) and Odds Ratio were considered to find the risk of presenting preeclampsia with their 95% confidence intervals. **Results:** Psychological stressors significantly associated with preeclampsia were: anxiety state (OR: 33.8, 95% CI: 1.80-636.91), anxiety trait (OR: 27.8, 95% CI: 1.48-526.14), anxiety (OR: 41.0, CI 95%: 2.18-770.12), depression state (OR: 57.0, 95% CI: 6.00-541.46), depression trait (OR: 27.8, 95% CI: 1.48-526.14) and depression (OR: 76.0, 95% CI: 7.69-750.49). The social stressors significantly associated with preeclampsia were: psychological violence (OR: 10.2, 95% CI: 1.12-93.34) and gender-based violence (OR: 10.2, 95% CI: 1.12-93.34). Psychological stressors (OR: 107.6, 95% CI: 10.20-1135.58) and social stressors (OR: 22.6, 95% CI: 4.37-117.46) were significantly associated with preeclampsia. **Conclusion:** There was a statistically significant relationship between psychosocial stressors and preeclampsia.

**Key words:** Psychological stress; Preeclampsia; Anxiety; Depression; Gender-based violence; Family relationships.

## INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es una de las patologías obstétricas más frecuentes que complica el embarazo y constituye una causa esencial de morbilidad y mortalidad materna-perinatal<sup>1</sup>. A nivel mundial, la enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE) se erige como la segunda causa de muerte materna con 14%<sup>2</sup>. En el Perú, la preeclampsia representa 17 a 21% de muertes maternas, ocupando el segundo lugar después de las hemorragias; en los hospitales de la Seguridad Social (EsSalud), a nivel nacional es la primera causa de muerte materna y además está vinculada con 17 a 25% de las muertes perinatales<sup>3</sup>. En el año 2016, la EHE significó el 7.5% de egresos hospitalarios del Instituto Nacional Materno Perinatal y fue una de las principales causas de mortalidad materna, representando el 14.3% de los decesos<sup>4</sup>.

La preeclampsia es un síndrome caracterizado por la presencia de hipertensión y proteinuria después de las 20 semanas de gestación. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología la define como hipertensión arterial y/o la presencia de compromiso de órganos y sistemas, que se traducen clínicamente en cefalea, plaquetopenia, alteraciones de la función hepática, pulmonar, renal y compromiso fetal<sup>5</sup>.

Aunque se desconoce la etiología de este trastorno del embarazo, la literatura científica sugiere que existen factores predisponentes maternos (genéticos, inmunológicos), placentarios, fetales y ambientales, que conllevan a vasoespasmo, disfunción endotelial, estrés oxidativo, entre otros, produciendo daño a órganos y sistemas<sup>5,6,7</sup>.

Sin embargo, esta enfermedad continúa siendo un reto para los investigadores, que no han podido dar una explicación apropiada para su origen. Esto puede deberse a la perspectiva unicausal y biologicista en la que se basan las investigaciones realizadas, que dejan de lado el enfoque psicosocial dentro del proceso de salud-enfermedad<sup>1</sup>.

Por ello, se hace necesario abordar la preeclampsia desde un enfoque biopsicosocial, donde existe una influencia recíproca entre factores biológicos (cambios durante el embarazo, factores genéticos y funcionamiento fisiológico general), factores psicológicos (autopercepción del embarazo, ansiedad, depresión, ira, trastornos psicológicos, etc.) y factores sociales (presiones familiares, pobreza, trabajo, demandas sociales, etc.)<sup>8</sup>.

Diversos estudios han identificado a la agresión física y psicológica al interior del hogar, los problemas económicos, la depresión, la ansiedad y la disfunción familiar como estresores psicosociales que incrementan significativamente en la gestante el riesgo para desarrollar complicaciones como la preeclampsia<sup>9,10,11,12</sup>.

Se definen como estresores psicosociales aquellos eventos que requieren un reajuste en las actividades cotidianas de las personas y que son percibidos como indeseables<sup>13</sup>, están representados por situaciones familiares, laborales, económicas, sociales y culturales que demandan y exceden los recursos personales, de tal modo que significan amenaza, daño o desafío<sup>1</sup>.

La presencia de estos estresores en la gestante puede disminuir su capacidad de respuesta inmunológica y aumentar significativamente el riesgo para preeclampsia; ya que incrementaría la resistencia vascular, la resistencia a la insulina y la producción de citoquinas proinflamatorias, facilitando el desarrollo de disfunción endotelial<sup>9,11</sup>.

También se postula que la relación entre ansiedad y depresión durante el embarazo y preeclampsia se debería al aumento de la concentración de hormona liberadora de corticotropina de la placenta, y que dicha asociación sería más frecuente si estas alteraciones existieran desde el primer trimestre del embarazo<sup>14,15</sup>. Otra hipótesis es que durante el afrontamiento de un evento estresante hay secreción de hormonas vasoactivas y otros transmisores neuroendocrinos, los cuales podrían aumentar el riesgo de hipertensión en las mujeres embarazadas<sup>16</sup>. En general, el aumento de los niveles de las hormonas asociadas con el estrés puede afectar tanto la presión arterial de la madre, como el crecimiento y el desarrollo del feto<sup>17</sup>.

En el Hospital Vitarte no se han realizado estudios que aborden la preeclampsia con un enfoque psicosocial y siendo esta una patología que se presenta cada vez con mayor frecuencia en la institución es que se plantea la presente investigación, que tiene como objetivo analizar la asociación entre estresores psicosociales (ansiedad, depresión, disfunción familiar, violencia) y preeclampsia.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico de Casos y Controles, retrospectivo, transversal. La población estuvo conformada por púerperas hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Vitarte en el periodo de Octubre a Diciembre del 2017.

El tamaño de la muestra se definió partiendo de dos criterios; uno, de los recursos disponibles que fijan el tamaño máximo de la muestra; y dos, los requerimientos del plan de análisis que fija el tamaño mínimo de la muestra, obteniendo un total de 40 pacientes. El tipo de muestreo fue no probabilístico, apareado por distrito de procedencia y fecha de ingreso. De acuerdo a si cumplían los criterios de selección se asignaron 20 púerperas con diagnóstico de preeclampsia durante la gestación sin otra patología agregada al grupo de casos y 20 púerperas de parto eutócico sin preeclampsia ni ninguna otra patología al grupo control, a las cuales se les evaluó la presencia de estresores psicosociales mediante sus dimensiones de ansiedad, depresión, disfunción familiar y violencia basada en género, con la finalidad de establecer las diferencias entre los estresores y los casos y controles.

Se empleó la observación documental de la historia clínica, de donde se recopiló datos generales y antecedentes obstétricos llenando la ficha de recolección de datos; luego se aplicó tres cuestionarios estructurados, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), el Inventario Depresión Rasgo-Estado (IDERE) y el APGAR familiar. El primero, diseñado para evaluar dos formas de ansiedad, como estado (condición emocional transitoria) y como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable), cada una de ellas tenía 20 ítems. En el IDARE estado, hubo 10 ítems positivos de ansiedad y 10 ítems negativos, en la escala rasgo hubo 13 ítems positivos y 7 negativos. Se utilizó el IDARE en su versión en español de Díaz-Guerreo y Spielberger<sup>18</sup> que tiene una elevada confiabilidad, alfa de Cronbach 0,83 para el IDARE-R y 0,92 para el IDARE-E. El segundo, diseñado para evaluar depresión como estado y como rasgo, en el IDERE estado, hubo 10 ítems positivos de ansiedad y 10 ítems negativos, en la escala rasgo hubo 11 ítems positivos y 11 negativos. En la escala de estado, se orientó a la paciente que debía responder cómo se sentía en ese momento en relación a los ítems formulados, y cómo se sentía generalmente en relación a los ítems de la escala como rasgo. La forma de respuesta iba de 0 a 4 en ambas subescalas. El puntaje final obtenido indicaba un nivel bajo, medio o alto, ya sea de ansiedad o depresión. El coeficiente alfa de Cronbach era de 0,78 para la escala de depresión como rasgo y de 0,79 para la escala de depresión como estado<sup>18,19</sup>. El tercero, constaba de cinco preguntas que evaluaban la funcionalidad de la persona en la familia, de acuerdo a cinco funciones básicas (adaptabilidad, participación, gradiente de crecimiento, afecto y resolución), cada una de las respuestas tenía un puntaje que iba entre los 0 y 4 puntos, al sumar los cinco parámetros el puntaje fluctuaba entre 0 y 20, lo que indicaba una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia. Finalmente, se realizó una entrevista estructurada sobre violencia basada en género, compuesta por preguntas sencillas y directas sobre los tipos de violencia

(psicológica, física, sexual). El análisis de confiabilidad de la escala (alfa de Cronbach) en diversos estudios fue superior a 0,75<sup>20,21</sup>.

Se consideró como ansiedad cuando la calificación de su nivel fue alta para el IDARE-R y/o para el IDARE-E; depresión cuando la calificación de su nivel fue alta para el IDERE-R y/o para el IDERE-E; disfunción familiar cuando la calificación de su nivel mediante el APGAR familiar fue leve, moderado o severo y violencia cuando se manifestó en cualquiera de sus formas, ya sea física, psicológica o sexual.

Los datos recolectados fueron tabulados en una base de datos con Microsoft Excel, para luego ser analizados con el paquete estadístico SPSS versión 22. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial y para la determinación de las relaciones se aplicó Chi cuadrado significativo con valor  $p < 0.05$  y OR con IC 95%.

Al involucrar la participación de seres humanos en el presente estudio, se hizo necesario el consentimiento informado, el cual se dio por escrito luego de brindar la explicación sobre qué consistía el estudio y los fines que se perseguía con la investigación; invitando a participar a las pacientes libremente sin ningún tipo de coacción y de acuerdo a los criterios de selección que requirió el estudio. La información obtenida fue de carácter confidencial, en ningún caso quedó registrada por escrito la identidad de las pacientes. Cabe resaltar que no hubo ningún riesgo de daño para las pacientes participantes del estudio y que toda la información que brindaron se recopiló cuidando en todo momento su privacidad y que si la paciente no deseaba formar parte del estudio o se retractó una vez iniciada su participación, pudo dar su negativa a participar o abandonar el estudio y no se tomó ninguna represalia en su contra.

## RESULTADOS

La edad promedio de los casos fue de 27.8 años, siendo la edad mínima de 18 años y la máxima de 43 años; en tanto que para los controles la edad promedio fue de 26.4 años, con una mínima de 18 años y una máxima de 41 años; siendo similar en ambos grupos. La mayoría de entrevistadas se encontraban en el rango de 20 a 34 años de edad. (Tabla 1)

En cuanto al estado civil, predominó la convivencia, representando el 80.0% de los casos y el 60.0% de los controles. (Tabla 1)

En lo que refiere al grado de instrucción, el 50.0% tenía secundaria completa en los casos y el 55.0% en los controles; el 20.0% tenía educación secundaria incompleta y

Tabla 1. Características sociodemográficas de las puérperas del Hospital Vitarte, 2017

	Con preeclampsia		Sin preeclampsia	
	n = 20	%	n = 20	%
<b>Edad (años)</b>				
≤ 19	2	10.0	2	10.0
20 - 34	16	80.0	13	65.0
≥ 35	2	10.0	5	25.0
<b>Estado civil</b>				
Soltera	1	5.0	3	15.0
Conviviente	16	80.0	12	60.0
Casada	3	15.0	5	25.0
<b>Grado de instrucción</b>				
Primaria incompleta	0	0.0	1	5.0
Primaria completa	2	10.0	2	10.0
Secundaria incompleta	4	20.0	4	20.0
Secundaria completa	10	50.0	11	55.0
Superior técnico	4	20.0	2	10.0
<b>Ocupación</b>				
Ama de casa	15	75.0	15	75.0
Empleada del hogar	2	10.0	1	5.0
Profesional	1	5.0	1	5.0
Comerciante	2	10.0	3	15.0

el 10% primaria completa, tanto para los casos como para los controles; y 20.0% de los casos contaba con educación superior técnica, mientras que en los controles fue 10%. (Tabla 1)

En cuanto a la ocupación la mayoría era ama de casa, representando el 75.0% en los casos al igual que en los controles (Tabla 1).

Del grupo de puérperas con preeclampsia, el 45.0% fueron primíparas, siendo el 60.0% para el grupo control. Para el 40.0% de los casos era su segundo o tercer hijo y 30.0% para el grupo control. Las múltíparas fueron 15% para los casos y 10% para los controles. La mayoría de mujeres entrevistadas no tuvo antecedente de aborto, siendo 85.0% para los casos y 65.0% para el grupo control. (Tabla 2)

La atención prenatal fue ligeramente mayor para el grupo control, el 65% tuvo más de seis atenciones prenatales durante el embarazo, en tanto que para el grupo de casos fue 55.0% (Tabla 2).

Individualmente, las puérperas que tuvieron niveles altos de ansiedad como estado o rasgo, tenían un riesgo casi treinta y cuatro y veintiocho veces mayor, respectivamente, de presentar preeclampsia en comparación con aquellas que no tenían la enfermedad, siendo estadísticamente significativo. Al consolidar la ansiedad como la presencia de niveles altos en su tipificación como estado o rasgo, la probabilidad de presentar preeclampsia fue trece veces mayor que en el grupo control, resultando también significativa. (Tabla 3)

Niveles elevados de depresión en sus variantes de estado o rasgo representaron una probabilidad cincuenta y siete y casi veintiocho veces mayor, respectivamente, de desarrollar preeclampsia, siendo estadísticamente significativos; constituyendo la depresión (tanto como estado o rasgo) un factor de riesgo que eleva la probabilidad de padecer preeclampsia en setenta y seis veces. (Tabla 3)

La disfunción familiar en grado leve, moderada o severa

Tabla 2. Antecedentes obstétricos de las púérperas del Hospital Vitarte, 2017

	Con preeclampsia		Sin preeclampsia	
	n = 20	%	n = 20	%
<b>Número de hijos</b>				
1	9	45.0	12	60.0
2 - 3	8	40.0	6	30.0
≥ 4	3	15.0	2	10.0
<b>Número de abortos</b>				
Ninguno	17	85.0	13	65.0
1 - 3	3	15.0	6	30.0
≥ 4	0	0.0	1	5.0
<b>Número de atenciones prenatales</b>				
≤ 6	7	35.0	9	45.0
> 6	13	62.0	11	55.0

Tabla 3. Estimación del riesgo para preeclampsia de los estresores psicosociales en púérperas del Hospital Vitarte, 2017

Estresores	OR	IC 95%	p valor
Ansiedad Estado	33.8	1.80 - 636.91	0.001
Ansiedad Rasgo	27.8	1.48 - 526.14	0.002
Ansiedad	41.0	2.18 - 770.12	<0.001
Depresión Estado	57.0	6.00 - 541.46	<0.001
Depresión Rasgo	27.8	1.48 - 526.14	0.002
Depresión	76.0	7.69 - 750.49	<0.001
Disfunción familiar	13.2	2.79 - 62.67	<0.001
Violencia física	2.11	0.17 - 25.34	0.548
Violencia psicológica	10.2	1.12 - 93.34	0.018
Violencia sexual	1.00	0.05 - 17.18	1.00
Violencia	10.2	1.12 - 93.34	0.018
Estresores psicológicos	107.6	10.20 - 1135.5	<0.001
Estresores sociales	22.6	4.37 - 117.46	<0.001

resultó ser un factor de riesgo trece veces mayor para desarrollar preeclampsia.

## DISCUSIÓN

En un estudio realizado en el Hospital San Juan de Lurigancho, Morales<sup>22</sup> encontró que el promedio de edad de

las gestantes con preeclampsia (casos) fue 27.8 años y 27.3 años para las gestantes normotensas (controles); similar a lo hallado en el presente estudio, donde la edad promedio para los casos fue 27.8 años y 26.4 años para los controles. En otro estudio realizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo y el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), Qiu *et al.*<sup>23</sup> encontraron que 13% de mujeres preeclámpticas tenían menos de 20 años, 67.5% tenían 20-34 años y 33% tenían más de 34 años; en este estudio se halló también un mayor porcentaje correspondiente al rango de 20-34 años (80%), 10% eran adolescentes y el restante 10% añosas.

En cuanto al estado civil, la convivencia fue predominante tanto en el grupo de casos (80%) como en el grupo control (60%), similar a lo presentado por Morales<sup>22</sup>, quien halló 72.5% para los casos y 80% en los controles. López y Camacho<sup>24</sup> también encontraron un resultado similar en el INMP, 75% de pacientes preeclámpticas eran convivientes y 58.3% lo eran en el grupo de normotensas.

Con respecto al grado de instrucción, la educación secundaria completa se dio con mayor frecuencia tanto en el grupo de casos (50%) como en el grupo control (55%). Morales<sup>22</sup> obtuvo un resultado similar, 72.5% en los casos y 57.5% en los controles; también López y Camacho<sup>7</sup> hallaron 46.7% para los casos y 61.7% para los controles.

La mayoría de mujeres se dedicaba al hogar, con 75% para ambos grupos. Morales<sup>22</sup> obtuvo 85% para los casos y 72.5% para los controles; también López y Camacho<sup>24</sup> hallaron 84% para los casos y 76.7% para los controles.

Estudios señalan la primigravidez <sup>7, 25</sup> como factor de riesgo para preeclampsia, sin embargo en el presente estudio, el 45% de casos fueron primigestas y el 60% lo fue para el grupo control. El porcentaje de multigestas fue similar en ambos grupos, 15% para el grupo de casos y 10% para el grupo control. En Cuba, Suárez *et al.* <sup>26</sup> hallaron relación entre multiparidad y preeclampsia. En este estudio, el antecedente de aborto se presentó con mayor frecuencia en el grupo control (35%) comparado con el grupo de casos (15%). Hubo una ligera diferencia en el número de atenciones prenatales, en el grupo de casos el 65% tuvo más de seis, en cambio, en el grupo de control representó el 55%. Sáenz <sup>7</sup> halló el control prenatal inadecuado como factor de riesgo significativo para preeclampsia severa. Cerda <sup>25</sup> también encontró relación entre falta de control prenatal y preeclampsia. Las diferencias en cuanto a los antecedentes obstétricos, entre las investigaciones realizadas por otros autores con la presente puede deberse al tipo de muestreo empleado, el cual fue no probabilístico y la población distinta a la de los otros estudios.

En cuanto a los estresores psicológicos; según un artículo de revisión elaborado por Maldonado y Lartigue <sup>15</sup> existe una relación entre ansiedad y depresión durante el embarazo y preeclampsia, siendo más frecuente si estas alteraciones se presentan desde el primer trimestre <sup>14</sup>. En Irán, Kordi *et al.* <sup>27</sup> encontraron que la ansiedad incrementaba en casi el triple el riesgo de preeclampsia en comparación con las que no la tenían (OR: 2.90; IC: 1.46-4.26). En Chile, Muñoz y Oliva <sup>28</sup> hallaron que la presencia de algún evento estresante y/o depresión (OR: 2.84; IC: 1.36-5.98) se asociaron con enfermedad hipertensiva del embarazo. En otro estudio realizado en Colombia <sup>14</sup> para evaluar la relación entre preeclampsia y depresión mediante la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), resultó que las gestantes con preeclampsia presentaron niveles significativos más altos en depresión que las gestantes sin preeclampsia. Ariño <sup>29</sup>, en Ecuador, halló que los eventos estresantes y/o depresión (OR: 2.4 IC 95%: 1.87-3.07) fueron estresores psicosociales asociados con los trastornos hipertensivos del embarazo. Lo cual concuerda con el presente estudio, donde la ansiedad y la depresión fueron factores de riesgo para desarrollar preeclampsia.

Se ha documentado la asociación entre valores altos del IDARE, tanto para rasgo como para estado, con mayor frecuencia de preeclampsia. En el estudio de Teixeira *et al.* <sup>9</sup> se observó correlación positiva, estadísticamente significativa, entre puntajes altos de la escala del IDARE y aumento en el índice de resistencia de la arteria uterina en mujeres embarazadas, que cuando está elevado se asocia con mayor frecuencia de enfermedades hipertensivas del

embarazo. Similar a lo encontrado en este estudio, donde la ansiedad estado y la ansiedad rasgo resultaron factores de riesgo para preeclampsia. Sin embargo, en Colombia, Flórez <sup>30</sup> aplicó un inventario para la evaluación del estrés prenatal en 100 pacientes con preeclampsia y no observó asociaciones significativas entre el estrés prenatal, la ansiedad de estado, la ansiedad de rasgo, ni la depresión. Angulo y Riveros <sup>31</sup> ensayan una probable explicación para la asociación entre ansiedad y preeclampsia, señalan que existe correlación entre la ansiedad rasgo y menor uso de estrategias de afrontamiento y prácticas de crianza deficientes (experiencias emocionalmente fuertes durante la niñez, violencia entre los padres, agresión psicológica y/o física, relación negativa con la madre) que denotan falta de apoyo, de confianza y de reconocimiento durante la infancia. Asimismo, mujeres con puntajes altos de ansiedad estado tuvieron puntajes bajos en los estilos de aceptación o resignación, lo cual indicaría que demasiado apoyo durante la crianza limita el desarrollo de recursos personales para enfrentar situaciones que significan amenaza. Vemos entonces que tanto la deficiencia como el exceso de apoyo familiar pueden ser perjudiciales para la mujer cuando necesita afrontar un evento estresante como puede ser considerado el embarazo y generar complicaciones.

En cuanto a los estresores sociales tenemos que en Ecuador; Ariño <sup>29</sup> halló que la violencia intrafamiliar (OR: 1.47 IC 95%: 1.13-1.93) y la disfunción familiar (OR: 2.51 IC 95%: 2.00-3.13) fueron estresores psicosociales asociados con los trastornos hipertensivos del embarazo. En un estudio realizado en el Hospital San Juan de Lurigancho, Morales <sup>22</sup> encontró que el antecedente de violencia física (OR: 2.1; IC: 0.71-6.25) y violencia sexual (OR: 2.97; IC: 0.97-9.15;  $p < 0.05$ ) se asociaban a preeclampsia. Sánchez <sup>32</sup> también halló que las mujeres víctimas de violencia sexual durante el embarazo tuvieron mayor probabilidad de desarrollar preeclampsia (OR: 2.4; IC 95%: 1.9-3.9). Andrade <sup>33</sup>, en su estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal halló relación significativa entre la violencia de género durante el embarazo y preeclampsia. Contrariamente, López y Camacho <sup>24</sup> no hallaron relación significativa entre la violencia física o emocional y preeclampsia. En este estudio, sólo la violencia psicológica resultó un factor de riesgo para preeclampsia; la violencia física y la violencia sexual no fueron significativas. Pero, al considerar la violencia basada en género como la presencia de alguno de sus tipos (física, psicológica o sexual) sí hubo asociación significativa con preeclampsia; la disfunción familiar también resultó un factor de riesgo asociado a preeclampsia.

Como limitaciones se tuvo que en algunos casos, cuando la

paciente era de un bajo nivel educativo, los inventarios de ansiedad y depresión no pudieron ser autoadministrados, recurriendo a la entrevista estructurada para recolectar la información. La selección de la muestra no fue realizada al azar, corriendo el riesgo de presentar un sesgo de selección.

## CONCLUSIONES

Los estresores psicosociales constituyen un factor de riesgo

para preeclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Vitarte, hallándose relación estadísticamente significativa. Las dimensiones de ansiedad rasgo, ansiedad estado, depresión rasgo, depresión estado y depresión fueron los estresores psicológicos relacionados significativamente a preeclampsia. La presencia de violencia basada en género durante el embarazo, ya sea física, psicológica o sexual y la disfunción familiar fueron los estresores sociales relacionados significativamente a preeclampsia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Salvador-Moysén J, Martínez-López Y, Lechuga-Quiñones A, Ruiz-Astorga R, Terrones-González A. Situación psicosocial de las adolescentes y toxemias del embarazo. *Revista de Salud Pública de México* 2000; 42(2): 99-105.
- Organización Mundial de la Salud. Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU [Internet]. 2014.
- Pacheco-Romero J. Preeclampsia/eclampsia: Reto para el gineco obstetra. *Acta Médica Peruana* 2006; 23(2): 100-111.
- Oficina de Estadística e Informática del Instituto Nacional Materno Perinatal. *Información Estadística 2015-2016* [Internet]. 2017.
- Pacheco J, Villacorta A, Del Carpio L, Velásquez E, Acosta O. Repercusión de la preeclampsia/eclampsia en la mujer peruana y su perinato, 2000-2006. *Rev Peru Ginecol y Obstet.* 2014; 279-89.
- Lagos A, Arriagada J, Iglesias J. Fisiopatología de la preeclampsia. *Rev Obs Ginecol - Hosp Santiago Oriente Dr Luis Tisné Brousse.* 2013; 8(3):157-60.
- Sáenz S. Factores de riesgo de la preeclampsia severa en gestantes del centro de salud Contumazá, Cajamarca, 2010-2014. *Cientifi-k.* 2016; 4(2):128-37.
- Palacios M, Román R, Vera J. La modernización contradictoria. Desarrollo humano, salud y ambiente en México. U de G. CIAD. ITSON. PAUD. México, 1998:353-63.
- Teixeira J, Fisk N, Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *British Medical Journal* 1999; 318:153-155.
- Salvador J. La dimensión biopsicosocial de la preeclampsia: un abordaje conceptual-empírico. *Revista Ginecología y Obstetricia de México* 2009; 77(5): 231-237.
- Herrera J, Ersheng G, Shahabuddin A, Lixia D, Wei Y, Faisal M, Barua P, Akhtner H. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. *Colombia Médica* 2006; 37(2): 6-14.
- Sandín B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2003; 3(1):141-157.
- Chocrón E, Capote E, Wojtowicz J, López P, Sánchez I, Capote J. Perfil psicosocial en pacientes embarazadas con hipertensión arterial sistémica enero-junio 2000. *Salus* 2001; 5(2): 17-27.
- Vinaccia S, Sánchez M, Bustamante E, Cano E, Tobón S. Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2006; 6(1): 41-51.
- Maldonado-Durán J, Lartigue T. Fenómenos de la "programación" in útero: efectos del alto nivel de estrés y de la desnutrición durante el embarazo. *Revista Perinatología y Reproducción Humana* 2008; 22(1): 26-35.
- Kurki T, Hilesmoa V, Roitosolo R, Mahila H y Likorkola O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsie. *Obstetrics and Gynecology* 2000; 95(4): 487-490.

17. Cruz J, Hernández P, Yanes M, Isla A. Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I. Revista Cubana de Medicina General Integral 2007; 23(4).
18. González F. Instrumentos de evaluación Psicológica. La Habana: editorial Ciencias Médicas, 2007.
19. Martín M, Grau J, Ramírez V, Grau R. El Inventario de Depresión Rasgo-Estado. Desarrollo y posibilidades 2001; 5(1).
20. Rangel J, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Revista de la Facultad de Medicina UNAM. 2004; 47(1): 24-27.
21. Bellón J, Delgado A, Luna del Castillo J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria. 1996; 18(6): 289-296.
22. Morales J. Violencia doméstica de la pareja y su relación con la preeclampsia en gestantes atendidas en el hospital San Juan de Lurigancho. Enero - Julio, 2015 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
23. Qiu Ch, Sánchez S, Lam N, García P y Williams M. Associations of depression and depressive symptoms with preeclampsia: results from a Peruvian case-control study. BMC Women's Health 2007; 7(15).
24. López M y Camacho V. Violencia intrafamiliar como factor de riesgo de preeclampsia en gestantes de 20 a 35 años atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo marzo 2012 - mayo del 2013 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
25. Cerda A. Factores de riesgo para la preeclampsia en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga en el periodo junio - noviembre 2015 [Tesis de pregrado]. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2016.
26. Suárez J, Veitía M, Gutierrez M, Milián I, López A, Machado F. Condiciones maternas y resultados perinatales en gestantes con riesgo de preeclampsia - eclampsia. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2017; 43(1).
27. Kordi M, Vahed A, Rezaee F, Reza S, Lotfalizadeh M. Anxiety during pregnancy and preeclampsia: a case control study. Journal of midwifery and reproductive health. 2017; 5(1):814-820.
28. Muñoz M, Oliva P. 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 2009; 74(5): 281-285.
29. Ariño C. Prevalencia de trastornos hipertensivos del embarazo y estresores psicosociales asociados, en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador [Tesis de postgrado]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2013.
30. Flórez-Alarcón L. Evaluación del estrés prenatal en pacientes con preeclampsia. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana 1999; 17: 107-126.
31. Angulo R y Riveros A. Psicología de la hipertensión en el embarazo: Una evaluación comparativa. Avances en Psicología Latinoamericana 2013; 31(3): 493-506.
32. Sánchez S. Actualización de la epidemiología de la preeclampsia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2014; 60 (4): 309-320.
33. Andrade E. Violencia de género durante la gestación y su relación con los resultados maternos en las púerperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, junio 2016 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.