

RELACIÓN ENTRE ESTRÉS PSICOSOCIAL Y PARTO PREMATURO. UNA INVESTIGACIÓN INTERDISCIPLINARIA EN EL ÁREA URBANA DE BUENOS AIRES

Dr. Carlos Grandi^a, Lic. María Aurelia González^b, Lic. Silvana Naddeo^b, Dra. M. Natalia Basualdo^c y Lic. María Paula Salgado^{b*}

Resumen

Objetivo: Evaluar la asociación entre el estrés psicosocial y el parto prematuro.

Hipótesis: El estrés psico-social antes y/o durante el embarazo influencia la duración de la gestación.

Material y métodos: diseño prospectivo, observacional, tipo caso-control.

Población: entre septiembre de 2005 y septiembre de 2007 se identificó una cohorte de púerperas de la Maternidad Sardá de Buenos Aires. Criterios de selección: madre de Recién Nacido vivo con una edad gestacional <37 semanas (prematuros, RNPT: casos) y del próximo Recién Nacido de Término sano (≥ 37 semanas, RNT, controles).

Muestreo: por conveniencia.

Se desarrolló un estudio exploratorio para conocer la perspectiva de las madres sobre los factores vinculados al estrés durante la gestación. Se categorizaron y triangularon los datos a fin de elaborar una encuesta que se aplicó en el puerperio inmediato por personal entrenado a madres en los sectores de *internación conjunta* y *residencia para madres*. La encuesta contenía las siguientes categorías: respuesta del entorno al diagnóstico de embarazo, situación económica, embarazo no planificado, trabajo, situaciones de vida, violencia/inseguridad, depresión, incertidumbre por el futuro, familia/amigos, pareja, percepción del propio bienestar, creencias, sistema de salud.

Resultados: Se incluyeron 102 madres de pretérmino y 100 de término. Las madres de RNPT se sintieron más frecuentemente estresadas o angustiadas ($p=0,014$) y reaccionaron llorando ($p=0,021$) o fumando ($p=0,047$) más que las madres de RNT. Entre las situaciones de vida las madres de RNPT refirieron "llorar mucho" ($p=0,021$) y "estar nerviosa" ($p=0,043$) y mostraron una frecuencia elevada de eventos estresantes como "mudanza" (34% vs. 26%), "episodios de violencia en casa" (15% vs. 9%) y "mala relación familiar" (15,6% vs. 13%) en comparación con las madres de RNT, aunque estadísticamente no significativas. En el análisis de regresión logística persistieron significativamente asociadas al parto prematuro "estar muy estresada" (OR 1,70, IC 95% 1,08-2,31) y "llorar" (OR 1,98, IC 95% 1,32-2,65).

Conclusiones: El presente estudio brinda evidencia de que, según el modelo multifactorial del parto prematuro, la perspectiva social y psicológica del estrés podría contribuir independientemente a este desenlace.

Palabras clave: parto prematuro, estrés, psicología, sociología, riesgo.

Summary

The association between prenatal stress and preterm delivery: an interdisciplinary research.

Premature delivery (37 weeks of pregnancy) is the leading cause of perinatal morbidity and mortality and other long term complications. Up to the present, most of the strategies developed have not been able to reduce the number of cases significantly. Evidence taken from thorough observation studies show that there is a connection between perinatal life events, stress and adverse pregnancy results, including premature delivery.

This project aims at evaluating the relationship between psycho-social stress, premature delivery and coping strategies that pregnant women that give birth at Materno Infantil "Ramón Sardá" Hospital resort to in order to face the demands of everyday life.

Quantitative and qualitative investigation techniques (focus groups and semi-structure interviews) have been put into practice with the objective of identifying the life events such as premature delivery

^a Investigador independiente, Consejo Investigación, GCABA. Sector Epidemiología Perinatal y Bioestadística, Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá", Buenos Aires.

^b Psicóloga, Servicio de Salud Mental, H.M.I.R.Sardá.

^c Médica Obstetra, H.M.I.R.Sardá.

Correspondencia: Dr. Carlos Grandi, cgrandi@intramed.net

* **Fuente de financiamiento:** El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de una Beca otorgada por el Ministerio de Salud de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a través del Consejo de Investigación en Salud.

stress as well as due labour perceived by the puerperal women.

The outcome of the qualitative module was used to design an anonymous auto-administrated survey that was applied to a representative number of mothers. The awareness of this data will allow us to identify those psycho-social risk factors that put the course of the pregnancy in danger as well as develop strategies aimed at preventing premature labour and improving the health of both the mother and the child.

Key words: preterm delivery, perinatal life events, stress, psycho-social, risk.

INTRODUCCIÓN

El **parto prematuro** (PP, nacimiento antes de completarse las 37 semanas de edad gestacional) es la principal causa de morbi-mortalidad perinatal y secuelas alejadas y todas las estrategias desarrolladas hasta la actualidad no han logrado disminuir significativamente su prevalencia (aproximadamente 8 -10% en nuestro país).^{1,2}

Diversos estudios sobre la salud materno-infantil han identificado una relación entre la mortalidad infantil y las **desventajas socioeconómicas**. Se acepta que el PP *idiopático* es una entidad nosológica plurifactorial ("*síndrome del parto prematuro*") y entre sus etiologías se postula al **estrés** antes y/o durante la gestación.^{3,4} En la Argentina se ha intentado explorar las diferentes causas que podrían asociarse al PP, entre ellas la **infección intraamniótica**⁵ y el **enfoque de riesgo**.⁶

Evidencias de varios estudios observacionales indican que existe una relación entre eventos vitales perinatales, estrés y varios resultados adversos del embarazo, incluyendo el parto prematuro. Wadhwa et al evaluaron la asociación entre hormonas, factores sociales y psicológicos concluyendo que los niveles de hormona adrenocorticotrófica (ACTH), beta-endorfina y cortisol en plasma sanguíneo estaban asociados al estado psicológico de la madre.⁷ Ruiz et al relatan que el desequilibrio de la homeostasis hormonal materna causado por el estrés puede contribuir a una proporción significativa de los PP.⁸ Nuckolls et al observaron que el estrés materno estaba más comúnmente asociado a peores resultados del embarazo en mujeres que tuvieron poco *soporte social* para morigerar los eventos estresantes.⁹

Según Lobel et al valores elevados de ansiedad, estrés crónico percibido y estrés asociado a acontecimientos de la vida (agudo) predicen, prospectivamente, el bajo peso (BP, <2500 g) y duración mas corta de la gestación, controlados

para riesgos médicos, paridad y abuso de drogas por la madre.¹⁰

Cuatro publicaciones han documentado, resolviendo las limitaciones metodológicas de informes previos, que el **distrés** psicológico al final del embarazo se asocia con un aumento del PP. La primera de ellas encontró una relación directa entre el distrés psicológico alrededor de la 30^a semana y el PP. Después de controlar para todas las posibles variables confusoras, el riesgo relativo de PP fue de 1.22 (IC 95% 0,84-1,79) para un distrés moderado y 1,75 (1,20-2,54) para el distrés severo en comparación con aquellas mujeres con bajo distrés.¹¹

El segundo estudio es un detallado seguimiento de 90 mujeres socio-demográficamente homogéneas y provee información referente a distrés episódico o crónico, tensión y ansiedades relacionadas al embarazo. Este estudio encontró que la **ansiedad prenatal**, independientemente de factores de riesgo biológicos, se asoció significativamente con la duración de la gestación: por cada unidad en el aumento del *puntaje de ansiedad prenatal* (para un rango posible de 5 puntos), la edad gestacional al parto disminuía 3 días ($p < 0,01$).¹²

El tercero analiza los abordajes conceptuales y metodológicos que se han usado para investigar los efectos del estrés materno prenatal sobre los resultados perinatales; concluye que la mayoría de los estudios "han fallado en conceptualizar realmente el estrés" y, sumado a defectos comunes en sus metodologías y diseños han producido **resultados erróneos** sobre el rol del estrés en resultados como el PP o el Bajo Peso (BP, <2.500 gramos).¹³

El último y más reciente estudio de revisión, en controversia con los anteriores, muestra que los **eventos estresantes** durante el embarazo, aunque más comunes en poblaciones empobrecidas, no aumentarían el riesgo del PP (OR no ajustado = 1,6; $p = 0,06$).¹⁴

Por otro lado Hogue y col. ⁽¹⁵⁾ proponen un **modelo epidemiológico** basado en el clásico triángulo de causalidad epidemiológica. El *huésped* es la mujer individual, más o menos susceptible a patologías inducidas por estresores. El *medio ambiente* incluye las condiciones sociales y culturales que son futuros estresores así como modificadores sociales y culturales del estrés. El *agente* es el inmediato estresor emocional o físico que requiere su respuesta. Este modelo epidemiológico postula que si el individuo está abrumado por

los estresores depende no sólo de la *intensidad* de los agentes sino de la *susceptibilidad* del huésped al estrés, así como del *nivel* de los estresores agudos, ambientales y contextuales, y la *influencia reguladora* del huésped, medio ambiente y recursos contextuales para manejar el estrés.

Se propone entonces un **modelo** en que los *eventos potencialmente estresantes* son apreciados como tales desencadenando *respuestas fisiológicas* (aumento de la contractilidad uterina) a *cambios emocionales*, lo que llevaría al parto prematuro.

Se puede concluir, por consiguiente, que elevados niveles de estrés psico-social previos y durante el embarazo pueden jugar un rol independiente en la incidencia del PP; sin embargo, las preguntas sin responder a la fecha por las investigaciones son si los elevados niveles de *síntomas depresivos* afectan los resultados del embarazo, ya sea directamente o fomentando conductas negativas de la salud, y si los **eventos estresantes crónicos** o “estresores” (vs. agudos) son dañinos.

Por tal motivo resulta necesario enfocar las investigaciones del tema en cuestión desde una **perspectiva social y psicológica del estrés**, con la ayuda de un abordaje interdisciplinario.⁽¹⁶⁾

Hipótesis

El *estrés psico-social* antes y/o durante el embarazo influye la duración de la gestación.

Objetivo general

Evaluar la *asociación* entre el estrés psico-social y el parto prematuro (Edad gestacional <37 semanas).

Objetivos específicos

- 1) Relevar información de los eventos vitales identificados por la puérpera en relación al parto prematuro o de término (EG \geq 37 semanas).
- 2) Indagar la vinculación que pueda establecer la puérpera entre estos eventos y las respuestas basadas en percepciones consideradas “estresantes”, reconociendo a las respuestas como síntomas.
- 3) El análisis de la interpretación de la puérpera se orienta a conectar el hecho con la percepción del malestar considerado como circunstancia o hecho estresante vinculado al resultado del parto (prematuro o de término).

- 4) Establecer la asociación entre los **factores de riesgo** pre-gestacionales y gestacionales (biológicos y socio-demográficos) con el parto prematuro a fin de controlar su posible efecto **confusor** o de **interacción** con la asociación propuesta (objetivo general).

Material y métodos

Diseño: prospectivo, observacional, tipo caso-control. Literalmente es un estudio caso-control “anidado” (*nested*)¹⁷ dentro de un **estudio de cohorte retrospectivo** (embarazadas). Se ha demostrado que con este esquema de muestreo, también conocido como “muestreo de la densidad de incidencia”, es posible prescindir del supuesto de que la enfermedad es infrecuente (9% en la Maternidad Sardá).^{18,19} Ello permite realizar estudios de casos y controles válidos tanto para enfermedades raras como para enfermedades frecuentes que estén caracterizadas por intervalos de inducción agudos o prolongados.

Se puede, como en la presente investigación, recolectar nueva información de los casos y de los controles. Esto tiene la ventaja de que los casos y los controles provienen de la misma cohorte pero como los datos son recolectados *después* de que el resultado es conocido, el diseño pierde la ventaja de la recolección prospectiva de los datos: no se puede estar seguro que el *estrés* precede al PP, y el recuerdo de los casos sobre sus situaciones personales puede estar influenciado por el conocimiento de que su hijo es prematuro (*sesgo de recordatorio*).²⁰

Aunque existe evidencia que el estado emocional afecta el *recuerdo* y *evaluación* de los eventos la evidencia no es enteramente consistente.²¹ Además existe evidencia que la **ansiedad materna** puede fluctuar durante el embarazo (por ejemplo: cambios corporales, parto, cuidados de su nuevo hijo).²²

Población

Entre septiembre de 2005 y septiembre de 2007 se identificó una cohorte de puérperas de la Maternidad Sardá de Buenos Aires.

Criterios de Inclusión

Madre de Recién Nacido (RN) vivo con una edad gestacional <37 semanas (**casos**) y del próximo RN de término sano (\geq 37 semanas, **controles**).

Criterios de Exclusión

Madres con antecedentes de:

1. Metrorragia importante (placenta previa, desprendimiento de placenta).
2. Malformaciones congénitas
3. Corioamnionitis clínica (según criterios de Gibbs).²³
4. Sufrimiento fetal agudo.
5. Cualquier patología materna o fetal que implicara necesidad de interrumpir el embarazo (por ejemplo: hipertensión materna, eritroblastosis).
6. Madre con trastornos psiquiátricos.

Muestreo: no probabilístico, por conveniencia.

Mecanismo de admisión

Las púerperas que cumplieran con los criterios de selección mencionados fueron detectadas dentro de las 48 horas del parto por el investigador principal e invitadas a participar del estudio previa firma del *consentimiento informado*.

Se adoptó este criterio por dos motivos: en primer lugar porque se deseaba evitar que los **casos** (madres de prematuros) pudieran tomar contacto con el medio en que se encuentra su bebé (Unidad de Cuidados Intensivos, personal médico y paramédico, madres) e incorporar vivencias muy angustiantes sobre el pronóstico de su bebé. En segundo lugar porque en la Maternidad Sardá, debido al volumen de partos (>7.000 anuales), el período de internación de los casos como de los **controles** (madres de RN de término) no se extiende más allá de las 48 horas del puerperio.

Definiciones operacionales

Estrés: percepción o reconocimiento de que un insulto ha ocurrido. Sinónimo: el completo proceso de experimentar, percibir y responder a un evento estresante (*estresor*).

Proceso de estrés: es aquel en que las demandas del medio ambiente imponen o exceden la capacidad adaptativa de un organismo, resultando en cambios biológicos y psicológicos que colocan a las personas en riesgo de enfermar.²⁴

Distrés o respuesta emocional: estados emocionales “negativos” que pueden resultar en la percepción del estrés.

Estresores: eventos objetivables, agudos o crónicos, que ocurren a individuos.

Puede clasificarse como **agudo** para el caso en que persista *menos de seis meses* o **crónico** si durara *seis meses o más*, aunque por definición

los síntomas deben desaparecer luego de que hubiera cesado el estresante. La especificación “crónica” puede aplicarse a un estresante con consecuencias permanentes.

Los **trastornos adaptativos** fueron codificados de acuerdo a los síntomas predominantes:

1. Con estado de ánimo depresivo.
2. Con ansiedad.
3. Mixto (con ansiedad y estado de ánimo depresivo).
4. Con trastorno de comportamiento.
5. Con alteración mixta de las emociones y del comportamiento.
6. No especificado (quejas somáticas, aislamiento social, inhibición laboral).

Estresante psicosocial: “cualquier acontecimiento o cambio vital que pueda asociarse temporalmente (y quizás causalmente) al inicio, ocurrencia o exacerbación de un trastorno mental”.

Existe otro tipo de trastorno, conocido como **Trastorno adaptativo**, que requiere de la presencia de un *estresante psicosocial* (al igual que los anteriores) pero cuya intensidad es variable y puede expresarse a través de una amplia gama de síntomas posibles.

Aquí el estresante puede ser un acontecimiento simple (por ejemplo: terminar una relación sentimental) o deberse a factores múltiples (dificultades en el trabajo y problemas conyugales). Los estresantes pueden ser *recurrentes* o *continuos* (por ejemplo: vivir en un barrio de criminalidad elevada). Puede afectar a una persona, una familia o una comunidad (como en caso de catástrofes naturales).

Estas consideraciones metapsicológicas hacen una referencia ineludible a la relación existente entre los **social** y lo **psíquico**, la irrupción del orden de lo cultural y de lo fáctico sobre las cuestiones del deseo y las marcas de este encuentro-desencuentro sobre el cuerpo.

Métodos

Módulo cualitativo

Se desarrolló un estudio exploratorio para conocer la perspectiva de las madres sobre los factores vinculados al estrés durante la gestación. Para ello se realizaron 4 grupos focales (2 casos y 2 controles) y 10 entrevistas semi-estructuradas (5 casos y 5 controles) que fueron suficientes para saturar el discurso de las madres de los recién

nacidos pretérmino. Se categorizaron y triangularán los datos a fin de elaborar una **encuesta**.

Ésta se aplicó en el puerperio inmediato por personal entrenado a madres internadas en los sectores de *internación conjunta* y *residencia para madres* y contempló una etapa **piloto** de un mes para poner a prueba los instrumentos.

Entrevista psico-sociocultural

La encuesta contiene 12 ítems elaborados a partir de las siguientes categorías: respuesta del entorno al diagnóstico de embarazo, situación económica, embarazo no planificado, trabajo, situaciones de vida, violencia/inseguridad, depresión, incertidumbre por el futuro, familia/amigos, pareja, percepción del propio bienestar, creencias, sistema de salud.

a) Objetivos de la entrevista

Relevar información de los **eventos vitales** identificados por la madre en relación a circunstancias percibidas como estresantes para luego obtener la interpretación acerca de los hechos mencionados. La **interpretación** se orientó a conectar el hecho con la percepción del malestar considerado como circunstancia o hecho estresante.

En el diálogo de la entrevista, el entrevistador utilizó un lenguaje sencillo para que la entrevistada pudiera expresar sentimientos de **ansiedad o depresión** en sus propios términos. De este modo se alude a estas circunstancias estresantes como “hechos que la hayan puesto nerviosa”, “estar nerviosa”. Por otro lado la *depresión* fue indagada como “estar bajoneada”; “estar triste” “estar deprimida”.

b) Instancias de la entrevista

- 1) Explicación de los objetivos y alcances del estudio en términos sencillos y precisos, así como de la duración probable de la entrevista. Lectura, explicación y firma conjunta del *consentimiento informado*.
- 2) Dado que se trató de una entrevista semi-estructurada se presentaron dos **preguntas disparadoras** (ver Anexo) y luego el entrevistador siguió un eje lógico según los hechos o circunstancias enunciados por la entrevistada. Se debe tener en cuenta que la pregunta sobre el acontecimiento puede contemplar en la respuesta no sólo la identificación de la situación sino que contenga ya su *interpretación*.

c) Instancias a relevar

- 1) En la población que ha pasado por la experiencia de un *parto prematuro* se indagó las tres dimensiones del problema:
 - 1.a) **Eventos de vida** considerados vinculados al parto prematuro.²⁵
 - 1.b) Vinculación entre este evento y las respuestas basadas en percepciones consideradas “estresantes” (vinculación entre evento y respuesta) reconociendo a las respuestas como **síntomas** descritos como producidos por éstas.
 - 1.c) La **interpretación** efectuada por la madre, considerada como *registros o percepciones* expresadas por las mujeres acerca de las conexiones entre los *eventos* y las respuestas *sintomatológicas*.
- 2) En la población **control** que ha pasado por un embarazo cuyo producto es *un recién nacido a término*.
 - 2.a) **Eventos de vida** considerados vinculados al parto reciente (Conexiones negativas o positivas con el resultado del parto).
 - 2.b) Vinculación entre estos eventos y las respuestas basadas en percepciones consideradas “estresantes” (vinculación entre evento y respuesta) reconociendo a las respuestas como **síntomas** descritos como producidos por estas. Cabe consignar que ciertas respuestas corresponden a síntomas somáticos comunes del embarazo.
 - 2.c) La **interpretación** efectuada por la madre, considerada como *registros o percepciones* expresadas por las mujeres acerca de las conexiones entre los *eventos* y las respuestas *sintomatológicas* en la ocurrencia de ese parto.

Módulo cuantitativo

En la encuesta se registraron **datos demográficos, clínicos y factores de riesgo para el PP** (>2 abortos espontáneos, feto muerto/RN fallecido previos, pretérmino anterior, RN de Bajo Peso anterior, hipertensión, tabaquismo y comienzo del control prenatal después de la 24ª semana)^{6,26} de cada paciente seleccionada.

Universo de variables

- 1) **Variable resultante** (“*outcome*”): **parto prematuro**: RN vivo con EG <37 semanas.
- 2) **Variables predictoras** (independientes).¹⁴
 - 2.1. **Sociodemográficas**: socioeconómicas (indicadores: procedencia, escolaridad, lugar

de residencia, ocupación), familiares (miembros, datos de filiación, ocupaciones) y laborales (ocupación del jefe de familia, ocupación de la entrevistada, de los miembros de la unidad doméstica).

2.2. Soportes sociales: familiares, convivientes, vecinos, comunidades religiosas o barriales, otros.

2.3. Biografía hasta el momento del nacimiento: hechos considerados significativos para la paciente en su vida que tuvieran relación con el nacimiento (valores en relación a la maternidad, en relación al los hijos, en relación a la familia, etc.).

2.4. Acontecimientos percibidos como estresantes: previos al embarazo, durante el embarazo, acontecimientos que consideró estresantes hasta el presente. Interpretación de la ocurrencia y su vinculación posible con el resultado del o los nacimiento (s) ocurridos.

Tamaño muestral

Para un valor $P = 0,05$, un poder = 80%, una relación caso control 1:1, una exposición al estrés en los casos del 10% y un riesgo de parto prematuro

en presencia de estrés de 2,0 se estimó un tamaño muestral de 99 casos y 99 controles (total: 198).

Elaboración estadística

Para la comparación de dos medias independientes se utilizó la *prueba de t* y para la comparación de medianas el Test de Mann-Whitney. Para la contrastación de proporciones la prueba de Chi 2, el cálculo del Odds Ratio (OR) con su intervalo de confianza del 95% y la fracción atribuible poblacional (RAP).

El riesgo de parto prematuro asociado al estrés y ajustado para las variables potencialmente confusoras, se estimaron mediante *modelos de regresión logística* múltiple (OR *ajustado* y su intervalo de confianza al 95%). Se consideró como estadísticamente significativo un valor $P < 0,05$ (una cola).

Para todos los cálculos se emplearán los programas EPI-INFO (versión 5.0, Stone Mountain, GA, USD Inc, 1990), STATISTICA for Windows (versión 6.0, Tulsa, OK, USA, 2000), SPSS 10.0 (Chicago, IL, USA) y Epidat 2.0 (PAHO/WHO y Xunta de Galicia).

Tabla 1. Características sociodemográficas.

Característica	Total (n = 202)	Pretérmino (n = 102)	RN de término (n = 100)	p
EG (semanas) media (DS)	36,7 (3,3)	34,2 (2,8)	39,2 (1,2)	<0,001
PN (g) media (DS)	2.838 (744)	2.296 (558)	3.389 (444)	<0,001
Edad materna (años) media (DS)	24,2 (6,1)	23,4 (5,9)	24,9 (6,2)	0,039
Madre adolescente (≤ 18 años)	31 (15%)	19 (18%)	12(12%)	0,117
Nacionalidad n (%)				
Argentina	150 (74)	82 (80)	68 (68)	0,026
Otras	52 (26)	20 (20)	32 (32)	0,027
Provincia argentina nac. n (%)				
Buenos Aires	132 (88)	72 (87)	60 (88)	0,427
Residencia habitual n (%)				
Gran Buenos Aires	140 (69)	75 (73)	65 (65)	0,110
Tiempo de residencia n (%)				
<1 año	18 (8,9)	10 (9,8)	8 (8)	0,327
1 a 5 años	40 (19,8)	16 (15,7)	24 (24)	0,070
>5 años	144 (71)	76 (74)	68 (68)	0,174
Escolaridad n (%)				
Hasta primaria completa	63 (32)	29 (28)	34 (34)	0,178
Hasta secundaria completa	119 (59)	60 (58)	59 (59)	0,442
Hasta terciaria y universidad completa	20 (10)	13 (12,7)	7 (7)	0,078

RESULTADOS

Las mujeres **argentinas** tuvieron mayor riesgo de PP en comparación con otras nacionalidades ($\text{Chi}^2 = 3,14$, $p = 0,076$; $\text{OR} = 1,88$, $\text{IC } 95\% \text{ } 0,98\text{-}3,58$; *fracción atribuible poblacional* = 25%), que podría atribuirse a diferentes estrategias de afrontamiento en otras culturas (especialmente aymará). El antecedente de nacionalidad **extranjera** tuvo un efecto *protector* (*fracción prevenida poblacional* =

12%) sobre el riesgo de PP, aunque estadísticamente en el borde de la significación ($\text{Chi}^2 = 3,7$, $p = 0,053$; $\text{OR} = 0,53$, $\text{IC } 95\% \text{ } 0,27\text{-}1,01$) (*Tabla 1*). Esto podría explicarse por la acción de “redes sociales” en estas comunidades.

Debido a que la mediana de la EG estuvo en 36,7 semanas, este hecho explicaría parcialmente la adhesión de las madres a la frecuencia indicada de los **controles prenatales**.

Tabla 2. Características sociodemográficas (continuación).

Característica	Total (n = 202)	Pretérmino (n = 102)	RN de término (n = 100)	p
Estado civil, n (%)				
Sin pareja	9 (4,4)	4(4)	5 (5)	0,413
Casada	32 (16)	13 (12,7)	19 (19)	0,110
Pareja estable	145 (71)	77 (75)	68 (68)	0,135
Recibe subsidio, n (%)	25 (12,3)	10 (9,8)	15 (15)	0,142
Trabajo últ. 3 meses, n (%)	54 (26,7)	32 (31)	22 (22)	0,074
Tipo trabajo, n (%)				
Cuenta propia	21(10,4)	10(9,8)	11(11)	0,408
Empleada	31 (15,3)	22 (21,5)	9 (9)	0,007
Jefe hogar trabaja act., n (%)	180 (89)	92 (90)	88 (88)	0,325
Tipo trabajo padre, n (%)				
Cuenta propia	63 (31,1)	28 (27)	35 (35)	0,110
Empleado	104 (51,5)	58(56)	46 (46)	0,078

Tabla 3. Características sociodemográficas (Grupo familiar).

Característica	Total (n = 202)	Pretérmino (n = 102)	RN de término (n = 100)	p
Número convivientes (med., rango IC)	3 (1-5)	3 (1-5)	3 (1,5-5)	-
Vive sola, n (%)	0	0	0	
Convive con pareja, n (%)	47 (23)	25 (24,5)	22 (22)	0,337
Otros, n (%)	76 (37)	42 (41)	34 (34)	0,152
Mamá convivido otra pareja, n (%)	32 (16)	16 (15)	16 (16)	0,428
Papá convivido otra pareja, n (%)	38 (19)	19 (18)	19 (19)	0,427
Hijos pareja, n (%)	23 (11)	11 (10)	12 (12)	0,325
Mamá ve hijos, n (%)	22 (11)	11 (10)	11 (11)	0,458
Papá ve hijos, n (%)	3 (1,5)	0 (0)	3 (3)	-
Tiempo novios, años (med., IC)	2 (1-3)	2 (1-3)	1,2 (1-3)	0,247*
Tiempo vivir juntos, años (med., IC)	1,5 (0,6-4)	1 (0,5-3)	2,3 (0,7-6)	0,023*
Separación, n (%)	46 (22)	23 (22)	23 (23)	0,432

* Test U de Mann-Whitney.

El **tiempo de residencia habitual** no se asoció con la probabilidad de parto prematuro (Chi^2 tendencia lineal = 0,269, $p= 0,603$), como así tampoco el **nivel de escolaridad** (Chi^2 tendencia lineal = 1,76, $p= 0,184$); el alcanzar hasta el **nivel secundario** completo (12 años) redujo levemente el riesgo de PP en comparación con primaria completa (OR= 0,83, IC 95% 0,45-1,53).

Las mujeres **que trabajaron en el último trimestre** del embarazo, particularmente aquellas bajo relación de dependencia, mostraron más del doble de riesgo de parto pretérmino (OR 2,65, IC 95% 1,14-6,1, $p= 0,019$) en comparación con las madres que no trabajaron, probablemente asociado con la situación económica imperante (más carenciadas), o el mismo hecho de que la relación de dependencia genera más estrés que el trabajar en forma independiente. Las madres de pretérminos (PRET) presentaron mayor frecuencia de pareja estable, pero menor de estar **casadas** (12.7 vs. 19%), recibieron casi la mitad de **subsídios** y habían **trabajado** más en los últimos tres meses al parto, en comparación con las madres de RNT. Estar **empleada** aumentó a más del doble el riesgo de PP (OR 2,65, IC 95% 1,14-6,1, $p=$

0,019) en comparación con las madres que no trabajaron (*Tabla 2*).

El **tiempo de convivencia con la pareja** fue significativamente menor en las madres de prematuros en comparación con las de término (1 vs. 2,3 años, $p= 0,023$); esto podría asociarse a mayor incertidumbre y por lo tanto generar estrés (*Tabla 3*).

Como era esperable las madres de prematuros presentaron mayor frecuencia del **antecedente** de parto prematuro ($p= 0,002$), muerte neonatal ($p= 0,049$) e internación durante el curso del embarazo actual por amenaza de parto prematuro ($p < 0,001$), coincidente con lo reportado en la literatura como factores de riesgo de prematurez⁴ (*Tabla 5*). Aunque no se pudo establecer una explicación a esto último, creemos que podría vincularse a lo estrictamente orgánico, a la experiencia de haber tenido complicaciones en un embarazo anterior (prematurez, feto muerto) o a ambas. A su vez y en madres de RNT, esto también explicaría la **elección** de la Maternidad Sardá para su subsiguiente embarazo ($p < 0,001$).

Además, las madres de prematuros **comenza-**

Tabla 4. Características sociodemográficas (vivienda).

Característica	Total (n= 202)	Pretérmino (n= 102)	RN de término (n= 100)	p
Vivienda propia, n (%)	90 (44,5)	47 (46)	43 (43)	0,334
Casa, n (%)	154 (76)	80 (78)	74 (74)	0,253
Departamento, n (%)	24 (12)	14 (13)	10 (10)	0,252
Hotel/pensión, n (%)	16 (8)	5 (5)	11 (11)	0,058
Agua corriente, n (%)	156 (77)	78 (76)	78 (78)	0,368
Agua de bomba, n (%)	46 (22)	24 (23)	22 (22)	0,432
Gas natural, n (%)	85 (42)	43 (42)	42 (42)	0,500
Gas de garrafa, n (%)	117 (50)	59 (57)	58 (58)	0,543
Cloaca, n (%)	113 (56)	54 (53)	59 (59)	0,195
Pozo ciego, n (%)	89 (44)	48 (47)	41 (41)	0,196
Baño instalado, n (%)	201(99)	101(99)	100 (100)	0,499
Sube escaleras, n (%)	61(30)	28 (27)	33 (33)	0,176
Electricidad, n (%)	201(99)	102 (100)	99 (99)	0,500
Kerosén, n (%)	2 (1)	1		0
Teléfono, n (%)	150 (74)	76 (74)	74 (74)	0,500
Número ambientes (med., rango IC)	3 (2-4)	3 (2-4)	3 (2-4)	0,500*

#Test U de Mann-Whitney.

Tabla 5. Antecedentes obstétricos.

Característica	Total (n= 202)	Pretérmino (n= 102)	RN de término (n= 100)	p
Embarazos anteriores*	117 (58)	57 (56)	60 (60)	0,236
Vaginales	81 (40)	41 (40)	40 (40)	0,500
Cesáreas	22 (11)	9 (8,8)	13 (13)	0,169
Fórceps	9 (4,4)	3 (3)	6 (6)	0,152
Abortos	41 (20)	22 (21,5)	19 (19)	0,299
Muertes fetales	5 (2,4)	2 (2)	3 (3)	0,324
Muertes neonatales	6 (3)	5 (5)	1 (1)	0,049
Muertes >1 mes	1 (0,5)	0	1 (1)	—
Prematuro anterior	29 (14)	22 (21)	7 (7)	0,002
Control prenatal (SI)	193 (95)	96 (94)	97 (97)	0,153
Trim. 1er control (med., rango IC)	1(1-2)	1,3 (1-2)	1,5 (1-2)	<0,001 [#]
Lugar del control prenatal				
Maternidad Sardá	101(50)	48 (47)	53 (53)	0,197
Salita del barrio	44 (21,7)	20 (19)	24 (24)	0,194
Otro hospital	25 (12)	15 (14,7)	10 (10)	0,142
Tiempo de viaje hosp.				
<1 hora	109 (54)	57 (56)	52 (52)	0,284
1 a 2 horas	89 (44)	43 (42)	46 (46)	0,283
No medios transporte (mediana, rango IC)	1 (1-2)	1,4 (1-2)	1,3 (1-2)	<0,001 [#]
Razón elección Sardá				
Experiencia previa	44 (21,7)	15 (14)	29 (29)	0,005
Derivación	35 (17)	19 (18)	16 (16)	0,352
Recomendación	98 (48)	52 (51)	46 (46)	0,239
Otros	25 (12)	16 (15)	9 (9)	0,095
Terminación				
Vaginal	165 (81)	84 (82)	81 (81)	0,427
Cesárea	37 (18)	18 (17)	19 (19)	0,356

[#]Cuando no está especificado se presenta n (%). *Test de la Suma de Rangos de Wilcoxon.

Tabla 6. Antecedentes obstétricos (deseo del embarazo e internación).

Característica n (%)	Total (n= 202)	Pretérmino (n= 102)	RN de término (n= 100)	p
Embarazo deseado				
Por ambos padres	104 (51)	54 (53)	50 (50)	0,335
Por la madre	5 (2,4)	2 (2)	3 (3)	0,324
No deseado	93 (46)	46 (45)	47 (47)	0,388
Internación en el embarazo	26 (13)	19 (18)	7 (7)	0,009
Causas de Internación				
Diabetes	2 (1)			
Hipertensión arterial	2 (1)			
Amenaza del parto prematuro	15 (7,4)	14 (13,7)	1 (1)	<0,001

ron su control prenatal ligeramente antes que las de término (primer trimestre), pero necesitaron para llegar más **medios de transporte** ($p < 0,001$), lo que sugeriría mayor esfuerzo físico.

Las madres de RN prematuros presentaron más del doble de **internación** en el embarazo en comparación con las de término (18% vs. 7%), imputable casi exclusivamente a la **amenaza del parto prematuro** (Tabla 6).

Las madres de PRET estuvieron **menos sorprendidas** al saberse embarazadas, en comparación con las de término. Las madres de RNT sintieron **mayor influencia de la situación económica** y que el **trabajo seguro ayuda** sobre el futuro de su embarazo en comparación con las de PRET (Tabla 7).

Las madres de RNPT se sintieron más frecuentemente **estresadas o angustiadas** ($p = 0,014$) y reaccionaron **llorando** ($p = 0,021$) o **fumando** ($p = 0,047$) más que las madres de RNT. Entre las situaciones de vida relevadas, son de destacar aquellas en que las madres de RNPT refirieron “llorar mucho” ($p = 0,021$) y “estar nerviosa” ($p = 0,043$). Asi-

mismo las madres de RNPT mostraron una frecuencia elevada de eventos estresantes como: “mudanza” (34% vs. 26%), “episodios de violencia en casa” (15% vs. 9%) y “mala relación familiar” (15,6% vs. 13%) en comparación con las madres de RNT, aunque estadísticamente no significativas (Tablas 8 y 9).

De aquellas situaciones que superaron una frecuencia del 50%, como indicadores del camino de la causalidad, solamente tres alcanzaron significación estadística (llorar mucho, estar nerviosa y sentirse muchas veces mal, estresada o angustiada), llamando la atención que las madres de prematuros tuvieron menor incertidumbre luego del parto. En madres de PRET las respuestas pudieran haber estado condicionadas por el *sesgo de recordatorio* así como el *momento* del embarazo en que estas situaciones se presentaron.

El hallazgo de que la frecuencia de madres de PRET que desconocían el hecho de que “eventos negativos del embarazo pudieran adelantar la fecha probable de parto” fue significativamente

Tabla 7. Sensaciones personales.

Característica n (%)	Total (n= 202)	Pretérmino (n= 102)	RN de término (n= 100)	p
Sentimientos saberse embarazada				
Muy sorprendida	75 (16)	43 (42)	32 (32)	0,696
Sorprendida	65 (32)	27 (26)	38 (38)	0,034
Algo sorprendida	24 (12)	12 (11,7)	12 (12)	0,500
Nada sorprendida	37 (18)	20 (19)	17 (17)	0,356
Reacción de convivientes				
Muy bien	80 (39)	39 (38)	41 (41)	0,331
Bien	108 (53)	58 (56)	50 (50)	0,197
Mal	12 (6)	3 (3)	9 (9)	0,036
Influencia situación económica				
Siempre	47 (23)	18 (17)	29 (29)	0,021
Casi siempre	37 (36)	14 (13)	23 (23)	0,032
A veces	93 (46)	54 (53)	39 (39)	0,023
Nunca	23 (11,4)	15 (14)	8 (8)	0,087
Trabajo seguro ayuda				
Siempre	114 (56)	54 (53)	60 (60)	0,158
Casi siempre	25 (12)	13 (12)	12 (12)	0,500
A veces	46 (22)	26 (25)	20 (20)	0,198
Estar en pareja ayuda				
Siempre	153 (75)	71 (69)	82 (82)	0,016
Casi siempre	27 (13)	17 (16)	10 (10)	0,103
A veces	20 (10)	13 (12,7)	7 (7)	0,088

mayor que las madres de RNT de término (*Tabla 9*) puede asociarse con que alcanzaran menor nivel de educación secundaria completa, indicador indirecto de nivel socioeconómico, pobreza y mayor riesgo de la salud reproductiva.

Las variables significativas en el análisis univariado relacionadas con situaciones vividas durante el embarazo y sus reacciones (*mecanismos de afrontamiento*) fueron consideradas como indicadores de estrés materno e ingresadas en un modelo de regresión logística (*Tabla 10*).

La situación “llorar mucho durante el embarazo” fue la única experiencia negativa que persistió estadísticamente significativa, luego de ajustar para variables reconocidamente asociadas al parto prematuro (edad materna, nivel de educación, estado civil y antecedentes de feto muerto y PP anteriores). Como **mecanismos de afrontamiento** (*coping*) “sentirse muy estresada” y “llorar”, persistieron como estadísticamente significativas (*Tabla 10*). En todos los casos los riesgos ajustados fueron casi

dos veces mayor en comparación con las madres de RNT. El ajuste del modelo logístico fue adecuado (-2 Log likelihood= 257,47).

Discusión

Dado que el embarazo conforma un momento del proceso embarazo-parto-puerperio y que éste reviste una significación social en todos los grupos humanos, por la valorización social asignada a la llegada de un nuevo ser a una comunidad, fue relevante preguntarse cuáles son los motivos por los que una mujer embarazada entra en una situación de *estrés* que provocan el desenlace de un parto prematuro.

Este estudio presenta evidencias de que el *estrés psico-social* antes y/o durante el embarazo puede influenciar la duración de la gestación. De nuestro conocimiento este es el primer estudio en la Argentina que explora y cuantifica con suficiente tamaño muestral el riesgo de parto prematuro asociado con situaciones vividas por las madres durante el embarazo y sus reacciones. Los objeti-

Tabla 8. Situaciones vividas durante el embarazo.

Característica n (%)	Total (n = 202)	Pretérmino (n = 102)	RN de término (n = 100)	p
Mudanza	61 (30)	35 (34)	26 (26)	0,108
Enf. familiares o conocidos	44 (22)	21 (20)	23 (23)	0,302
Episodios de violencia casa	24 (12)	15 (15)	9 (9)	0,095
Estar triste	130 (64)	67 (66)	63 (63)	0,328
Muerte familias o conocido	47 (23)	27 (26)	20 (20)	0,156
Realizar muchas actividades	91 (45)	42 (41)	49 (49)	0,127
Estar sin pareja	17 (8,4)	6 (8)	11 (11)	0,418
Inseguridad	26 (13)	11 (10)	15 (15)	0,141
Viajar mucho	57 (28)	26 (25)	31 (31)	0,171
Mala relación familiar	29 (14)	16 (15,6)	13 (13)	0,299
Embarazo buscado (sí)	97 (48)	48 (47)	49 (49)	0,388
Llorar mucho	122 (60)	69 (67)	53 (53)	0,021
Estar preocupada	144 (71)	74 (72)	70 (70)	0,377
Embarazo no planificado	80 (39)	41 (40)	39 (39)	0,442
Incertidumbre luego del parto	93 (46)	41 (40)	52 (52)	0,044
Falta de trabajo	54 (26)	26 (25)	28 (28)	0,314
Estar nerviosa	133 (65,8)	73 (71)	60 (60)	0,043
Violencia en calle/barrio	26 (12)	10 (9,8)	16 (16)	0,094
Agresión verbal	29 (14)	14 (13)	15 (10)	0,252
Pareja o familia preso	15 (7,4)	9 (8,8)	6 (6)	0,224
Abuso sexual	2 (0,9)	1(0,9)	1(1)	0,500
Presa en el embarazo	1	0	1	—

vos están en consonancia con nuevas líneas de investigación sobre el parto prematuro.²⁷

Existe un creciente interés epistemológico-médico por enfermedades consideradas resultado del estrés, como ser hipertensión, enfermedades cardiovasculares, depresión y el “síndrome de estar enfermo”.¹⁶

En general, en la bibliografía de las Ciencias Sociales el estrés y su relación con el género femenino no vincula a éste con la salud reproductiva sino entre **condiciones de trabajo y salud reproductiva**,^{28,29} lo que induce a pensar en un área aún no explorada del *estrés* como categoría más amplia que excede su asociación a las condiciones de trabajo. Esto se observó en las madres de prematuros, donde el riesgo se duplicó al estar empleadas y recibir menos subsidios (*Tabla 2*).

Pero desde una perspectiva **socio-antropológica**, los motivos forman parte de lo que le sucede a la mujer y de los que la mujer percibe como “problema”, como por ejemplo ‘*nervio*’

que alteran su vida (frigidez, neurosis del ama de casa, depresiones reactivas femeninas, etc.).³⁰ Esta perspectiva es fundamental puesto que de su registro puede entenderse la conexión entre el padecimiento y el daño, y se vio reflejado en la asociación hallada entre parto prematuro con situaciones vividas durante el embarazo y sus reacciones (*Tabla 10*).

La Antropología y la Sociología han trabajado arduamente estos últimos veinte años en la producción de conocimiento relativo al cuerpo en las distintas culturas.^{31,32} En la sociedad occidental se enfatizó el cuerpo y los niveles de desgaste y fatiga en relación al trabajo. Las condiciones de vida en los grandes conglomerados urbanos han demostrado que sus habitantes sufren las consecuencias del hacinamiento, contaminación ambiental y situaciones de desempleo, como los factores que promueven malestares físicos y psíquicos.³³⁻³⁵

Por otro lado, desde la perspectiva **biológica**

Tabla 9. Reacciones ante sentimientos y apoyo recibido.

Característica n (%)	Total (n = 202)	Pretérmino (n = 102)	RN de término (n = 100)	p
Sentirse mal, estresada, angustiada	37 (67)	71 (69)	66 (66)	0,324
Muchas veces	73 (36)	44 (43)	29 (29)	0,014
Charlar con la pareja	142 (70)	71 (69)	71 (71)	0,378
Charlar con la madre	74 (36,6)	37 (36)	37 (37)	0,441
Charlaba con amigos	78 (38,6)	37 (36)	41 (41)	0,280
No hablar con nadie	51 (25)	25 (24,5)	26 (26)	0,371
Llorar (excluidos S/D)	139 (69)	76 (74)	63 (63)	0,046
Gritar, enojarse (excluidos S/D)	73(42)	38 (42)	35 (41)	0,447
Rezar (excluidos S/D)	100 (57)	45 (51)	55 (64)	0,042
Fumar (excluidos S/D)	19 (10,2)	13 (14)	6 (6,5)	0,047
Tomar alcohol	3 (1,6)	3 (3,2)	0	—
Pensaba en el bebé	190 (96)	92 (93)	98 (100)	0,004
Sentirse religiosa				
Poco a muy religiosa	184 (91)	90 (88,2)	94 (94)	0,069
Nada	18 (9)	12 (11,8)	6 (6)	0,075
Control prenatal				
Siempre	157 (88,6)	79 (77)	78 (78)	0,432
Casi siempre	22 (11)	11 (10,7)	11 (11)	0,472
A veces	14 (69)	6 (5,8)	8 (8)	0,269
Nunca	9 (4,4)	6 (5,8)	3 (3)	0,167
Puede adelantarse la fecha				
Sí	132 (65)	64 (62,7)	68 (68)	0,214
No sabe	53 (26)	32 (31,3)	21 (21)	0,048
Ayuda profesionales	151 (74)	74 (72,5)	77 (77)	0,231

el mecanismo hormonal (glucocorticoides más catecolaminas y CRH) liga potencialmente el estrés materno con el retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) y el parto prematuro.¹⁴

Es conocida la relación entre circunstancias de la vida estresantes y pobres **conductas de salud** (por ejemplo: fumar, controles prenatales insuficientes) que pueden contribuir indirectamente al PP. En una amplia revisión del tema¹⁴ solamente uno de once estudios mostró asociación positiva entre eventos vitales y EG o PP (OR no ajustado= 3,2).

Como técnica de medición de estresores agudos y crónicos y trastornos adaptativos se utilizó una encuesta estructurada diseñada a continuación de un estudio exploratorio. En relación a estudios de los *efectos directos del estrés psicológico* (ansiedad, depresión) se han utilizado desde **esquemas estandarizados** con aceptables propiedades psicométricas aunque no específicas^{36,37} hasta **análisis factorial o puntajes combinados** en que los efectos adversos de la exposición a estresores crónicos se observaron solamente entre las mujeres proclives a la depresión.³⁸

Cuatro de seis estudios asociaron elevados niveles de **distrés** con aumento del riesgo de parto prematuro³⁸ utilizando el *Beck Depression Inventory* (BPI, OR= 2,53, IC 95% 2,42-2,65), *Center for Epidemiological Studies Depresión Scale* o el *General Health Questionnaires*. Concluyen que el autorreporte de “problemas con la depresión o los nervios” podría clasificar mejor a las embarazadas que las escalas de síntomas de depresión

que incluyen síntomas somáticos comunes del embarazo, lo que coincide con lo observado en el presente estudio en que “estar nerviosa” o “sentirse angustiada” estuvieron significativamente aumentadas en las madres de pretérminos (*Tablas 8 y 9*).

Es casi seguro que las mujeres con PP **reinterpretan** eventos pasados o estados emocionales como más estresantes. No existen estudios que hayan relevado datos basales para comparar niveles de ansiedad durante el embarazo o diferencias preconcepcionales entre mujeres con diferentes niveles de ansiedad a través de la gestación.³⁹

De 19 estudios recopilados entre 1950 y 1980, solamente en 9 se hallaron evidencias de que las perturbaciones emocionales afectan más los resultados obstétricos que los neonatales (PN, Apgar).⁴⁰ Además, la literatura no es concluyente con respecto a la asociación entre **eventos vitales** negativos y pobres resultados obstétricos o neonatales. En ningún estudio revisado se informó la *magnitud* de la asociación; típicamente el coeficiente de determinación (R^2) osciló en 10%.

Posibles explicaciones incluyen la importancia de *contextualizar* hechos específicos que rodean la ocurrencia de un evento de vida negativo, instrumentos inadecuados de medición y el rol de los *estresores crónicos* más que eventos vitales específicos.⁴¹

Características sociodemográficas y factores de riesgo sobre una base poblacional pueden perder poder discriminatorio dentro de gru-

Tabla 10. Riesgo ajustado de parto prematuro asociado a estrés (análisis de regresión logística).

Variables	Coficiente β	ES	Wald	OR	IC 95%	p
Edad materna	-,052	,026	3,873	,950	0,88-0,99	,049
Escolaridad	,074	,121	,371	1,076	0,83-1,31	,543
Estado civil	,020	,190	,011	1,020	0,64-1,39	,917
Feto muerto anterior	-,479	,939	,260	,620	-1,22-2,46	,610
PP anterior	1,220	,438	7,751	3,388	2,53-4,24	,005
Llorar mucho	,668	,307	4,754	1,951	1,35-2,55	,029
Incertidumbre	-,538	,300	3,217	0,584	,004-1,17	,291
Estar nerviosa	,324	,313	,414	1,382	0,76-1,99	,520
Muy estresada	,535	,313	2,922	1,707	1,08-2,31	,087
Llorar	,687	1,034	,284	1,988	1,32-2,65	,042
Constante	,335	1,049	,102			,749

pos de bajo nivel socioeconómico; el aumento del riesgo puede confundirse con las desventajas sociales (pobreza). De aquí que en el modelo logístico observado, una sola experiencia negativa y dos mecanismos de afrontamiento persistieron significativamente asociadas al PP, luego de ajustar para factores de riesgo. Sin embargo, los modelos que incluyen la combinación de factores médicos y sociodemográficos son más predictivos del PP y capaces de disminuir las diferencias étnicas.⁴²

Algunos resultados semejantes fueron obtenidos en un estudio desarrollado por el National Institute of Child Health and Human Development con 2.593 embarazadas, donde la ansiedad y el estrés se asociaron tanto con el BP como con el PP, controlando para variables sociodemográficas.⁴³

En una muestra de 865 embarazadas de San Pablo (Brasil) entre 1997 y 2000 donde se evaluó el estrés en los tres trimestres de la gestación se verificó una asociación entre el estrés, prematuridad y bajo peso al nacer.⁴⁴

Algunos estudios postulan la hipótesis de que los efectos del estrés materno durante la gestación sobre los resultados perinatales y desarrollo post-natal están relacionados con el *tiempo de exposición* a factores estresantes e *intensidad* de los mismos.⁴⁵

En general los estudios publicados son inconsistentes y extremadamente difíciles de interpretar debido a dos factores: 1) controversias en la definición de estrés, y 2) debilidad metodológica que agrega “ruido” al patrón de los hallazgos.⁴⁶

El enfoque de Lazarus⁴⁷ solicita a los investigadores en estrés que usen la información sobre los *estímulos estresantes* así como la *información personal* de los estímulos y sus *respuestas emocionales* (“única” variable multidimensional), ya que no existe un indicador que abarque todas las dimensiones. De allí que en el presente estudio se indagó sobre situaciones vividas por las madres durante el embarazo y sus reacciones.

Lo ideal en la investigación prenatal sobre estrés sería examinar los efectos de una sola *construcción latente subyacente* de una variedad de indicadores medioambientales, perceptivos y de respuesta, diseñando la “amplia red” (*wide net*) que es aconsejada por los metodólogos para establecer la validez constructiva de un concepto tan abstracto como el de estrés.⁴⁸

Entre los **problemas** hallados en los métodos y diseños de estudios prenatales sobre estrés se destacan:

- 1) Medición estandarizada de las variables independientes que permite la comparación con otros estudios.
- 2) Momento de la medición: antes (ansiedad) o después del parto (eventos vitales). La principal limitación de los estudios retrospectivos es el *sesgo de recordatorio*. Sin embargo, aunque existe evidencia que el estado emocional afecta el recuerdo y evaluación de los eventos, ésta no es enteramente consistente.⁴⁹
- 3) Medición del resultado: los resultados perinatales pueden ser afectados diferentemente por el estrés prenatal debido a diferencias en los mecanismos fisiológicos o conductuales a través del cual opera el efecto.
- 4) Control para características sociodemográficas y factores de riesgo: utilizar el análisis multivariado para controlar potenciales efectos confusores e investigar interacción. Su omisión puede haber oscurecido interacciones significativas entre variables en los casos donde las relaciones *univariadas* del estrés emergían o en casos donde las variables analizadas aisladamente no alcanzaban significación estadística.

Los resultados de la medición del número de eventos vitales, el más numeroso de la literatura, demuestran clara consistencia y mejor documentada con el bajo peso (<2.500 g), baja consistencia con la edad gestacional o PP, aunque podrían tener un significativo efecto, y escasa evidencia con complicaciones del trabajo de parto y neonatales.⁵⁰

Lobel encontró una correlación negativa entre eventos vitales y complicaciones perinatales; solamente las mujeres “socialmente más aisladas” (indigentes, hospitalizadas) tenían mayor riesgo de complicaciones perinatales. Concluye que los eventos vitales, tanto objetivamente como subjetivamente ponderados, no tenían relación con la EG, PN, PP o morbilidad neonatal.⁴⁶

Utilizando la **medición multidimensional** (análisis factorial, regresión) del estrés prenatal, definido como un factor compuesto por *estado ansioso crónico*, *percepción crónica de estrés* y *eventos vitales subjetivos*, Lobel⁵¹ halló en 130 mujeres de nivel socioeconómico bajo, latinoa-

americanas y negras que el estrés prenatal era un predictor de BP y PP ($p < 0,05$), concluyendo que este enfoque sería invaluable en futuras investigaciones para encontrar si hay diferentes efectos de los *estímulos* del estrés, *evaluación* y *respuestas* en el embarazo.

Implicancias para futuras investigaciones

Importancia de examinar el *marco temporal* en el que ocurrió el estrés prenatal: existen *períodos críticos* durante los cuales el feto es más sensible al estrés materno debido a que el crecimiento y desarrollo de los sistemas orgánicos ocurren a diferentes edades gestacionales.

Incluir los precisos mecanismos (*pathways*) del estrés sobre el embarazo y parto, a saber:

- 1) **Efectos fisiológicos adversos** del estrés materno, como cambios hormonales que provocan aumento de la actividad uterina; restricción del oxígeno y sangre placentarias; interferencia con la utilización calórica y la respuesta inmune.
- 2) **Factores conductuales** como compromiso con las recomendaciones en Salud (fumar o drogas), actividades extenuantes que producen hipertensión arterial, alteraciones del hambre y del sueño y disminución de la adherencia con regímenes terapéuticos o recomendaciones.⁴⁶

Ventajas

La información obtenida a través de este estudio ayudará al diseño apropiado de intervenciones institucionales: capacitación al personal de admisión y de consultorios externos para detectar **eventos estresantes** que puedan llevar a *estrés* en la embarazada y oferta de un servicio de asistencia por parte de un *equipo interdisciplinario* (obstetra, neonatólogo, psicólogo y trabajador social) orientado al **tratamiento precoz** de las embarazadas detectadas por el indicador *estrés prenatal*, cuyo último objetivo es la **prevención del PP**, única estrategia válida para países como el nuestro, donde la prevalencia del PP no sólo se mantiene elevada ($\pm 9\%$) sino que con las políticas sanitarias *reparadoras* actuales no se han observado cambios notables.

Limitaciones

Dado que el estudio se centró en la población asistida en el Hospital Sardá adonde se refieren embarazadas de alto riesgo o con amenaza del

parto prematuro, surge el interrogante sobre la *representatividad* de la muestra estudiada y la posibilidad de *sesgo de referencia* y de *selección*.⁵² Sin embargo, la Maternidad Sardá cubre un área razonablemente extensa de la ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires, por lo que parecen improbables estos potenciales sesgos.

La utilización de un cuestionario con medidas no estandarizadas para medir la ansiedad y otras condiciones maternas hacen difícil la comparación con otros estudios (*consistencia*). Los *estresores* no pueden ser objetivamente determinados ya que el mismo conjunto de eventos o condiciones no producen *distrés* en todos los individuos que lo experimentan.⁵³

Además, los estudios retrospectivos demuestran que la experiencia del parto y el resultado del embarazo podrían influenciar la información de la madre sobre sus sentimientos anteparto.⁵⁴ Este aspecto se intentó controlar mediante las entrevistas dentro de las 48 horas del parto.

Por último, los modelos psicológicos del estrés tienden a ser imprecisos en su valor predictivo de las *medidas* así como en la *naturaleza* de las relaciones entre los resultados.

Conclusiones

Ningún problema de salud afecta más profundamente a nuestros niños que el parto prematuro y sus secuelas alejadas (**63.000** nuevos prematuros por año en nuestro país), especialmente en las poblaciones marginales y pobres. A pesar del impresionante crecimiento en el conocimiento de casi toda dimensión de la biología humana a nivel celular y genético las tasas de prematuridad siguen aumentando en casi todas las regiones del mundo. El presente estudio brinda evidencia de que, según el modelo multifactorial del parto prematuro, la **perspectiva social y psicológica del estrés** podría contribuir sustancialmente a este desenlace.

Consideramos que el esfuerzo por establecer una clara asociación entre *estrés* materno y PP merecen una revisión profunda de las variables que intervienen en la constitución del *estrés materno* y *la variabilidad* que ésta pueda contener en la población de un mismo conglomerado urbano. Esta **variabilidad** implica diferencias sociales, étnicas, religiosas y regionales comprendidas en diferencias culturales (sistema de valores, creencias y prácticas sociales sustentadas por los miembros de una sociedad dada).

Bibliografía

1. Butler NR, Alberman ED. Perinatal Problems. The second Report of the 1958 British Perinatal Mortality Survey. Edinburgh and London: E & S Livingstone; 1969.
2. Chamberlain R, Chamberlain G, Howlett B, et al. British Births 1970. Vol 1. The First Week of Life. London: Heinemann; 1975.
3. Lederman RP. Relationship of anxiety, stress, and psychosocial development to reproductive health. *Behav Med* 1995; 21: 101-12.
4. Warren SL, Racu C, Gregg V, Simmens SJ. Maternal panic disorder: Infant prematurity and low birth weight. *J Anxiety Disord* 342-52.
5. Grandi C. El Rol de la Infección en la etiología del parto prematuro. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá* 1996; 15:78-86.
6. Grandi C, Di Marco I, Anido P, et al. Prevención de la prematurez mediante la utilización del Enfoque de Riesgo. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá* 1992; 11:24-37.
7. Wadhwa, PD, Dunkel-Schetter C, Chiciz-Demet A, Porto M, Sandman CA. Prenatal psychosocial factors and the neuroendocrine axis in human pregnancy. *Psychosom Med* 1996; 58: 432-46.
8. Ruiz RJ, Fullerton J, Dudley DJ. The interrelationship of maternal stress, endocrine factors and inflammation on gestational length. *Obstet Gynecol Surv* 2003; 58: 415-28.
9. Nuckolls KB, Kaplan BH, Cassel J. Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy. *Am J Epidemiol* 1972; 95:431-41.
10. Lobel M, Dunkel-Schetter C, Scrimshaw SC. Prenatal maternal stress and prematurity: a prospective study of socioeconomically disadvantaged women. *Health Psychol* 1992; 11:32-40.
11. Hedegaar M, Henrikren BT, Sabrol S, et al. Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *Br Med J* 1993;307:234-239.
12. Wadhwa P, Sandman C, Porto M, et al. The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169:858-865.
13. Lobel M. Conceptualizations, measurement, and effects of prenatal maternal stress on birth outcomes. *J Behav Med* 1995; 17:225-72.
14. Hoffman S, Hatch M. Stress, social support and pregnancy outcome: a reassessment based on recent research. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1996; 10:380-405.
15. Hogue C, Hoffman S, Hatch M. Stress and preterm delivery: a conceptual framework. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2001; 15(Suppl. 2):30-40.
16. Pearlen L. En: Goldberger L and Breznitz S, ed., *Handbook of Stress*. New York: The Free Press, Macmillan, Inc.(2nd. edition),1993.
17. Hulley SB, Cummings S, editors. *Designing Clinical Research. An Epidemiological Approach*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1988.
18. Miettinen OS. Estimability and estimation in case-referent studies. *Am J Epidemiol* 1976; 103:226-235.
19. Lubin JH, Gail MH. Biased selection of controls for case-control analyses of cohort studies. *Biometrics* 1984; 40:63-75.
20. Bower GH, Cohen PR. Emotional influences in memory and thinking: Data and theory. En: Clark MS and Fiske ST (eds), *Affect and Social Cognition*. Hillsdale, NJ. Erlbaum; 1982: pp.291-331.
21. Leventhal H, Tomarken A. Emotion: Today's problems. *Annu Rev Psychol* 1986; 37:565-610.
22. Edwards KR, Jones MR. Personality changes related to pregnancy and obstetric complications. *Proc 78th Annu Conv Am Psychol Assoc* 1970; 5:341-342.
23. Gibbs R, Romero R, Hiller S. A review of premature birth and subclinical infection. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166:1515-1528.
24. Cohen S, Kessler RC, Gordon LU. Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. En: Cohen S, Kessler RC, Gordon LU (eds), *Measuring Stress*. New York: Oxford University Press, 1995: pp. 3-26.
25. Chirico M (comp.). *Los Relatos de vida. El retorno de lo biográfico*, Buenos Aires. Centro Editor de América Latina, 1992.
26. Grandi C y de Sarasqueta P. Control prenatal: evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal. *Arch Argent Pediatr* 1996; 94: 232-237.
27. Buekens P, Klebanoff M. Preterm birth research: from disillusion to the search for new mechanisms. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2001; 15 (Suppl.2): 159-161.
28. Harris S. *Stress test: cartoons on medicine*. News Brunswick, Rutgers University, 1994; pp 151.
29. Stellman J (s.f.). Cap. 2: Work, stress and health; Cap.4: Work, reproduction and health; Cap. 5: Social diseases... social cures.
30. Fernández AM. Los mitos sociales de la Maternidad. *Revista Argentina de Psicología. Masculino-femenino*. No. 35. Buenos Aires, 1986.
31. Castro FG, et al. (1988) Cap. 8: Recovery from unemployment in latin american women after a plant closure; Cap. 9: Physical activity on the job: effects on birth outcomes and implications for public policy (Part IV: Work, health and stress), Los Angeles, UCLA, 1988:pp.169-210.
32. Wolff B. & Langley S. Cultural Factor and Response to Pain, (313- 319); Newman MT, Ecology and nutritional stress, (319-326); Lex BW, Voodoo Death: New thoughts on an old explanation. En: Landy D. (ed), *Culture, Disease and Healing. Studies in Medical Anthropology*, New York, Macmillan Publishing Co.; 1977.
33. Graig E. Stress as a consequence of the urban physical environment (313-332); Pines AM, Burnout (386-402); Barnett RC, Multiple Roles, Gender and Psychological Distress (427-488); Taylor S, et al. Coping with Chronic Illness (511-532); Pynos R. et al. Interpersonal Violence and Traumatic Stress

- Reactions (573-590); Shuval, JT, Migration and Stress (641-657); Psychosocial Effects on HIV Infections (685-705). En: Goldberger L and Breznitz S (ed), Handbook of Stress, New York, The Free Press, Macmillan, Inc. 2nd. Edition; 1993.
34. Lazarus R, Folkman S (eds). Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
 35. Selye H. History of stress concept. En: Goldberger L and Breznitz S (ed), Handbook of Stress, New York: The Free Press, Macmillan, Inc.(2nd. Edition), 1993.
 36. Derogatis L, Coons H. Self-report measures of stress. En: Handbook of Stress. Ed: Bretynitz S, Golderberg L. New York: Free Press, 1993; pp.200-233.
 37. McLean D, Hatfield-Timajchy K, Wingo P, Floyd R. Psychosocial measurement: Implications for the study of preterm delivery in black women. Am J Prev Med 1993; 9(6)Suppl:39-81.
 38. Lobel M, Dunkel-Schetter C. Conceptualizing stress to study effects on health: Environmental, perceptual, and emotional components. Anxiety Research 1990; 3:213-230.
 39. Brooks-Gunn J. Stress and support during pregnancy: What do they tell us about Low Birthweight? Proceedings of the International Symposium "Advances in the prevention of Low Birthweight". Cape Cod, Mass, USA, 1988, pp.39-56.
 40. Beck N, Siegel L, Davidson N, Kormeier S, Breitenstein A, Hall D. The prediction of pregnancy outcome: Maternal preparation anxiety and attitudinal sets. J Psychosom Res 1980; 24:30-46.
 41. Rabkin J, Struening E. Life events stress and illness. Science 1976; 194:1013-1020.
 42. Elder MG, Romero R, Lamont RF, eds. Preterm Labour. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997.
 43. Copper RL, Goldenberg RL, Das A, Elder N, Swain M, Norman G, et al. The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Am J Obstet Gynecol 1996; 175:1286-92.
 44. Rondo PH, Ferreira RF, Nogueira F, Ribeiro MC, Lobert H. & Artes R. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. Eur J Clin Nutr 2003; 266-72.
 45. Laplante DP, Barr RG, Brunet A, Galbaud Du Fort G, Meaney ML, Saucier JF, et al. Stress during pregnancy affects general intellectual and language functioning in human toddlers. Pediatr Res 2004; 400-10.
 46. Lobel M. Conceptualizations, measurements, and effects of prenatal maternal stress on birth outcomes. J Behav Med 1994; 17:225-272.
 47. Lazarus R. Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill, 1966.
 48. Cook T, Cambell D. Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings. Boston: Houghton Mifflin, 1979.
 49. Leventhal H. Perceptual motor theory of emotion. En: K. Scherer & P. Ekman (eds.), Approaches to emotion. Hillsdale N: Lawrence Erlbaum, 1986.
 50. Mutale T, Creed F, Maresh M, Hunt L. Life events and low birthweight-analysis of infants preterm and small for gestational age. Br J Obstet Gynaecol 1991; 98:166-172.
 51. Lobel M, Dunkel-Schetter C, Scrimshaw S. Prenatal maternal stress and prematurity: a prospective study of socioeconomically disadvantaged women. Health Psychol 1992; 11(1):32-40.
 52. Sackett DL. Bias in analytic research. Journal of Chronic Diseases 1979; 32:51-63.
 53. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. J Pers Soc Psychol 1986; 50:571-579.
 54. DeMuylder X, Wesel S, Dramaix M, et al. A woman's attitude toward pregnancy. Can it predispose her to preterm labor? J Repr Med 1992; 37:339-342.

ANEXO

Esquema tipo de entrevista

Preguntas disparadoras

1. Soporte social

(Datos Personales: Código de identificación, edad, lugar de residencia, escolaridad).¹

Datos biográficos:

¿Dónde nació? ¿Estuvo en Buenos Aires siempre? ¿Cuánto hace que está en Buenos Aires? (En caso de que el entrevistador evalúe que la entrevistada pertenece a un sector socioeconómico bajo o que no es habitualmente hispanoparlante, el lenguaje de las preguntas deberá ser muy sencillo y cuidadosamente efectuado) ¿Pudo ir a la escuela? ¿Hasta qué grado? ¿dónde? En caso de migración: ¿por qué vino a Buenos Aires? ¿vino sola o acompañada? ¿Hace cuánto que vino y desde dónde? ¿Qué le pareció Buenos Aires en ese momento? ¿Qué le parece ahora?

Datos sociodemográficos:

¿En dónde vive? (localidad, barrio) ¿es suya la vivienda? ¿cómo es: piezas, agua, luz u otros servicios? Vivió siempre allí? ¿Qué otras personas viven con Ud.? ¿Siempre vivieron con Ud.? ¿Está cómoda en donde vive? ¿Qué cosas le gustaría cambiar de donde vive o de las personas con las que convive?

Situación económica:

¿Con cuántas personas vive? ¿Trabajan actualmente las personas que viven con Ud.? ¿Qué hacen? Trabajan siempre? ¿Cómo se arreglan para cubrir los gastos de todos los días? ¿Reciben alguna otra ayuda? Si lo hacen: ¿siempre, a veces? ¿Ud. trabaja? ¿Qué hace? Cuántas horas? ¿Desde hace cuánto?

Datos familiares:

¿Tiene otros hijos? ¿Cuántos? ¿Viven con Ud.? (Si no: ¿con quién están?) ¿El papá de los chicos es la persona que vive con Ud.? (Si no: ¿el papá ve a los chicos? ¿cómo se lleva con Ud.?) ¿Qué otras

personas de su familia viven con Ud.? ¿Qué miembros de su familia viven cerca de Ud.? ¿Cómo es su relación con ellos? Si tiene familiares que viven lejos: ¿si los ve? ¿cada cuánto? ¿Cómo se lleva con ellos?

2. Acerca de el matrimonio, la maternidad, la familia y los hijos

¿Qué cosas se le ocurren cuando piensa en el matrimonio? ¿Y acerca de tener un marido? ¿Y sobre ser madre? ¿Cómo imaginaba a su propia familia antes de tenerla? ¿Qué pensaba antes de su primer embarazo acerca de "tener un hijo" y qué piensa hoy? ¿Cuándo pensaba Ud. que sería importante tener un hijo? ¿En qué momento de su vida?

3. Acerca de este embarazo

¿De qué forma se dio cuenta que estaba embarazada? ¿Cómo lo confirmó? ¿Cómo tomó la noticia? (Indagar si hubo "sorpresa")

¿Las personas que viven con Ud. cómo la tomaron? (Si mencionó previamente a la familia) ¿Y el resto de su familia? (Si menciona disgusto) ¿Por qué la tomó mal? (Abrir a experiencias anteriores, abrir a situaciones familiares previas: económicas, afectivas, enfermedades previas, otras). ¿Pensó siempre en seguir con el embarazo, por qué?

Datos sobre el embarazo actual:

¿Si fue el primero? ¿Si tuvo anteriores? ¿Se acuerda cuánto duraron? ¿Dónde los tuvo? ¿Cómo fueron? ¿Quién o quiénes estaban con Ud. en los otros embarazos? ¿Cómo sintió a estas personas?

¿Recuerda cómo era un día suyo durante este embarazo? ¿Qué cosas hacía desde que se levantaba y hasta que terminaba su día? ¿Con qué personas compartía esos momentos?

3.1. Controles institucionales

Cuando supo que estaba embarazada: ¿qué sintió? ¿qué hizo? ¿Se hizo atender en algún lado? (sí: ¿dónde? ¿por qué?; no: ¿por qué?). Cuando consultó por primera vez a un médico o fue a un hospital ¿se acuerda en qué momento del embarazo estaba? ¿Que le explicaron? ¿Se hizo algo al respecto?

Después de esa primera consulta ¿se acuerda cuánto tiempo después volvió a ir? (Si no: pre-

¹ Estos datos se completarán una vez finalizada la entrevista.

guntar por qué) ¿Cada cuánto iba a ver al médico? ¿Tenía alguna dificultad para ir a ver al médico? ¿Cuál o cuales? ¿Le dieron alguna indicación especial: comida, descanso, estudios u otros? ¿Por qué? ¿Qué le dijeron? ¿Las pudo cumplir? (Si no: por qué?) ¿Como la trataron: que cosas le dijeron y como se sintió Ud.? (Relato desde el comienzo del embarazo).

3.2. Rutina en el embarazo

Cuénteme ¿Qué cosas hacía en el día desde que se levantaba y hasta que se acostaba durante el embarazo? (Indagar si las hacía sola o alguien la ayudaba) ¿Qué cosas le gustaba más hacer? ¿Qué cosas le disgustaban? ¿Notó diferencias entre las cosas que hacía antes y las que hacía después? ¿Cuáles?

Recorren la distintas instancias identificadas por la entrevistada como significativas. La lógica secuencial referida por la entrevistada será respetada por la entrevistadora a fin de obtener un relato con coherencia propia. [Se evitarán todas las alusiones que puedan ser veladamente discriminatorias: sobre la escolaridad, la procedencia o el estado civil].

3.3. Evento

¿Podría decir si este parto tiene alguna conexión con algo que le haya pasado durante el embarazo? ¿Con qué hecho le parece que está relacionado? ¿Por qué? ¿Que le pasó? ¿Qué hizo en ese momento? [Intentar repreguntar solo si la información que recoge es contradictoria con la relevada en el punto 1. Evitar repeticiones innecesarias de preguntas que distraigan a la entrevistada].

4. Percepción o registro e interpretación

Este momento es simultáneo entre la identificación y la interpretación de los síntomas por lo que no se presentará en forma separada sino en el análisis posterior de los datos.

¿Hay algún hecho próximo que Ud. considere "la puso muy mal" o "nerviosa"? ¿Podría mencionar alguno y explicar que sintió? ¿Por qué considera Ud. que ocurrió este hecho? ¿Ocurre a menudo o fue circunstancial? ¿Desde cuándo ocurre? ¿Sigue ocurriendo? ¿Qué hace Ud. cuando ocurre lo que acaba de relatar? ¿Puede resolver los hechos mencionados? ¿Lo hace sola o lo comenta con alguien? ¿Con quién comenta lo que le pasa cuando "esta nerviosa" o cuando "ocurren hechos que la ponen mal"? ¿Qué cosas hace cuando esta nerviosa? En el momento, cuando piensa en lo que le esta ocurriendo. Cree Ud. que puede resolver o por lo menos enfrentar lo hechos que la ponen nerviosa? ¿Por qué? ¿Cómo hace para enfrentar una situación que la pone mal"? ¿Qué siente cuando esto pasa? Cómo se siente después?

Problemas

Durante este embarazo, ¿tuvo algún problema (orientar la pregunta para indagar si hubieron internaciones por *amenaza del parto prematuro*, metrorragias, etc.)? ¿Qué pasó? ¿Qué hizo? ¿Recuerda haber tenido preocupaciones? ¿Cuáles? ¿Pudo contar con alguien que la ayudara durante el embarazo para lo que necesitara?

¿Qué sentía en relación a este embarazo? ¿Por qué cree que sentía eso? (Si refiere haber sentido preocupaciones) (Ayuda sólo en caso de que no hable: nerviosa, bajoneada, deprimida? ¿Qué hacía cuando se sentía así?