Perinatol Reprod Hum. 2018;32(4):155–159

INPer
Instituto Nacional de Perinatología
Isidro Espinosa de los Reyes

Perinatología y Reproducción Humana

www.elsevier.es/rprh

ORIGINAL

Niveles de estrés en pacientes mexicanas embarazadas seropositivas al VIH☆

M.P. Meza Rodríguez[a], S.G. Morales[a], I.C. Arroyo[b], M.F. López Meza[c], R.E. Oviedo García[d] y R. Figueroa Damian[e,*]

[a] *Departamento de Neurociencias, Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México, México*
[b] *Unidad de Investigación en Reproducción Humana, Instituto Nacional de Perinatología-Facultad de Química, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México*
[c] *Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional, Ciudad de México, México*
[d] *Hospital General Dr. Rubén Leñero, Ciudad de México, México*
[e] *Departamento de Infectología, Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México, México*

Recibido el 26 de julio de 2018; aceptado el 21 de agosto de 2018
Disponible en Internet el 16 de noviembre de 2018

PALABRAS CLAVE
Estrés;
Embarazo;
Transmisión vertical;
Soporte institucional;
VIH

Resumen
Introducción: Una proporción considerable de mujeres infectadas por VIH en edad reproductiva desean ser madres, aun cuando conocen el riesgo que esto representa para su salud, la del futuro hijo y la probabilidad de transmisión vertical de la infección. Durante este proceso el estrés condiciona eventos neonatales adversos y afecta la relación madre-hijo, por ello, es importante caracterizar los niveles de estrés de estas pacientes.
Objetivo: Caracterizar los niveles de estrés en pacientes mexicanas embarazadas, VIH positivas del Instituto Nacional de Perinatología.
Material y método: Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo en 73 embarazadas seropositivas al VIH; el nivel de estrés se evaluó mediante la prueba de Nowack.
Resultados: Las áreas que conforman el perfil de estrés de Nowack se encontraron dentro del promedio de la población sana, con excepción de las conductas de tipo «A» (ira internalizada, ira expresada, premura de tiempo, rapidez laboral, impaciencia, búsqueda de mejoría, conducción ruda de vehículos, desconfianza, enojo, hostilidad) y los reactivos ARC (abuso de sustancias, alcohol y consumo de tabaco), cuyas puntuaciones fueron menores al promedio y que actúan como recursos protectores para que este tipo de conductas no se presenten.

☆ El presente estudio fue aprobado por los Comités de Investigación, Ética en Investigación y Bioseguridad del Instituto Nacional de Perinatología. Registro: 2017-3-128.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: rfd6102@yahoo.com.mx (R. Figueroa Damian).

https://doi.org/10.1016/j.rprh.2018.08.004
0187-5337/© 2018 Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Conclusiones: La mayor parte de las pacientes embarazadas positivas al VIH presentó un nivel de estrés dentro del promedio de la población sana, lo que probablemente se asocia a la sensación de control que representa el hecho de encontrarse adheridas a una institución de primer nivel con atención integral.
© 2018 Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

KEYWORDS
Stress;
Pregnancy;
Vertical transmission;
Institutional support;
HIV

Levels of stress in HIV-positive Mexican pregnant patients

Abstract
Introduction: A significant proportion of HIV-infected women of reproductive age wish to become pregnant, even when they know the risk for their health and for their children, as well as the probability of vertical transmission of the infection. During this process, stress produces adverse neonatal events, affecting mother-child relationship. Therefore, it is important to determine the stress level of these patients.
Objective: To determine the stress levels in HIV positive pregnant patients of the National Institute of Perinatology, Mexico.
Material and method: An observational, cross-sectional, descriptive study was carried out on 73 HIV-positive pregnant patients, and the stress level was evaluated using the Nowack test.
Results: The areas comprising the Nowack stress profile were within the limits of a healthy population, with the exception of type «A» behaviours (internalized anger, expressed anger, time haste, work speed, impatience, search for improvement, bad driving of vehicles, distrust, anger, hostility), and ARC reagents (substance abuse, alcohol and tobacco use), whose scores were lower than the average, acting as protective resources against this type of behaviour.
Conclusions: The majority of HIV-positive pregnant patients presented a level of stress within the average of the healthy population. This is probably associated with the feeling of control that represents the fact of being attached to a first-level institution receiving integrated care.
© 2018 Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

Las personas que han sido infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) presentan una afectación emocional que incide sobre el curso de la enfermedad, así como en la adopción de conductas que benefician su salud[1]. En nuestro país, el 83.2% de la población seropositiva al VIH corresponde a mujeres en edad reproductiva (15-44 años)[2], muchas de ellas con deseos de convertirse en madres, evento que en ellas implica un mayor riesgo físico y emocional en comparación con mujeres seronegativas en la misma etapa de la vida[3], lo que hace necesaria la creación de estrategias de atención multidisciplinaria especializada para dichas pacientes.

Con relación a las alteraciones emocionales que se presentan en esta población, el estrés tiene una considerable incidencia debido a que este surge ante la percepción de la relación del individuo con su entorno, el cual es evaluado por el sujeto como amenazante o desbordante de sus recursos al poner en peligro su bienestar[4]. El estrés se encuentra dentro de los trastornos que afectan la adhesión al tratamiento y, por ende, el curso clínico de la enfermedad[5]. En gran medida, los conflictos y contradicciones experimentados durante el embarazo y el parto se vinculan, por un lado, al momento esperado por el nacimiento del hijo y, por el otro, a la seropositividad al VIH y a la probabilidad de contagiar al bebé, lo que genera angustia, culpa e incertidumbre sobre el futuro del recién nacido y de la propia madre[6,7]. Esto propicia un aumento en la respuesta al estrés que debe ser atendido oportunamente con la finalidad de prevenir la aparición de eventos adversos durante el periodo perinatal, como bajo peso al nacer[8], dificultad para la crianza, afectación de la madre y la relación con su hijo y el medio que los rodea[9,10].

El objetivo del presente trabajo fue caracterizar el nivel de estrés en pacientes embarazadas VIH positivas del Instituto Nacional de Perinatología.

Método

Participantes

La muestra quedó constituida por 73 pacientes embarazadas seropositivas al VIH sin retraso mental ni alteraciones psiquiátricas ni psicológicas clínicamente evidentes, quienes brindaron su consentimiento informado para participar en el estudio.

Evaluación clínica

A todas las pacientes se les realizó una historia clínica psicológica con la finalidad de recabar los datos sociodemográficos y clínicos. El nivel de estrés se evaluó por medio del perfil de estrés de Nowack, el cual está diseñado para identificar aquellos factores que permiten tolerar las consecuencias dañinas del estrés cotidiano, así como los que hacen que alguien sea vulnerable a las enfermedades relacionadas con él. El perfil de Nowack considera 2 dimensiones: una está integrada por recursos protectores confiables positivos y significativos para la salud, mientras que la segunda está integrada por comportamientos de riesgo ante el estrés. La primera dimensión evalúa las áreas: hábitos de salud (conductas que cuando se practican de manera regular conducen al bienestar físico y psicológico), red de apoyo social (grado en que el individuo siente que hay gente con la que puede contar en todo momento para obtener apoyo emocional, consejo, información y ayuda), fuerza cognitiva (atribuciones, actitudes y creencias que el individuo tiene acerca de la vida y del trabajo, como el nivel de compromiso y participación), estilo de afrontamiento (evalúa 4 estrategias: valoración positiva, valoración negativa, minimización de la amenaza y concentración en el problema) y bienestar psicológico (experiencia global del individuo de satisfacción y ecuanimidad psicológica). En estas áreas las puntuaciones mayores a 60 se consideran protectoras; entre 41 y 59, promedio y por debajo de 40, como riesgo para la salud. La segunda dimensión está formada por las áreas: percepción de estrés (molestias y frustraciones mayores y menores en la vida cotidiana reflejadas en las categorías salud, trabajo, finanzas, familia, obligaciones sociales y preocupaciones ambientales y mundiales), conductas de tipo «A» (mide conductas del tipo de ira internalizada, ira expresada, premura de tiempo, rapidez laboral, impaciencia, búsqueda de mejoría, conducción ruda de vehículos, desconfianza, enojo, hostilidad) y conglomerado de reactivos ARC (exploran el abuso de sustancias, alcohol y el consumo de tabaco). En estas áreas, las puntaciones por arriba de 60 son consideradas de riesgo, entre 41 y 59 como promedio y por debajo de 40 como protectoras[11].

Tipo de estudio

Observacional, transversal, descriptivo. Se obtuvieron medias y desviación estándar para el análisis de las variables sociodemográficas y clínicas. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18. Las puntuaciones de estrés obtenidas se compararon con las establecidas en el perfil de Nowack y con los puntos de corte validados para la población mexicana.

Resultados

Datos sociodemográficos

La población quedó constituida por 73 pacientes embarazadas del Instituto Nacional de Perinatología, seropositivas al VIH, con una edad de 27.7 ± 6.9 años (media $\pm$ DE), con años escolares cursados equivalentes a educación básica completa 9.2 ± 3.0 años. El inicio de su vida sexual fue de 17.6 ± 2.8 años y el tiempo de conocerse infectadas por el VIH fue de 5.2 ± 4.7.

Tabla 1 Número de parejas sexuales en las pacientes embarazadas VIH positivas

Parejas sexuales	N.° de pacientes (%)
Una	17 (23.3)
Dos	25 (34.2)
Tres	13 (17.8)
Cuatro	7 (9.6)
Cinco	4 (5.5)
Seis	2 (2.7)
Siete o más	5 (6.9)

Tabla 2 Número de gestas en las pacientes embarazadas VIH positivas

Gesta	N.° de pacientes (%)
Primera	24 (32.9)
Segunda	21 (28.2)
Tercera	14 (19.2)
Cuarta	10 (13.7)
Quinta	4 (5.5)

El 71.2% de la población de estudio se dedica a labores del hogar y su distribución por estado civil fue: 37% unión libre, 35.6% solteras, 21.9% casadas y el 5.5% viudas. En lo que respecta al número de parejas sexuales a la fecha del estudio, la mayoría (34.2%) señaló haber tenido 2 parejas sexuales (tabla 1). Un 11% de las pacientes estudiadas reportaron abuso sexual y la mayoría de las pacientes (87.7%) contrajo el VIH por transmisión sexual, el 9.6% por transmisión vertical y el 2.7%. por vía sanguínea.

En cuanto a los padres de los hijos que parieron, el 52% fueron serodiscordantes al VIH y el 48% seropositivos al VIH. De las parejas serodiscordantes, solo 2 desconocían que la mujer era seropositiva al virus. En relación con el número de gestas: la mayor parte de las pacientes (32.9%) cursaba su primera gesta (tabla 2). De todas ellas, el 8.2% refirió tener un hijo seropositivo y el 1.3%, 2 hijos seropositivos al virus. En el rubro adicciones, el 5.4% reconocieron haber sido alcohólicas y el 1.36% haber sido farmacodependientes.

Nivel de estrés

Los resultados obtenidos en las áreas que evalúa el perfil de estrés de Nowack se muestran en la tabla 3, la mayoría se encuentran dentro del promedio de la población sana, con excepción de las conductas de tipo «A» (ira internalizada, ira expresada, premura de tiempo, rapidez laboral, impaciencia, búsqueda de mejoría, conducción ruda de vehículos, desconfianza, enojo, hostilidad), que se encontraron por debajo del promedio, lo que puede considerarse como factor protector: esto indica que la mayor parte de las pacientes no tiende a expresar este tipo de conductas, por lo que tienen menos probabilidad de desarrollar diferentes enfermedades asociadas al estrés. También se observó por debajo del promedio el área de reactivos ARC (abuso de sustancias, alcohol y consumo de tabaco), que funcionan de igual forma como

Tabla 3 Áreas del perfil de estrés en las pacientes embarazadas VIH positivas

Áreas de estrés	Media ± DE
Estrés	42.6 ± 8.7
Hábitos de salud	51.5 ± 7.6
Reactivos ARC	40.2 ± 3.5[a]
Redes de apoyo	57.2 ± 2.2
Conductas tipo «A»	39.3 ± 8.1[a]
Fuerza cognitiva	41.5 ± 6.5
Bienestar psicológico	55.6 ± 5.4

Puntuación promedio: T 41-59.
[a] Factor protector.

factor protector ante el abuso de estas sustancias. En el área de estilos de afrontamiento, la mayoría recurrió a la minimización de la amenaza, lo que indica que emplean la evitación como estrategia de afrontamiento.

Discusión

El ser portador de VIH es considerado como una experiencia negativa por su asociación al nivel de estrés y a las pérdidas que se acumulan en el transcurso de la enfermedad, lo que puede llegar a cubrir criterios diagnósticos para un trastorno por estrés postraumático[12]. El simple hecho de recibir un diagnóstico que pone en peligro la vida es suficiente para elevar considerablemente el nivel de estrés[13], lo que condiciona una mayor comorbilidad médica crónica y peores condiciones emocionales[14]. Desde un punto de vista genérico, la mujer es más propensa a presentar niveles elevados de estrés[12,15] debido a una serie de factores que debe enfrentar, incluido el deseo de maternidad.

Aun cuando los niveles de estrés en la población de nuestro estudio se encuentran dentro del promedio, existe un temor expreso ante la probabilidad de contagiar a su hijo, hecho que conforma la transmisión vertical del virus y constituye la principal vía de contagio en la población infantil[16]. Esto, aunado a las desventajas que presentan los hijos de estas madres, que van desde la probabilidad de la transmisión vertical, desamparo de los hijos si llegasen a faltar los padres, hasta abandono escolar para aportar a la economía familiar, además de las situaciones de estigma o discriminación[17], consecuencias negativas de la enfermedad que tienen su raíz en el desconocimiento, en diversos temores, así como en valores morales y religiosos que condenan el virus[18], lo que las hace verse más vulnerables frente a la enfermedad.

El nivel educativo ha sido considerado como un factor de protección frente al contagio de cualquier enfermedad, ya que es facilitador de la comprensión de las vías de contagio, de la evolución y el pronóstico del padecimiento. Disminuye así la adopción de conductas de riesgo, favorece la calidad de vida mediante el empleo de estrategias saludables y la aceptación de la terapia farmacológica. Una educación superior al nivel de secundaria ha sido identificada como factor protector[19,20]. En este estudio, el promedio de años escolares cursados por las pacientes fue equivalente al ciclo escolar básico concluido (secundaria), lo cual podría relacionarse con el hecho de ser usuaria de una institución formal en búsqueda de atención especializada. Es probable que esta misma razón haya influido para que el área red de apoyo social se ubicara dentro del promedio, lo que contribuye a experimentar una sensación de control ante la enfermedad, al considerar este apoyo sanitario y social como factor importante durante el curso de la enfermedad[21].

Mujeres que han vivido periodos largos con el VIH han reportado que el apoyo ofrecido por sus esposos o compañeros ha sido un factor importante para el afrontamiento de la enfermedad[22], lo cual también podría asociarse a la puntuación promedio obtenida en el área red de apoyo social, al favorecer la percepción de que hay gente con la que se puede contar para obtener apoyo, ya que la mayor parte de ellas tenían pareja al momento del estudio.

La ira y los sentimientos de enojo se han identificado en esta población asociados a problemas en la calidad de vida, déficit en las relaciones sociales, síntomas depresivos, creencias personales, conductas adictivas y presencia de infecciones asociadas[23]. La puntuación por debajo del promedio en las conductas de tipo «A» que evalúan ira y enojo, entre otras, funciona como factor protector en el grupo de estudio, lo que probablemente se relacione con el hecho de que las pacientes se perciben apoyadas por el medio que les rodea. Además, no presentaron conductas de uso o abuso de alcohol ni sustancias de abuso, rasgos depresivos referidos o clínicamente evidentes al momento de la evaluación.

La puntuación por debajo del promedio (considerada como protectora) en el área de reactivos ARC asociados directamente al abuso de sustancias alcohol y tabaco se relaciona con el mínimo porcentaje de pacientes que refirieron haber empleado alcohol y sustancias de abuso en algún momento de su vida, aun cuando el estigma alrededor de la enfermedad sea asociado a estos hábitos. En cuanto a la vía de transmisión del virus, predominó el contagio por vía sexual, aun cuando más del 50% de la muestra refirió solo haber tenido entre una y 2 parejas heterosexuales, sin aceptar promiscuidad. Esto destaca la vulnerabilidad de género propiciada por la falta de asertividad y por situaciones de desigualdad social, en las que la mujer se encuentra en desventaja, a expensas de los hábitos sexuales de su pareja[24-26], lo cual demuestra que no existe un patrón eficiente de protección ni para ellas ni para la pareja sana, condición que favorece la propagación del virus.

Por otro lado, con el advenimiento de la nueva generación de antirretrovirales, el derecho a recibir información clara, oportuna y científica acerca de la sexualidad, el acceso a servicios de salud adecuados y el respeto a la opción de la reproducción y ejercicio de la sexualidad han convertido la infección por VIH en una enfermedad crónica, con una mejoría en la calidad de vida de los pacientes, lo que en muchos de ellos ha disminuido su nivel de estrés y ha facilitado que las mujeres infectadas se planteen tener descendencia y formar una familia.

Conclusiones

Las pacientes embarazadas seropositivas al VIH presentaron un nivel de estrés dentro del promedio establecido en el perfil de estrés de Nowack para la población sana, con puntajes que pueden funcionar como protectores para la adopción de

comportamientos de riesgo ante el estrés, lo que probablemente se asocia a la sensación de control que representa el hecho de encontrarse adheridas a una institución de primer nivel recibiendo atención integral y a la percepción de estar rodeadas de personas que pueden brindarles apoyo.

Financiación

Este trabajo fue financiado por el Instituto Nacional de Perinatología con el registro 2017-3-128.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses para la divulgación del presente manuscrito.

Agradecimientos

Los autores agradecen el apoyo del Instituto Nacional de Perinatología para la realización del presente estudio.

Bibliografía

1. Meza-Rodríguez P, Mancilla-Ramírez J, Sánchez-Bravo C, Figueroa-Damian R, Contreras-Maldonado L, Carreño-Meléndez J. Respuesta psicológica en la infección por virus de inmunodeficiencia humana. Perinatol Reprod Hum. 2011;25:236–40.
2. CENSIDA. Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_DIA_MUNDIAL_2016a.pdf; 2016.
3. De Araujo A, Da Silva C, Barbosa R. Differences and similarities in women living and not living with HIV: Contributions by the GENIH study to sexual and reproductive healthcare. Cad Saúde Pública. 2017;33:e00057916.
4. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. México: Roca; 1984.
5. Piña J, Dávila M, Sánchez-Sosa J, Togawa C, Cázares O. Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. Rev Panam Salud Pública. 2008;23:377–83.
6. Viñas M, Alvarez G, Erosa E, Aremi A, García E, Sánchez G. La maternidad desde la experiencia de mujeres que viven con VIH atendidas en el hospital de las culturas Chiapas, México. Rev Colegio San Luis. 2017;14(VII):207–31.
7. Hebling EM, Hardy E. Feelings related to the motherhood among women living with HIV in Brazil: A qualitative study. AIDS Care. 2007;19:1095–100.
8. Arranz A, García M, Montenegro G, Camacho A, Parés S, Goberna J, et al. La influencia del estrés o ansiedad de la gestante en el peso fetal o neonatal: revisión bibliográfica. Matronas Prof. 2017;18:69–77.
9. Edo T, Ballester R. Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA. Rev Psicopatol Psicol Clin. 2006;11:79–90.
10. Braga C, Domingues C, Menino C, Rodrigues D, Da Silva I. Pregnant with HIV/AIDS psychological aspects related to the vertical transmission prevention. Estud Psicol (Natal). 2013;18:419–27.
11. Nowack K. Perfil de estrés. México: Manual Moderno; 2002.
12. Verhey R, Chibanda D, Gibson L, Brakarsh J, Seedat S. Validation of the posttraumatic stress disorder checklist-5 (PCL-5) in a primary care population with high HIV prevalence in Zimbawe. BMC Psych. 2018;18:109.
13. Galovski TE, Blain LM, Chappuis C, Fletcher T. Sex differences in recovery from PTSD in male and female interpersonal assault survivors. Behav Res Ther. 2013;51:247–55.
14. Sledjeski E, Speisman B, Dierker L. Does number of lifetime traumas explain the relationship between PTSD and chronic medical conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replications (NCS-R). J Behav Med. 2008;31:341–9.
15. Andu E, Wagenaar BH, Kemp CG, Nevin PE, Simoni JM, Andrasik M, Cohn SE, et al. Risk and protective factors of postraumatic stress disorder among African American women living with HIV. AIDS Care. 2018:3–7.
16. Ola D, Herrarte R. Factores de riesgo asociados a la transmisión vertical de VIH en el embarazo. Rev COG. 2017;22:38–40.
17. Lartigue T, Maldonado M. Gestación, maternidad e infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA. Perinatol Reprod Hum. 2004;18:65–72.
18. Campero L, Kendall T, Caballero M, Mena A, Herrera C. El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos: un estudio cualitativo de personas heterosexuales con VIH en México. Salud Pública Mex. 2010;52:61–9.
19. Klein H, Sterk CE, Elifson KW. Knowledge about HIV in a community sample of urban African Americans in the south. J AIDS Clin Res. 2016;7:622.
20. Cázares R, Piña J, Sánchez-Sosa J. Competencias conductuales, estrés y calidad de vida en personas VIH + 100% adherentes. Un análisis en función del estadio clínico de la enfermedad. Av Psicol Clin Latinoam/Bogotá Colom. 2010;28:85–98.
21. Warren-Jeanpiere L, Dillaway H, Hamilton P, Young M, Goparaju L. Life begins at 60: Identifying the social support needs of African American women aging with HIV. J Health Care Poor Underserved. 2017;28:389–405.
22. Davtyan M, Farmer S, Brown B, Sami M, Frederick T. Women of color reflect on HIV-related stigma through PhotoVoice. JANA. 2016;27:404–18.
23. Marcellina F, Protopopescua C, Esterlec L, Wittkopc L, Pirothe L, Aumaitref H, et al. Anger and quality of life in patients co-infected with HIV and hepatitis C virus: A cross-sectional study (ANRS CO13-HEPAVIH). Eur J Gastroenterol Hepatol. 2017;29:786–91.
24. García-Sánchez I. Diferencias de género en el VIH/SIDA. Gac Sanit. 2004;18:47–54.
25. Meza P, Carreño J, Morales-Carmona F, Aranda C, Sánchez C, Espíndola G. Condición emocional de las pacientes con infección por virus de papiloma humano. Perinatol Reprod Hum. 2008;22:168–73.
26. Bolaños M, Lemus M. Integración de la perspectiva de género en la prevención de las ITS/VIH/sida en atención primaria de salud. Educacion Médica Sup. 2017;31:1–9.