
TRABAJO DE FIN DE GRADO

Factores de riesgo y de protección psicosociales durante el embarazo. Una revisión sistemática



Grado en Psicología

Universidad de Granada

Alumna: María Afonso Alvarez

Tutora: Mercedes Bellido González

Junio, 2018

ANEXO VI



UNIVERSIDAD
DE GRANADA



Declaración de Originalidad del TFG

(Este documento debe adjuntarse cuando el TFG sea depositado para su evaluación)

D./Dña. María Afonso Alvarez, con DNI (o pasaporte) 78646254-P declaro que el presente Trabajo de Investigación es original, no habiéndose utilizado fuente sin ser citadas debidamente.

En caso de TFGs vinculados con las Prácticas Externas, declaro que el TFG es un trabajo con entidad independiente a la memoria de Prácticas presentada.

Para que conste así lo firmo el 30 de Mayo, 2018

Firma del Alumno/a

María Afonso Alvarez

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero **alumnos/as**, cuya finalidad es el almacenamiento de datos personales, académicos y administrativos de los alumnos de la Universidad de Granada para la gestión de sus expedientes, con las cesiones previstas legalmente. El órgano responsable del fichero es la **Secretaría General de la Universidad de Granada**, y la dirección donde la persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición es "Secretaría General de la Universidad de Granada. Avda. del Hospicio s/n, Hospital Real, 18071, Granada". De todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal.

Resumen: Este trabajo tiene como objetivo analizar las variables perinatales de naturaleza psicosocial que actúan con carácter predictor de la prematuridad, el bajo peso al nacer y/o bebés pequeños para la edad gestacional y los factores perinatales psicosociales que protegen la salud y calidad de vida de la embarazada. Se realiza una revisión sistemática de estudios que analizan estas relaciones. Siguiendo los criterios de elegibilidad se obtuvo una muestra total de 21 artículos. Con la finalidad de identificar los factores que perjudican la gestación y los que modulan o mejoran el proceso de embarazo, se elaboran cinco categorías de factores de riesgo (estatus sociocultural y económico, estrés y ansiedad materna, ausencia o insuficiencia de redes de apoyo, conductas de riesgo de la embarazada y alteraciones clínicas y no clínicas del funcionamiento psicológico de la gestante) y cuatro de factores protectores (apoyo social, compromiso y apoyo paterno, rasgos de personalidad adaptativos y recursos personales y vínculo materno-fetal) en las cuales se recogen los principales resultados de los trabajos realizados en las últimas dos décadas.

Palabras clave: factores protectores, factores de riesgo, embarazo, prematuro, bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional

Abstract: This work analyzes the perinatal variables of psychosocial nature, which act as predictors of the prematurity, low-birth-weight and/or small-for-gestational-age and the psychosocial perinatal factors that protect pregnant health and her quality of life. A systematic revision of studies about the relations between these variables is performed. Following eligibility criteria, a total sample of 21 articles was obtained. To identify factors harmful for the gestation and those that modulate or improve the pregnancy process, five categories of risk factors are developed (sociocultural and economic status, maternal stress and anxiety, lack or insufficiency of social support, risk behavior by the pregnant, clinic and non-clinic alterations in her psychological functioning) and four categories of protecting factors (social support, baby's father support and compromise, adaptive personality traits and personal resources and maternal-foetal bonding) where the main results from the work carried out in the last two decades are collected.

Keywords: protective factors, risk factors, pregnancy, preterm, low-birth-weight, small-for-gestational-age

Introducción

La condición de prematuridad, con una prevalencia del 9% a escala mundial (Caruso, 2013), es considerada un problema de salud pública por ser la primera causa de defunción en niños y niñas menores de cinco años, siendo responsable de aproximadamente un millón de muertes en el año 2015 (Organización Mundial de la Salud, 2017). Un/a bebé prematuro es aquel que nace antes de la semana 37 de gestación (Rodríguez, de Ribera y García, 2008). Pese a que los avances en investigación médica han reducido significativamente la tasa de mortalidad de niños/as prematuros/as, la incidencia de discapacidades asociadas a esta condición clínica ha aumentado. La literatura especializada señala que la prematuridad se asocia a la presencia de: a) problemas de aprendizaje, existiendo una relación entre prematuridad y rendimiento académico (Pasman, Rotteveel y Maassen, 1998); b) bajos cocientes de inteligencia; c) trastornos de hiperactividad y déficit de atención; c) déficits neuropsicológicos específicos como dificultades en la integración visual motora y/o disfunción ejecutiva; d) problemas de conducta y dificultades sociales (Ares y Díaz, 2014), entre otras.

Entre los/as bebés prematuros/as es frecuente el bajo peso al nacer, entendido como un peso inferior a 2500 gramos en el momento del parto. Esta condición clínica representa un problema de salud pública de iguales dimensiones que la anteriormente citada. Se estima que entre un 15% y un 20% de los niños/as nacidos/as en todo el mundo presentan bajo peso al nacer, lo que supone más de 20 millones de neonatos cada año (Organización Mundial de la Salud, 2017). Por ejemplo, Robert y Goldberg (1994) señalan que más del 50% de la morbilidad neurológica crónica es atribuible a este problema (Bortman, 1998). De igual forma, las dificultades relativas al desarrollo cognitivo y lingüístico han sido descritas como concomitantes del bajo peso al nacer a corto y largo plazo (Byrne y cols., 1993), así como problemas en atención, aprendizaje y en competencia social (Hack y cols., 1992). Estudios recientes han hallado que el bajo peso al nacer aumenta el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares en etapas posteriores de la vida (Risnes y cols., 2011).

Un tercer grupo, resultante de la relación entre edad gestacional y bajo peso al nacer, son los/as niños/as pequeños para la edad gestacional (PEG), los/as cuales presentan un peso al nacer inferior al percentil 10 en relación a su edad gestacional. Cuando la causa de nacer PEG es la alteración de la circulación útero-placentaria se puede producir un Crecimiento Intrauterino Retardado (CIR). Ambos son grupos de riesgo para el funcionamiento cognitivo y rendimiento escolar, aunque éste es mayor en los/as niños/as CIR (Bellido, Díaz, López y Maldonado, 2017). De esta manera, estos grupos son los que conforman la población de riesgo en el presente trabajo.

Una atención sanitaria interdisciplinar de calidad en las etapas prenatales, perinatales y postnatales constituyen la principal estrategia preventiva del bajo peso al nacer y de la prematuridad (OMS, 2017). Esta asistencia se materializa en actuaciones de asesoramientos sobre dietas saludables y nutrición óptima, información sobre las consecuencias negativas derivadas del consumo de tabaco y otras sustancias, seguimientos y controles médicos durante el embarazo, etc. En definitiva, se precisa de un conocimiento exhaustivo por parte de los/as profesionales del ámbito, así como de las familias, de aquellos factores de riesgo perinatales que favorezcan o precipiten la aparición de estas condiciones clínicas. A tenor de este análisis de necesidades, durante aproximadamente treinta años la literatura se ha encargado de conseguir que el estudio de factores de riesgo de índole psicosocial quede suficientemente establecido. Sin embargo, son más escasos los estudios que abordan el estudio de los factores de protección psicosociales que favorecen el bienestar de la embarazada.

Mi interés y, por tanto, el motivo de este trabajo de revisión, es atender a las recomendaciones de los/as expertos/as en la materia y establecer un marco de referencia que recoja y agrupe todas aquellas variables de riesgo y de protección perinatales de naturaleza psicosocial relacionadas con prematuridad, bajo peso al nacer, la interrelación de ambos y la calidad de vida, que hasta la fecha, hayan sido estudiadas y validadas en investigaciones científicas.

Así, el objetivo del trabajo es realizar una revisión sistemática de estudios publicados que hayan establecido qué variables perinatales psicosociales actúan con carácter predictor de la prematuridad y el bajo peso al nacer y qué factores protegen la

salud y la calidad de vida de la madre gestante e impactan positivamente sobre el desarrollo físico, psicológico y social del/la niño/a.

Método

Fuentes de información y ecuación de búsqueda

Para la realización de esta revisión sistemática se siguieron las indicaciones recomendadas por la declaración PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff y Altman, 2009). Las bases de datos utilizadas fueron Psycinfo, Scielo, Scopus y ProQuest. Para ampliar la búsqueda se utilizó la tipología de “literatura gris”, en concreto, Google Scholar.

Las ecuaciones de búsqueda utilizadas fueron: *«prenatal AND protective factors»*; *«optimistic disposition AND birth outcomes»*; ; *«(TITLE-ASB-KEY (personal resources) AND TITLE-ASB-KEY (birth outcomes) AND AUTHOR-NAME (dunkel-schetter))»*; *«(TITLE-ASB-KEY (social support) AND TITLE-ASB-KEY (birth outcomes) AND AUTHOR-NAME (dunkel-schetter))»*. Cabe mencionar que, con la intención de utilizar un lenguaje controlado, se emplearon los tesauros indicados en las bases de datos (ProQuest y Scopus), obteniendo la siguiente terminología específica: “*protective factors*”, “*birth outcomes*”, “*social support*” y “*pregnancy*”. Además, se utilizó como palabra clave el nombre de una autora referente en la temática (Dunkel-Schetter). El primer sondeo realizado tuvo lugar a mediados de marzo de 2018 y se aplicaron los siguientes filtros: evaluación por expertos y sin limitación temporal. Se obtuvo un total de 3.787 artículos. Tras aplicar los criterios de elegibilidad, la lista se redujo a 21 artículos (Figura 1).

Criterios de inclusión y de exclusión

Los criterios de inclusión de la revisión sistemática comprenden: a) estudios experimentales, cuasi-experimentales, correlacionales, longitudinales prospectivos y revisiones bibliográficas; b) artículos en inglés y español; c) relación con las variables prematuridad, bajo peso al nacer y/o edad gestacional. Como criterios de exclusión se citan: a) revisiones sistemáticas; b) metaanálisis; c) estudios de caso único; d)

coincidencia de las variables sociodemográficas que caracterizan la muestra del estudio (e.g., educación, ingresos, etnia); e) artículos anteriores al año 1998.

Codificación de los resultados y análisis de la información

De cada estudio incluido se extrajo la información referente a: los/as autores/as del estudio, el año de publicación, el tipo de estudio, el tamaño de la muestra y algunos aspectos relevantes de la misma a tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados, las variables analizadas y resultados principales obtenidos (Tabla 1).

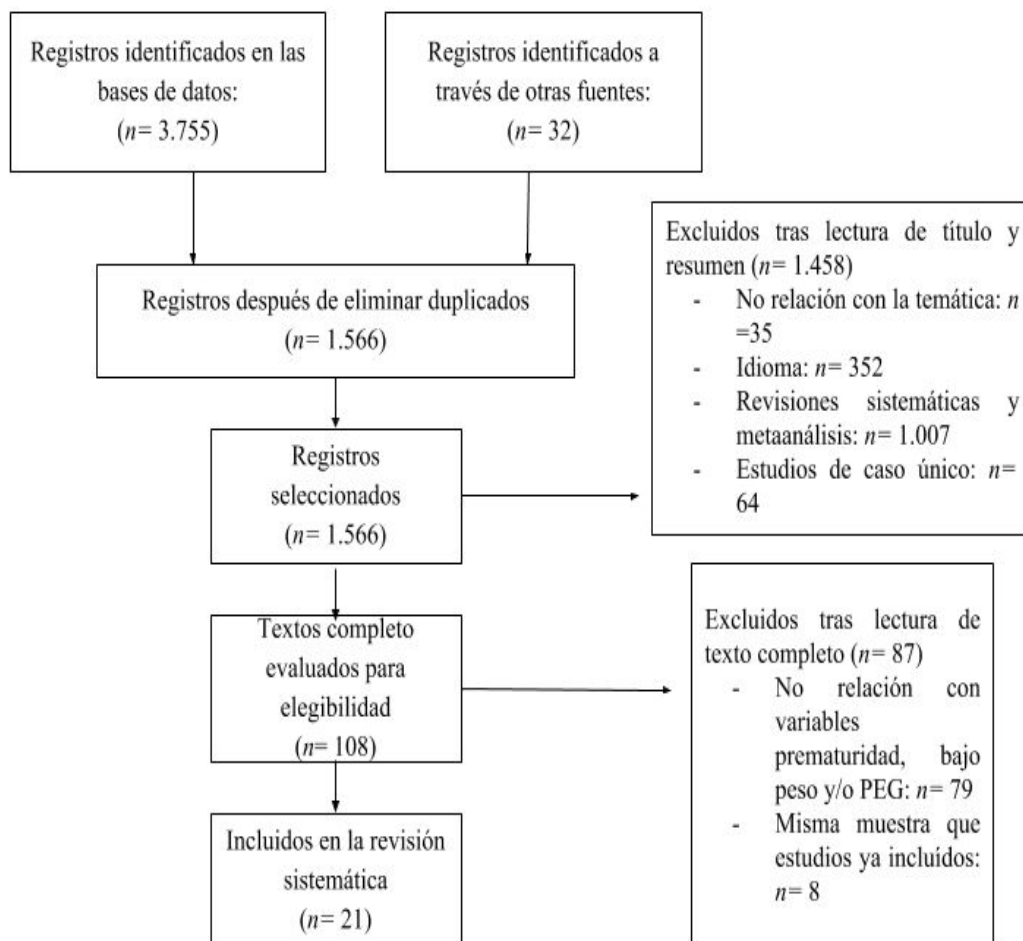


Figura 1. Diagrama de flujo de los estudios empíricos incluidos en la revisión.

Tabla 1

Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática (N=21)

Autores/as y año de publicación	Tipo de estudio	Muestra	Variables analizadas	Resultados principales
Trabajos centrados en el estudio de Factores de Riesgo:				
Ritz y cols. (1999)	Correlacional	N= 125.573 nacimientos en California (EE.UU.)	Exposición materna a CO y frecuencia de partos con bajo peso al nacer	La exposición materna a CO se asocia a pesos al nacer significativamente más bajos
Bobak (2000)	Correlacional	N=108.173 nacimientos en 67 distritos de la República Checa	Exposición materna a la contaminación del aire (SO ₂ , NO y partículas suspendidas) y bajo peso al nacer y prematuridad	La contaminación del aire afecta a los resultados del nacimiento. El bajo peso al nacer y la prematuridad se asoció a la exposición en el 1º tri. de embarazo a SO ₂ y partículas suspendidas
Álvarez y cols. (2001)	Revisión bibliográfica		Embarazo en la adolescencia, estatus nutricional materno, hábito de fumar, consumo de alcohol, antecedentes embarazos previos, embarazos gemelares, infecciones ginecológicas y bajo peso al nacer	Todas las variables analizadas constituyen factores de riesgo para el bajo peso al nacer
Martínez-Frías y cols. (2005)	No experimental: longitudinal de cohorte	N=31.056 madres de niños/as sin defectos congénitos	Prevalencia de embarazadas que fuman en España desde 1995 hasta 2002	Solo las madres con mayor nivel de escolaridad manifiestan un descenso del consumo de tabaco. Las menores de 25 años representan el grupo que más fuma. No se puede concluir que haya disminuido el consumo de tabaco en madres embarazadas españolas
Neggers y cols. (2006)	Correlacional	N=3.149 mujeres con bajos ingresos	Perfil psicosocial (autoconfianza, autoestima, preocupaciones, estrés y afecto positivo/negativo), conductas saludables	La depresión materna durante el embarazo y un pobre perfil psicosocial aumentan el riesgo de bajo peso al nacer y prematuridad

			(ejercicio físico, dieta y controles médicos), depresión y resultados en el nacimiento	
Orr y cols. (2007)	Correlacional	N=1.820 mujeres de 18 años de edad o más	Ansiedad materna durante el embarazo y parto prematuro	Altos niveles de ansiedad durante el embarazo incrementan significativamente el riesgo de parto prematuro
Zeka y cols. (2008)	Correlacional	N=425.751 mujeres que dieron a luz entre las 20-45 semanas de gestación y con un peso al nacer de 500-550 gr.	Variables socioeconómicas, índices de contaminación ambiental y resultados en el nacimiento (bajo peso al nacer, pequeños para la edad gestacional y prematuros)	La exposición al tráfico y el bajo estatus socioeconómico aumentan la probabilidad de dar a luz a un/a bebé con bajo peso al nacer
Li y cols. (2009)	No experimental: longitudinal prospectivo de cohorte	N=791 embarazadas integrantes de un programa de cuidados médicos	Síntomas depresivos maternos durante el embarazo temprano y prematuridad	La presencia de síntomas depresivos durante el embarazo temprano incrementa el riesgo de parto prematuro
Loomans y cols. (2012)	No experimental: encuesta de cohorte basada en una comunidad multiétnica	N=7.740 embarazadas	Síntomas depresivos, ansiedad de estado, estrés laboral, ansiedad durante la gestación y resultados del nacimiento	Elevados niveles de ansiedad y síntomas depresivos aumentan el riesgo de resultados adversos en el nacimiento (independiente de factores de riesgo médico, otros tipos de estrés y características maternas)
Sanchez y cols. (2013)	Experimental: casos controles	N= 950 nacimientos prematuros y a término	Depresión, ansiedad, estrés materno y el riesgo de parto prematuro	La depresión, ansiedad y estrés materno durante el embarazo incrementa el riesgo de parto prematuro

Trabajos centrados en el estudio de Factores de Protección:

Dunkel-Schetter y cols. (1999)	No experimental: longitudinal prospectivo	N=230 embarazadas hispanas y blancas en EE.UU	Recursos personales maternos:autoeficacia, autoconfianza y optimismo), estrés y ansiedad prenatal, contexto sociocultural (etnia, ingresos y	Los recursos personales maternos aumentan el peso del/a bebé al nacer. La presencia de los mismos se asocia a menores niveles de estrés, estar casada, ser
--------------------------------	---	---	--	--

			educación) y peso al nacer	blanca, niveles más altos de educación y de ingresos y ser el primer embarazo
Barrón y cols. (2001)	No experimental: transversal	N=401	Posición social, integración social, apoyo social, sucesos vitales estresantes y el bienestar psicológico general y la depresión.	Se corrobora el impacto positivo de estas variables sobre el bienestar psicológico y un menor riesgo de depresión
Feldman y cols. (2000)	No experimental: longitudinal prospectivo	N=247 mujeres que recibían cuidados prenatales	Apoyo social, peso al nacer y crecimiento fetal	El apoyo social está asociado a el peso al nacer a través de su contribución en procesos del crecimiento fetal
Lobel y cols. (2000)	Correlacional	N=129 embarazadas con alto riesgo médico de al menos 18 años de edad	Estrés prenatal, optimismo materno y resultados en el nacimiento	El optimismo se asocia a prácticas saludables perinatales y al peso al nacer. Resulta particularmente beneficioso para las mujeres con alto riesgo médico
Rini y cols. (2006)	No experimental: longitudinal	N=176 mujeres de al menos 18 años y con un embarazo único	Apoyo social efectivo, orientación personal, características de las relaciones interpersonales maternas y ansiedad prenatal	Las madres con una mejor calidad de sus relaciones con su pareja experimentaron niveles más bajos de ansiedad durante la gestación
Luecken y cols. (2009)	Correlacional	N= 483 mujeres hispanas residentes en EE.UU	Entrada a cuidados prenatales y factores de riesgo (aculturación, estrés, intencionalidad del embarazo, eventos estresantes) y de protección (apoyo social, autoeficacia, apoyo paterno y orientación colectivista)	La aculturación incrementa niveles de estrés ocasionando una entrada más tardía a los cuidados. La autoeficacia, el apoyo social y del padre predicen una entrada más rápida a los cuidados
Ghosh y cols. (2010)	Experimental: Casos controles	N= 2.309 embarazos pretérminos y a término	Apoyo paterno, estrés crónico materno, prematuridad y bajo peso	El apoyo social paterno puede modular los efectos del estrés crónico materno y el riesgo de prematuridad

Redshaw y cols. (2013)	No experimental: encuesta nacional (Inglaterra)	N=4.616	Compromiso y apoyo paterno durante el embarazo, parto y bienestar materno	El compromiso paterno se asocia a menor ansiedad materna, dolor percibido y mayor satisfacción en el momento del parto. También se relaciona con el bienestar materno a los 3 meses del nacimiento
Guarino y cols. (2013)	Correlacional	N=94 en el primer trimestre de embarazo	Nivel de información sobre el embarazo, apoyo social y calidad de vida	El apoyo social predice mejor salud y calidad de vida en la embarazada. El nivel de info. influye indirectamente
Roncallo y cols. (2015)	Revisión bibliográfica		Vínculo materno-fetal: definición, construcción y evaluación	El vínculo materno-fetal actúa como factor protector del vínculo en el período post-parto y como potenciador de prácticas de parentalidad positiva
Malm y cols. (2016)	No experimental: encuesta prospectiva basada en población	N= 456.456 mujeres embarazadas de 34-42 semanas con bajo riesgo médico	Movimientos fetales y vínculo materno-fetal	La frecuencia de los movimientos fetales está positivamente asociada con la creación del vínculo materno-fetal

Resultados

Tras el análisis de los estudios incluidos, se decide presentar los resultados en dos grupos diferenciados para la identificación de factores que perjudican la gestación y de factores que modulan o mejoran el proceso de embarazo. El primero está conformado por factores de riesgo y el segundo por factores de protección, ambos de índole psicosocial y presentes en etapas prenatales y perinatales. Cada uno de estos dos grupos se estructura en distintas categorías con la intención de presentar las aportaciones de los/as expertos/as en la materia enmarcadas bajo características comunes, ya sea por similitudes en los hallazgos encontrados o por la alusión a variables de semejante naturaleza.

Factores de riesgo psicosociales asociados a prematuridad, bajo peso al nacer y PEG

La presencia de distintas variables que cursan durante el proceso de gestación han sido descritas como factores de riesgo asociados a la condición de prematuridad, bajo peso al nacer y/o recién nacidos/as PEG. La descripción de las mismas se presenta bajo diferentes categorías según su contenido, pudiendo estar relacionado con: el estatus sociocultural y económico, el estrés y ansiedad materna, la ausencia o insuficiencia de redes de apoyo, las conductas de riesgo de la embarazada o las alteraciones clínicas y no clínicas del funcionamiento psicológico de la gestante. Cada una de ellas está constituida a partir de los estudios incluidos en la tabla resumen (Tabla 1) que aportan resultados significativos en la relación entre dichos factores de riesgo y prematuridad, bajo peso al nacer y/o PEG.

Estatus sociocultural y económico

Los grupos étnicos minoritarios, la cultura y el bajo estatus socioeconómico han sido tradicionalmente estudiados en relación a los resultados del nacimiento, dando a conocer la existente asociación entre estas variables y mayores tasas de mortalidad y morbilidad, embarazos más cortos y pesos significativamente menores del bebé en el nacimiento (Dunkel-Schetter, Rini, Wadhwa y Sandman, 1999). En la línea de estos hallazgos, algunos autores señalan el bajo nivel socioeconómico, junto con el racismo, la violencia y la vulnerabilidad psicológica, como predictores de partos pretérminos (Facchinetti y Ottolini 2004, citado en Guarino, Secremín y Borrás, 2013). Un estudio longitudinal realizado por Feldman, Dunkel-Schetter, Curt, Sandman y Wadhwa (2000) halló diferencias entre mujeres de distintos grupos socioculturales: las de más años de educación tenían mejores resultados en el embarazo que las que contaban con una formación más reducida, corriendo este último grupo mayor riesgo de tener bebés con bajo peso al nacer. Otros trabajos se centraron en las discrepancias educativas, económicas y étnicas, encontrando diferencias significativas en el peso al nacer en los ambientes más deprimidos (Dunkel-Schetter y cols., 1999; Lobel, DeVicent, Meyer y Kaminer, 2000; Luecken, Purdom y Howe, 2009).

Estrés y ansiedad materna

El estudio del estrés y la ansiedad materna y su asociación con complicaciones en el nacimiento ha sido llevado a cabo con diferentes tipos o grados de estrés. La mayoría de los trabajos consultados se han centrado en el estudio del estrés materno prenatal, estrés psicosocial y estrés-ansiedad durante el embarazo.

En lo que al estrés materno prenatal respecta, éste actúa como una importante variable que contribuye a resultados adversos en el parto. Lobel y cols. (2000) demuestran que las madres expuestas a estrés crónico durante el periodo prenatal dan a luz a bebés significativamente antes y con menor peso al nacer. En la misma línea de resultados, Ghosh, Wilhelm, Dunkel-Schetter, Lombardi y Ritz (2010) señalan la asociación entre estrés materno, partos prematuros y comportamientos de riesgo de la embarazada. El mismo estudio advierte que las madres que perciben como altamente estresantes eventos ocurridos entre las semanas 16-30 de la gestación, tienen un mayor riesgo de parto prematuro.

Otro concepto más genérico estudiado es el estrés psicosocial, considerado un constructo validado que incluye ansiedad, síntomas depresivos, ansiedad relacionada con el embarazo, estrés prenatal y estrés laboral. Un estudio llevado a cabo por Loomans, Dijk, Vrijkotte, Eijdsen, Stronks, Gemke y Bergh en 2012 indicó que las mujeres con altos niveles de estrés laboral, combinados con la presencia de otros factores de riesgo psicosociales -como síntomas depresivos o altos niveles de ansiedad-, sufrían un incremento del riesgo de resultados adversos en el nacimiento.

La ansiedad durante el embarazo ha sido definida por autores como Wadhwa (1993) o Rini (1999) como las preocupaciones que la madre tiene acerca del embarazo, la salud del bebé o la dificultad del parto (Orr, Reiter, Blazer y James, 2007). Ésta ha sido relacionada con el aumento de la probabilidad de resultados desfavorables en el nacimiento (Orr y cols., 2007).

Ausencia o insuficiencia de redes de apoyo durante el embarazo

El apoyo social durante el embarazo ha resultado ser un importante factor predictivo de los resultados del nacimiento (Feldman y cols., 2000; Neggers, Goldenberg, Cliver y Hauth, 2006). La ausencia o insuficiencia del mismo ha sido relacionado con consecuencias negativas, como el riesgo de tener un bebé PEG. (Feldman y cols., 2000). Así mismo, Neggers y cols. (2006) apuntan a la relación entre un bajo o pobre estatus psicosocial y un mayor riesgo significativo de bajo peso al nacer y parto prematuro en comparación con otro grupo de embarazadas con mayor o mejores redes de apoyo.

Conductas de riesgo de la embarazada

La condición de prematuridad y el bajo peso al nacer son producto del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas por parte de la gestante (Lobel y cols., 2000). Así, los/as hijos/as de las mujeres fumadoras pesan al nacer entre 200-300 gramos menos que los/as descendientes de mujeres no fumadoras (Bakketeig, Jacobsen y Hoffman, 1993, citado en Álvarez, Urra y Aliño, 2001). De esta forma, el consumo de tabaco durante el embarazo incrementa el riesgo de presentar alteraciones de la inmunología fetal, muerte súbita del lactante, alteraciones del comportamiento durante la infancia, problemas de aprendizaje, entre otros (Martínez-Frías, Rodríguez-Pinilla, Bermejo y Grupo EMMC, 2005). En lo que al consumo de alcohol respecta, éste es responsable del 85% de los casos de restricción del crecimiento prenatal y posnatal (Álvarez y cols., 2001).

Otro tipo de conductas de la embarazada determinadas como factores de riesgo asociados a resultados adversos en el parto son las relacionadas con la exposición a factores nocivos medioambientales. Numerosos estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos y otros países han demostrado asociaciones entre la contaminación del aire y partos prematuros y/o bajo peso al nacer (Zeka, Melly y Schwartz, 2008; Bobak, 2000).

Alteraciones clínicas y no clínicas del funcionamiento psicológico de la embarazada

Es bien conocido el establecimiento de determinados síntomas psiquiátricos maternos -particularmente, trastornos del estado de ánimo y ansiedad- como factores de riesgo para un parto prematuro (Sanchez, Puente, Atencio, Qui, Yanez, Gelaye y Williams, 2013). La literatura señala que estos trastornos del estado de ánimo, concretamente la depresión durante el embarazo, pueden influenciar en el funcionamiento óptimo de la placenta (Li, Liu y Odouli, 2009). Sánchez y cols. (2013) proponen como mecanismo explicativo la interferencia ocasionada por la depresión durante el embarazo en la capacidad inmunológica de la gestante, así como alteraciones en el plasma y en sus funciones hormonales.

Sollid (2004) ha observado en sus estudios un incremento del riesgo del bajo peso al nacer en mujeres con trastornos alimenticios previos al embarazo, de la misma forma que otros autores han demostrado un incremento del riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer entre mujeres con síntomas depresivos (Steer, 1992 citado en Neggers y cols., 2006).

Factores de protección asociados a la promoción de la Salud y a la Calidad de Vida

La revisión de variables de naturaleza psicosocial que han sido señaladas por los estudios incluidos como factores de protección asociados a la promoción de la salud y la calidad de vida de la embarazada, ha dado lugar a la elaboración de distintas categorías que asocian la presencia de el apoyo social, el compromiso y apoyo paterno, los rasgos de personalidad adaptativos y los recursos personales de la embarazada y el establecimiento del vínculo materno-fetal a la protección de la salud y a la promoción de la calidad de vida de la madre gestante. Del mismo modo que en los factores de riesgo, las categorías correspondientes a los factores de protección se han conformado a partir de los estudios incluidos en la tabla resumen (Tabla 1), los cuales muestran relaciones entre los factores de protección asociados a la promoción de la salud y de la calidad de vida de la embarazada y prematuridad, bajo peso y/o PEG.

Apoyo social

El apoyo social prenatal influye en los procesos etiológicos relacionados con el crecimiento fetal mediante el fomento de comportamientos saludables y la promoción de la salud en mujeres embarazadas (Feldman y cols., 2000). La provisión de apoyo social se asocia con mejores resultados en el nacimiento, menores tasas de depresión postparto (Luecken y cols., 2009) y fortalecimiento de la salud materna y del/a recién nacido/a (Canals, Esparó y Fernández-Ballart, 2002, citado en Guarino y cols., 2013). La cantidad y calidad del mismo se relaciona con mejores puntuaciones en APGAR, menos problemas durante el parto y un mayor peso al nacer del/a bebé (Feldman y cols., 2000). Este constructo es definido por Lin, Dean y Ensel (1986) como provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, aportadas por la comunidad -apoyo social formal-, redes sociales, amigos/as íntimos y familia -apoyo social informal- (Barrón y Sánchez, 2001).

Diferentes tipos de apoyo social han sido recogidos como factores de protección durante el embarazo. En lo que respecta al apoyo social formal, se demuestra que el nivel de información aportado por los/as profesionales que asisten a la embarazada durante su gestación se asocia positivamente con el estado de ánimo y las relaciones sociales y laborales de la madre, convirtiéndose en una variable protectora de la calidad de vida y de la salud físico-mental (Guarino y cols., 2013; Feldman y cols., 2000). Además, el nivel de información está positivamente asociado a la satisfacción con la calidad de vida experimentada durante el embarazo, definida ésta como el “esfuerzo para que el proceso de gestación, parto y transición a la maternidad supongan la menor alteración posible en la autonomía de la mujer y entrañe las menores variaciones en sus vidas habituales” (Guarino y cols., 2013 p. 14). Por otra parte, el apoyo social informal es definido como un factor protector para la edad gestacional y el crecimiento fetal (Feldman y cols., 2000).

Compromiso y apoyo paterno

La implicación y el compromiso del padre del/a bebé en el embarazo está asociada a un mejor desarrollo cognitivo y socioafectivo de los/as niños/as (Ramchandani, Domoney, Sethna, Psychogiou, Vlachos y Murrall, 2012, citado en Redshaw y Henderson, 2013). La ausencia del mismo ha sido relacionada con niveles educativos más bajos,

problemas en el desarrollo y de conducta en los/as descendientes (Redshaw y cols., 2013), además de un mayor riesgo de tener un/a bebé PEG en situaciones en las que existe una falta de relación cercana y de confianza entre la embarazada y su pareja (Feldman y cols., 2000). Sin embargo, el efecto positivo derivado de la presencia del compromiso y apoyo paterno es demostrado en el estudio llevado a cabo por Rini, Dunkel-Schetter, Hobel, Glynn y Sandman (2006). Todo ello, junto con la salud materna, es potenciado a los 3 meses del parto si existe permiso de paternidad (Radshaw y cols., 2013).

Rasgos de personalidad adaptativos y recursos personales de la embarazada

El optimismo disposicional, entendido como un rasgo de personalidad de la embarazada que incluye la habilidad de pensar y resolver problemas cotidianos (Seligman, 1991, citado en Lobel y cols., 2000), da lugar a mejores resultados en el nacimiento a través de la mejora del sistema inmunológico y a la promoción del ejercicio físico, cuyo efecto reduce los niveles de la reactividad fisiológica asociada a resultados adversos en el parto (Lobel y cols., 2000). Mujeres menos optimistas durante el embarazo dan a luz a niños/as con pesos significativamente menores en comparación a las mujeres optimistas, quienes experimentan menos ansiedad y tienen menor probabilidad de consumir sustancias durante el embarazo (Lobel y cols., 2000). De igual manera, Luecken y cols., (2009) señalan que el sentido de autoeficacia materna predice una entrada más temprana a los cuidados médicos prenatales y a mejores resultados en el nacimiento (Lobel y cols., 2000; Dunkel-Schetter y cols., 1999)

Vínculo materno-fetal

Muller (1990) define el vínculo materno-fetal como una relación única de la madre hacia el feto independiente de los sentimientos que ésta tiene acerca de sí misma como madre o como mujer embarazada (Roncallo, Sánchez y Arranz, 2015) y se manifiesta en comportamientos de cuidado y compromiso con el/la bebé (Malm, Hildingsson, Rubertsson, Rådestad y Lindgren, 2016). Habilidades cognitivas que permitan a la gestante atribuir rasgos de personalidad y de comportamiento, estrategias emocionales como la empatía materna y la existencia de un apego seguro en la infancia y/o relación satisfactoria actual con los padres son descritos como factores promotores de un desarrollo

positivo del vínculo materno-fetal, el cual es potenciado a partir de la percepción de los movimientos fetales (DiPietro, 2010, citado en Roncallo y cols., 2015; Malm y cols., 2016).

Discusión

El análisis de la información recogida indica que son distintos los factores de riesgo psicosociales los que se asocian a prematuridad, bajo peso al nacer y/o PEG. Entre ellos, destacan los resultados hallados por trabajos centrados en el estudio de la ausencia o insuficiencia de apoyo social en la etapa perinatal, coincidiendo en explicar la influencia de esta variable sobre el bajo peso al nacer a través de una restricción al acceso de recursos sociales o un incremento de otros factores de riesgo de la misma naturaleza. Asimismo, el estudio de los factores relacionados con las conductas de riesgo de la gestante ha dado a conocer, entre otras asociaciones, la relación existente entre la exposición de la embarazada a concentraciones ambientales de monóxido de carbono y nacimientos de bebés con bajo peso. En lo que al funcionamiento psicológico de la madre gestante se refiere, los estudios revisados establecen que cuanto más severos sean los síntomas depresivos prenatales maternos, más alto es el riesgo de tener un bebé prematuro/a.

Por otra parte, el estudio y revisión de factores protectores psicosociales asociados a la calidad de vida y la salud de la embarazada ha dado a conocer el importante papel del apoyo y compromiso paterno durante el embarazo sobre algunas de las consecuencias del estrés crónico sufrido por la embarazada, las tasas de lactancia, la promoción de conductas durante la gestación más saludables, el incremento de niveles de satisfacción con la experiencia del parto, la disminución de los niveles niveles de ansiedad y dolor y mejores resultados en el/la niño/a. Asimismo, el apoyo social durante la gestación supone una fuente protectora para la salud y bienestar materno, el crecimiento fetal, la edad gestacional y el peso del/a bebé al nacer, de la misma forma que la percepción de los movimientos fetales por parte de la embarazada potencia el vínculo materno-fetal, fomentando la parentalidad positiva y la consecución de un bienestar psicológico

saludable. Además, los estudios coinciden en señalar que la presencia de recursos personales de la gestante y de rasgos de personalidad disposicionales funcionales como el optimismo y la autoeficacia se asocian a mejores resultados en el nacimiento.

Tras el adecuado establecimiento de los factores de riesgo psicosociales que la literatura ha abordado durante estas últimas dos décadas, la presente revisión sistemática aporta, por un lado, la elaboración de un marco de referencia que conglo mer a y agrupa las variables de riesgo analizadas en los estudios, y por otro, la respuesta a las demandas por parte de los/as expertos/as en la materia que señalaban la necesidad de investigar aquellos factores de protección asociados al bienestar de la embarazada. Sin embargo, sigue siendo necesario un abordaje más exhaustivo de éstos últimos y especialmente conveniente la realización de metaanálisis que concreten los tamaños del efecto de las relaciones entre factores de riesgo y de protección psicosociales y la prematuridad, el bajo peso al nacer, la interrelación de ambos y la calidad de vida.

Las limitaciones del presente trabajo son el empleo de un bajo número de estudios, que obliga a una interpretación no generalizada de los resultados expuestos, y la utilización de diferentes diseños de investigación en los estudios incluidos, limitando la comparación entre ellos. Los motivos de las mismas aluden a las limitaciones temporales propias de un Trabajo de Fin de Grado.

Las conclusiones derivadas a raíz del conocimiento científico revisado tienen importantes implicaciones prácticas. Se resalta, por un lado, la necesidad de implantar y promover políticas sociales que minimicen los factores de riesgo y protejan a la embarazada y a su pareja. Por otro, la urgencia de reforzar la paternidad como estrategia para fortalecer la maternidad. Por último, es fundamental transformar el papel del padre, tradicionalmente secundario, para conseguir un equilibrio justo entre los cuidados maternos y paternos en las etapas prenatales, perinatales y postnatales.

REFERENCIAS

- Álvarez, R., Urra, L. y Aliño, M. (2001). Repercusión de los factores de riesgo en el bajo peso al nacer. Ministerio de Salud Pública. *Resumed*, 14(3), 117-124
- Ares, S. y Díaz, C. (2014). Seguimiento del recién nacido prematuro y del niño de alto riesgo biológico. *Pediatría Integral*, 18(6), 344-355
- Bellido-González, M., Díaz-López, Á., López-Criado, S. y Maldonado-Lozano, J. (2017). Cognitive functioning and academic achievement in children aged 6–8 years, born at term after intrauterine growth restriction and fetal cerebral redistribution. *Journal of Pediatric psychology*, 42(3), 345-354.
- Bortman, M. (1998). Factores de riesgo de bajo peso al nacer. *Revista Panam Salud Pública*, 3(5), 314-320
- Bhutta, A., Cleves, M., Casey, P., Cradock, M. y Anand, K. (2002). Cognitive behavioral outcomes of school-age children who were preterm. A meta-analysis. *JAMA*, 288(6), 728-737
- Caruso, A. (2013). Nacimiento prematuro e internación en la UCIN: afrontamiento y estrés en padres. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Buenos Aires.
- Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23
- Byrne, J., Ellsworth, C., Bovwering, E. y Vincer, M. (1993). Language development in low birth weight infants: The first two years. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 14, 21-27.

- Bobak, M. (2000). Outdoor air pollution, low birth weight and prematurity. *Environmental Health Perspectives*, 108(2), 173-175
- Dunkel-Schetter, C., Rini, C., Wadhwa, P. y Sandman, C. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: the role of personal resources, stress and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology*, 18(3), 333-345
- Feldman, P., Dunkel-Schetter, C., Sandman, C. y Wadhwa, P. (2000). Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 62, 715-725
- Ghosh, K., Wilhelm, M., Dunkel-Schetter, C., Lombardi, C. y Ritz, B. (2010). Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of chronic stress: a study in Los Angeles County mothers. *Archives Women Mental Health*, 13, 327-338
- Guarino, L., Secremín, F. y Borrás, S. (2013). Nivel de información y apoyo social como predictoras de la salud y calidad de vida durante el embarazo. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 7(1), 13-21
- Hack, M., Breslau, N., Aram, D., Weissman, B., Klein, N. y Borawski-Clark, E. (1992). The effect of very low birth weight and social risk on neurocognitive abilities at school age. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13, 412-420.
- Li, D., Liu, L. y Odouli, R. (2009). Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. *Human Reproduction*, 24(1), 146-453
- Lobel, M., DeVicent, C., Meyer, B. y Kaminer, A. (2000). The impact of prenatal maternal stress and optimistic disposition on birth outcomes in medically high-risk women. *Health Psychology*, 19(6), 544-553

- Loomans, E., Dijk, A., Vrijkotte, T., Eijdsden, M., Stronks, K., Gemke, R. y Bergh, B. (2012). Psychosocial stress during pregnancy is related to adverse birth outcomes: results from a large multi-ethnic community-based birth cohort. *European Journal of Public Health, 23*(3), 485-491
- Luecken, L., Purdom, C. y Howe, R. (2009). Prenatal care initiation in low-income hispanic woman: risk and protective factors. *American Journal of Health Behavior, 33*(3), 264-275
- Malm, M., Hildingsson, I., Rubertsson, C., Rådestad, I. y Lindgren, H. (2016). Prenatal attachment and its association with foetal movement during pregnancy: a population based survey. *Women and Birth, 29*, 482-486
- Martínez-Frías, M., Rodríguez-Pinilla, E., Bermejo, E. y Grupo Periférico del ECEMC. (2005). Consumo de tabaco durante el embarazo en España: análisis por años, comunidades autónomas y características maternas. *Medicina Clínica, 124*(3), 86-92
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M.,...PRISMA-P Group (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews, 4*(1).
- Neggers, Y., Goldenberg, R., Cliver, S. y Hauth, J. (2006). The relationship between psychosocial profile, health practices and pregnancy outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica, 85*, 277-285
- OMS (2017). *Documento normativo sobre el bajo peso al nacer*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf?sequence=1
- OMS (2017). *Nacimientos prematuros*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

- Orr, S., Reiter, J., Blazer, D. y James, S. (2007). Maternal prenatal pregnancy-related anxiety and spontaneous preterm birth in Baltimore, Maryland. *Psychosomatic Medicine*, 69, 566-570
- Pasman, J., Rotteveel, J. y Maassen, B. (1998). Neurodevelopmental profile in low risk preterm infants at 5 years of age. *European Journal of Paediatric Neurology*, 2(1), 7-17
- Redshaw, M. y Henderson, J. (2013). Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(70)
- Rini, C., Dunkel-Schetter, C., Hobel, C., Glynn, L. y Sandman, C. (2006). Effective social support: antecedents and consequences of partner support during pregnancy. *Personal Relationships*, 13, 207-229
- Risnes, R., Vatten, J., Baker, L., Jameson, K., Sovio, U., Kajantie, E., ... y Sundh, V. (2011). Birthweight and mortality in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *International journal of epidemiology*, 40(3), 647-661.
- Ritz, B. y Yu, F. (1999). The effect of ambient carbon monoxide on low birth weight among children born in Southern California between 1989 and 1993. *Environmental Health Perspectives*, 107, 17-25
- Rodríguez, S., de Ribera, C. y García, P. (2008). *El recién nacido prematuro*. Asociación Española de Pediatría [libro electrónico]. España
- Roncallo, C., Sánchez, M. y Arranz, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de Psicología*, 8(2), 14-23

Sanchez, S., Puente, C., Atencio, G., Qiu, C., Yanez, D., Gelaye, B. y Williams, M. (2013). Risk of spontaneous preterm birth in relation to maternal depressive, anxiety and stress symptoms. *J Reprod Med*, 58(0), 25-33

Zeka, A., Melly, S. y Schwartz, J. (2008). The effects of socioeconomic status and indices of physical environment on reduced birth weight and preterm births in Eastern Massachusetts. *Environmental Health*, 7(60)