



UAP | **UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS
**CALIDAD DE RELACIÓN DE PAREJA E HIPERÉMESIS
GRAVÍDICA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL II ABANCAY DE ESSALUD DE ABRIL A JUNIO
DE 2018**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:
DIANA NÉLADI NAVEDO CALDERÓN**

**ASESOR:
DR. ESP. SOSIMO TELLO HURANCCA**

ABANCAY, PERÚ - 2018

DEDICATORIA

Al todopoderoso que me dio el don de la tolerancia para concretar lo trazado, a mi hija, que creyó en mí, por ser esa personita capaz de lograr que yo siga de pie para concretar mis ideales, motivándome con cada palabra alentadora y a la vez tan atinada, a mis padres pilares fundamentales de mi vida, sin ellos nada, a mis confidentes, mis hermanos que siempre estuvieron muy positivos en este largo tramo que hoy lo concluyo satisfactoriamente.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Alas Peruanas Filial Abancay, especialmente a la ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA por permitir lograr dar un paso más a mi vida profesional, a los asesores de dicha casa universitaria por su tiempo y paciencia.

A mis docentes por sus conocimientos compartidos ya que ellos me impulsaron a seguir en este camino que ahora lo veo realizado.

,Al personal de EsSalud Abancay por toda las facilidades que me dieron; y a todas aquellas personas sinceras que me motivaron con cada palabra y gesto alentador.

A mi familia que en todo momento me brindó su apoyo incondicional.

RESUMEN

La presente investigación fue planteada con el **objetivo:** Determinar la asociación entre la calidad de la relación de pareja y la hiperémesis gravídica en las gestantes atendidas en el hospital II Abancay de EsSalud, durante los meses de abril a junio de 2018. **Material y métodos:** Estudio no experimental cuantitativa, con diseño de tipo transversal y nivel correlacional-causal prospectiva, utilizando como técnica para la recolección de la información, la entrevista directa y siendo el instrumento mediante la encuesta a través de una ficha de recolección de datos así como la verificación de los mismos en la historia clínica de la gestante, en el área de Obstetricia y Ginecología muestra que se determinó de forma no probabilística aplicado a 60 gestantes que cumplieron con los criterios de selección para dicho estudio. **Resultados:** Se observó que el 90% de las gestantes tienen Hiperémesis Gravídica en exceso, el 10% de las gestantes no tiene mucho exceso en Hiperémesis Gravídica. Se observa que las gestantes a veces tienen un 13,33 % de Satisfacción. y a veces tienen un consenso de 48% y ocasionalmente tienen un Consenso de 38,33% tienen Expresión afectiva el 48,33% y a veces tienen Expresión afectiva y el 13,33% ocasionalmente tienen Expresión afectiva. El 11,67% casi siempre tienen Cohesión, el 85,00% a veces tienen Cohesión y el 3,33% ocasionalmente tienen Cohesión. **Conclusiones:** En esta tesis se determinó la asociación entre la calidad de relación de pareja e hiperémesis gravídica en gestantes, por tanto se demuestra que no existe relación de manera significativa entre las variables.

Palabras Claves: Hiperémesis gravídica, calidad de relación de pareja

ABSTRACT

The present investigation was set up with the **objective:** To determine the association between the quality of the couple relationship and the hyperemesis gravidarum in the pregnant women attended in the hospital II Abancay de EsSalud, during the months of April to June 2018. **Material and methods:** Non-experimental quantitative study, with cross-section design and prospective correlational-causal level, using as a technique for the collection of information, the direct interview and being the instrument through the survey through a data collection card as well as the verification of the same in the clinical history of the pregnant woman, in the area of Obstetrics and Gynecology shows that it was determined in a non-probabilistic way applied to 60 pregnant women who met the selection criteria for this study. **Results:** It was observed that 90% of the pregnant women have excessive Hyperémesis Gravidica, 10% of the pregnant women do not have much excess in Hyperémesis Gravidica. It is observed that pregnant women sometimes have a 13.33% Satisfaction. and sometimes have a consensus of 48% and occasionally have a Consensus of 38.33% have Affective Expression 48.33% and sometimes have Affective Expression and 13.33% occasionally have Affective Expression. 11.67% almost always have Cohesion, 85.00% sometimes have Cohesion and 3.33% occasionally have Cohesion. **Conclusions:** In this thesis the association between the quality of relationship of couple and hyperemesis gravidarum in pregnant women was determined, therefore it is demonstrated that there is no significant relationship between the variables.

Key Words: Gravidic hypersemesis, relationship quality

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	14
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.2.1 Delimitación Temporal:	15
1.2.2 Delimitación Geográfica:	16
1.2.3 Delimitación Social:.....	16
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	16
1.3.1 Problema General	16
1.3.2 Problemas específicos	16
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	17
1.4.1 Objetivo General	17
1.4.2 Objetivos Específicos.....	17
1.5 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.5.1 Hipótesis General	17
1.5.2 Hipótesis Especifica	17
1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
CAPÍTULO II	20
MARCO TEÓRICO.....	20

2.1	ANTECEDENTES INTERNACIONALES	20
2.2	ANTECEDENTES NACIONALES.....	22
2.3	BASES TEÓRICAS.....	24
2.3.1	Hiperémesis gravídica	24
2.3.1.1	Definición	24
2.3.1.2	Epidemiología.....	24
2.3.1.3	Cambios psicológicos durante el embarazo	26
2.3.1.4	Trastornos psicopatológicos relacionados al proceso grávido - puerperal.....	28
2.3.1.5	Factores sociales relacionados a la hiperémesis gravídica.....	29
2.3.1.6	Etiopatogenia	29
2.3.1.7	Manifestaciones clínicas y diagnósticas	33
2.3.1.8	Complicaciones	34
2.3.1.9	Intervención.....	36
2.3.2	Calidad de Relación de Pareja (48)	39
2.3.2.1	Calidad de relación de pareja: indicadores de resultado.....	39
2.3.2.2	Calidad de relación de pareja: indicadores de proceso.....	40
2.3.2.3	Componentes de la calidad de la relación de pareja.....	45
2.4	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	67
CAPÍTULO III		70
METODOLOGÍA		70
3.1	TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	70
3.1.1	Descripción del ámbito de la investigación	70
3.2	DISEÑO MUESTRAL.....	71
3.2.1	Población	71
3.2.2	Muestra.....	71
3.2.2.1	Criterios de selección	71
3.3	CARACTERIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACION	71
3.3.1	Variable dependiente	71
3.3.2	Variable independiente	72
3.3.2.1	Variables intervinientes (sociodemográficas).....	72

3.4	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	73
3.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.....	74
3.5.1	Técnicas	74
3.5.2	Instrumentos	74
3.5.2.1	escala de ajuste diádico (ead, spanier, 1976) - anexo	74
3.5.2.2	Ficha de recolección de datos.....	75
3.6	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	76
3.7	TÉCNICAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS EN EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	76
CAPITULO IV.....		77
RESULTADOS.....		77
4.1	RESULTADOS DESCRIPTIVOS.....	78
4.2	RESULTADOS CORRELACIONALES	87
DISCUSIONES		93
CONCLUSIONES.....		96
RECOMENDACIONES		97
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....		98
ANEXOS		103

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Estado civil en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.	78
Tabla 2.- Situación Laboral en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.	79
Tabla 3.- Grado de Instrucción en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.	80
Tabla 4.- Edad Gestacional según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018. ...	81
Tabla 5.- Hiperémesis Gravídica según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.	82
Tabla 6.- Consenso según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.	83
Tabla 7.- Satisfacción según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018. ...	84
Tabla 8.- Expresión Afectiva según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018. ...	85
Tabla 9.- Cohesión según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.	86
Tabla 10.- Hiperémesis Gravídica y la Calidad de relación de Pareja según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.	87
Tabla 11.- Prueba de Hipótesis Rho de Spearman Hiperémesis Gravídica y la Calidad de relación de Pareja según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.	89
Tabla 12.- Escala de ajuste Diádico y Calidad de relación de pareja según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.	90
Tabla 13.- Prueba de Hipótesis Hiperémesis Rho de Spearman Escala de ajuste Diádico y Calidad de relación de pareja de según Ecografía del primer	

trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de
abril a junio de 2018 91

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.- Estado civil en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.	78
Gráfico 2.- Situación Laboral en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.	79
Gráfico 3.- Grado de Instrucción en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.	80
Gráfico 4.- Edad Gestacional según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018. ...	81
Gráfico 5.- Hiperémesis Gravídica según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.	82
Gráfico 6.- Consenso según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018. ...	83
Gráfico 7.- Satisfacción según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018. ...	84
Gráfico 8.- Expresión Afectiva según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018. ...	85
Gráfico 9.- Cohesión según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.	86
Gráfico 10.- Hiperémesis Gravídica y la Calidad de relación de Pareja según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.	88
Gráfico 11.- Escala de ajuste Diádico y Calidad de relación de pareja según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.	90

INTRODUCCIÓN

Al enterarnos que vamos a ser madres nos conlleva a diversos sucesos que en la etapa de la gestación lo experimentamos como son signos y síntomas propios y comunes dentro de ellos los vómitos y náuseas que se inicia a las cuatro semanas y se extienden hasta las 12 y 15 semanas de gestación, que se traducen hasta el 5% de pérdida de peso corporal, deshidratación y alteración hidroelectrolítica, en algunos casos esto suele llegar hasta al final del embarazo, generando pérdida extrema de peso y posiblemente un estado de desnutrición, generando en muchos casos la hospitalización de la gestante. A pesar de ser una complicación frecuente en el inicio del embarazo, aun no se ha podido determinar cuál es la etiología ya que esta es multifactorial, aunque se cree que es producida por el incremento de la hormona gonadotropina coriónica humana y del estradiol, factores inmunológicos y psicosociales más que todo relacionado a los embarazos no planificados. De acuerdo a las estadísticas es la principal causa de ausentismo laboral en un 70-85% (1), referente a la relación de pareja algunos modelos otorgan un papel central al contexto en el que dicha relación ha revelado que cuando los miembros de la pareja tienen que afrontar circunstancias de dificultad, los elementos estresantes del ambiente acaban repercutiendo negativamente sobre la calidad de la relación. Así, las evidencias empíricas sugieren que el estrés psicosocial es una amenaza para la satisfacción y la estabilidad conyugal. (2) Desde la psicología evolutiva se considera que la relación de pareja constituye una de las experiencias más significativas de la adultez y uno de los principales roles psicosociales que definen y determinan esta etapa, desempeñando importantes funciones para el bienestar adulto. (3) Asimismo, existe una estrecha relación entre la dinámica de las relaciones conyugales y el bienestar psicológico de los miembros de la pareja, la calidad del desempeño parental y el

bienestar familiar en general. (4) Sin embargo el Perú no es la excepción, según el Instituto nacional de estadística e informática INEI (2011), en el censo sobre nacimientos, defunciones, matrimonios y divorcios en todo el Perú cada día se inscriben 262 matrimonios y 37 divorcios. (5)

Asimismo, “las razones de esta gran diferencia entre el crecimiento de los divorcios y matrimonios los resultados en una encuesta hecha por la Universidad de Lima ,revela que entre los principales problemas que las parejas identifican están, en primer lugar, la falta de comunicación (35%), seguida de los problemas económicos (24%) y la desconfianza (12%) ”. (6) Por lo que debemos darle mucha importancia a la mujer en esta etapa de la gestación donde el binomio madre- hijo no se vea afectado en la parte emocional que posteriormente conlleve a cuadros extremos de hiperémesis gravídica esto por falta de entendimiento de la relación de pareja.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La hiperémesis gravídica es una entidad patológica muy estudiada, sin embargo, su etiología no es muy clara, por ello se les denomina “enfermedad de las teorías”. (1)

La incidencia a nivel mundial es de 1 a 3 por 100 embarazos y el 50% de las mujeres embarazadas presentan reducción de su rendimiento laboral. US\$ 130 millones de costo anual en USA (solo hospitalización, no considerando honorarios). (2)

La incidencia de hiperémesis gravídica en nuestro país, se informa acerca del 0,2 al 5 por 1000 embarazos, 0,3% para el Hospital San Bartolomé y 0,7 para el Hospital Cayetano Heredia. (3) La hiperémesis gravídica representa el 2.7% de las complicaciones del primer trimestre de gestación (4), y el 1% como causa de muerte materna de origen obstétrico para el Perú. (5)

En la región Apurímac no existen estudios poblacionales en las cuales se podría encontrar la incidencia de la hiperémesis gravídica, según el ASIS Hospital

Regional Guillermo Días de la Vega – Abancay 2012, se registraron 22 egresos por hiperémesis gravídica leve. (6)

Actualmente no se ha logrado obtener evidencias definitivas acerca de la etiología de esta patología. Se conoce que estas gestantes afectadas por la hiperémesis gravídica no presentan patologías estructurales del aparato digestivo, por lo cual se ha propuesto muchas teorías tales como: psicógenas, alteración de la motilidad intestinal, niveles altos de gonadotropina coriónica humana, estrógenos, hipertiroidismo, presencia de helicobacter pylori, y otras más controversiales. (7) Aguilar estudió los aspectos psicosociales de la hiperémesis gravídica encontrando los siguientes factores psicosociales relacionados: rechazo al embarazo o embarazo no deseado, problemas de relación con la madre debido al embarazo, problemas con su pareja, carencia de información acerca del embarazo y personalidad histérica. (8)

En este sentido, se considera de gran importancia ahondar en el factor psicosocial problemas con su pareja, determinando la calidad de relación de pareja en asociación a la hiperémesis gravídica, considerando una problemática frecuente en nuestra región y el país en general.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Delimitación Temporal:

De abril a junio de 2018.

1.2.2 Delimitación Geográfica:

El ámbito geográfico de la presente investigación son las instalaciones del Hospital II Abancay de EsSalud, ubicado en la provincia de Abancay, región Apurímac.

1.2.3 Delimitación Social:

Se considera a las gestantes aseguradas a EsSalud, que ingresen por atención al nosocomio durante los meses de investigación.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 Problema General

- ¿Existe asociación entre la calidad de la relación de pareja y la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el hospital II Abancay de EsSalud, durante los meses de abril a junio de 2018?

1.3.2 Problemas específicos

- ¿Cómo es la calidad de relación de pareja de las gestantes atendidas en el hospital II Abancay de EsSalud, durante los meses de abril a junio de 2018?
- ¿Cuántas gestantes atendidas en el hospital II Abancay de EsSalud presentan el diagnóstico de hiperémesis gravídica durante los meses de abril a junio de 2018?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1 Objetivo General

- Determinar la asociación entre la calidad de la relación de pareja y la hiperémesis gravídica en las gestantes atendidas en el hospital II Abancay de EsSalud, durante los meses de abril a junio de 2018.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar la calidad de relación de pareja de las gestantes atendidas en el hospital II Abancay de EsSalud, durante los meses de abril a junio de 2018.
- Identificar el número de gestantes atendidas en el hospital II Abancay de EsSalud, que presentaron el diagnóstico de hiperémesis gravídica durante los meses de abril a junio de 2018.

1.5 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis General

- La calidad de relación de pareja se relaciona significativamente con la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital II Abancay de EsSalud, durante los meses de abril a junio de 2018.

1.5.2 Hipótesis Especifica

- La calidad de relación de pareja se relaciona con la expresión afectiva en gestantes atendidas en el Hospital II Abancay de EsSalud, durante los meses de abril a junio de 2018.

1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La hiperémesis gravídica es uno de los puntos oscuros entre la Gineco – obstetricia y el área de la salud mental, ya que dentro de la definición que hace Aguilar, se refiere que para ser considerada como tal, se deben excluir una serie de padecimientos que por sí solos pueden ser causantes de la emesis, sin embargo a lo largo de varias investigaciones se ha observado que el fondo de esta puede ser de tipo emocional, si bien puede ser relacionado de acuerdo a algunos teóricos, desde rechazo inconsciente del embarazo, hasta problemas de relación con la madre o identificación con el papel femenino. (8)

Actualmente no se ha logrado tener evidencia definitiva acerca de la etiología de esta patología. Se conoce que estas gestantes afectadas por la hiperémesis gravídica no presentan patologías estructurales del aparato digestivo, por lo cual se ha propuesto muchas teorías, tales como: sicógenas, alteración de la motilidad intestinal, niveles altos de gonadotropina coriónica humana, estrógenos, hipertiroidismo, presencia de *Helicobacter pylori*, y otras más controversiales. (7)

Los factores de riesgo de la hiperémesis gravídica son frecuentemente estudiados, en nuestro medio se puede encontrar un estudio al respecto, sin embargo, los factores psicosociales en particular no se han estudiado en nuestra región, tampoco en el país en general, por lo que tenemos pocos datos sobre estos factores.

Por todo lo expuesto, pretendemos determinar si existe o no asociación significativa entre la calidad de relación de pareja y la hiperémesis gravídica en las gestantes atendidas en el hospital II Abancay de EsSalud, durante los meses de abril a junio del 2018. Este estudio nos permitirá un mayor conocimiento sobre

el comportamiento de la hiperémesis gravídica para así realizar un mejor abordaje que nos permita brindar un adecuado tratamiento, así como también nos servirá de base para realizar futuros estudios prospectivos respecto al tema.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En un artículo que publicaron que lleva fue titulado: Náuseas y vómitos al principio del embarazo / hiperémesis gravídica. Estado actual de los factores psicosomáticos. Basado en la recopilación de información actualizada sobre el tema, presentando como factores predisponentes de hiperémesis gravídica (HG) al estrés, información inadecuada sobre el embarazo o el parto y problemas en la relación matrimonial. Los sentimientos de ambivalencia hacia el embarazo, una percepción distorsionada de la realidad, el rechazo inconsciente de un niño deseado y la preocupación sobre una relación entre la nutrición del feto y el HG tienen influencia en el desarrollo del HG. Se explica el papel del contexto social, especialmente la madre, de las expectativas de los vómitos y de la ganancia secundaria en la génesis y la evaluación de HG. Los enfoques terapéuticos junto a las terapias somáticas conocidas son la acupuntura, la estimulación eléctrica de N. vestibularis y diferentes métodos de psicoterapia, que pueden incluir al compañero u otras personas del contexto

social. En algunos casos, una terapia intensificada bajo condiciones hospitalarias puede mejorar los resultados terapéuticos. Concluyendo que cuando se tienen en cuenta los factores psicosociales en la búsqueda de una causa y el tratamiento de los resultados del tratamiento HG son más exitosos y persisten durante un tiempo más prolongado. (9)

En un estudio retrospectivo sobre la ansiedad y depresión como factores psicológicos asociados en la hiperémesis gravídica, con el objetivo de establecer si estas dos patologías psiquiátricas están asociadas a la hiperémesis gravídica, encontrando diferencias altamente significativas entre las gestantes con hiperémesis gravídica y las gestantes sin hiperémesis gravídica en la escala de ansiedad y depresión, lo que denota que esta característica constituye un factor psicológico asociado para mencionada enfermedad. En cuanto a las características sociales el estado civil y la planificación del embarazo se halló diferencias altamente significativas en los valores promedio de los casos y los controles, lo cual nos indica que la inestabilidad de pareja y el embarazo inesperado son características de alto riesgo para padecer de hiperémesis gravídica. (10)

Así mismo, en un artículo titulado: Depresión prenatal en mujeres hospitalizadas por riesgo obstétrico. El objetivo de este estudio fue evaluar los síntomas depresivos y los factores de riesgo conocidos para la depresión en un grupo de mujeres hospitalizado con riesgo obstétrico severo. En la unidad prenatal, 129 pacientes completaron la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), la Escala de ajuste diádico (DAS) y la Escala de apego prenatal materno (MAAS) desde octubre de 2005 hasta diciembre de 2006. En los resultados, 57 de las 129 mujeres (44.2%) obtuvieron 11 o más en la EPDS, y al menos 25/129

(19%) cumplieron con los criterios del DSM-IV para Trastorno Depresivo Mayor (MDD). Las madres informando el alto apego al feto en el MAAS informó una menor gravedad de los síntomas depresivos ($\rho = -0,33$, $p < 0,001$); los que informaron insatisfacción de la relación interpersonal en el DAS endosado mayor gravedad depresiva ($\rho = -0.21$, $p = 0.02$). (11)

En una tesis doctoral que se llevó a cabo se estudió Siendo los objetivos planteados: (1) Describir los niveles de ansiedad encontrados en las parejas participantes. (2) Conocer el grado de satisfacción con la pareja en esta época de sus vidas. (3) Comparar la vinculación afectiva prenatal de los padres y madres tempranos. (4) Recoger las ideas que hombres y mujeres, de nuestro estudio, tienen tanto del nonato como del recién nacido. (5) Analizar las condiciones de las madres en el postparto y de los neonatos en relación con las variables expuestas. La muestra estuvo conformada por 30 parejas la cual fueron escogidas mediante criterios de inclusión y exclusión, y se les aplicó diversos cuestionarios. Los niveles de ansiedad severa fueron detectados en el 13.3% de las madres tempranas en la respuesta motora y un nivel moderado de ansiedad fisiológica encontrado tanto en hombres como en mujeres, teniendo en cuenta como posibles indicadores la frecuencia de vómitos y náuseas. (18)

2.2 ANTECEDENTES NACIONALES.

EN un estudio transversal realizado a 92 gestantes con diagnóstico de hiperémesis gravídica, obteniendo como resultado: que el 87% se encontraban entre las edades de 18 a 34 años, el 39% eran según digestas, el 5% solo presentaron síntomas leves, el 71% eran convivientes, el 43% tenían un grado de instrucción superior universitario, el 49% tenían un nivel socioeconómico baja

superior, según la ocupación el 64% eran profesionales, el 25% de las gestantes presentaron algún tipo de problema con su pareja debido al embarazo, el 38% de las gestantes presentaron sintomatología ansiosa, solo un 9% de las gestantes presentaron sintomatología depresiva, se encontró asociación significativa entre las gestantes que presentaron sintomatología ansiosa y depresiva con el grado de severidad de la hiperémesis gravídica. (12)

En un estudio retrospectivo y descriptivo en base a la población de gestantes atendidas entre los años 2014 y 2016 en el Hospital San Juan de Dios de Pisco Perú. El objetivo fue determinar la prevalencia y aspectos epidemiológicos de la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2014 al 2016. La prevalencia de hiperémesis gravídica en el hospital San Juan de Dios de Pisco es de 2.1%. La frecuencia de hiperémesis gravídica según edad corresponde el 43.8% son menores de 20 años y el 56.2% son de 20 a más años de edad. La frecuencia de malas relaciones con su pareja es de 56.2% y los que presentan buenas relaciones con su pareja es de 43.8%. La frecuencia de recién nacidos masculinos fue de 59.4% y los que presentaron hijos femeninos son el 40.6%. La frecuencia de gestantes que proceden de zonas rurales es de 46.9% y el 53.1% proceden de zonas urbanas. La frecuencia de gestantes con grado de instrucción primaria fue de 28.1%, el 43.8% presentaron grado de instrucción secundaria y el 28.1% presentaron grado de instrucción superior. (20)

2.3 BASES TEÓRICAS

2.3.1 Hiperémesis gravídica

2.3.1.1 Definición

Consiste en la presencia de náuseas y vómitos persistentes y repetitivos, sin causa orgánica, y duran más allá del primer trimestre del embarazo, que se traducen hasta el 5% de pérdida del peso corporal, deshidratación y alteración hidroelectrolítica. Los síntomas son persistentes y puede durar toda la gestación. La hiperémesis puede ocasionar complicaciones metabólicas graves para la mujer, consecuencias adversas para el feto y hasta la muerte de ambos. Tiene un impacto negativo en la capacidad de la mujer para desempeñar sus labores diarias o el trabajo. (20)

2.3.1.2 Epidemiología

Las náuseas matutinas y los vómitos normales afectan hasta a 70 - 80% de las embarazadas. En el 70% de los casos la sintomatología aparece entre la cuarta y la séptima semanas tras la última regla, si bien en el 7% se inician antes de la primera falta menstrual. En todas las pacientes esta afección se manifiesta antes de las 9 semanas de amenorrea. En el 30% de las pacientes las náuseas y vómitos se resuelven en la décima semana de gestación, un 30% alrededor de la semana 12 y en otro 30% en la semana 16 y solo un 10% de las gestantes continúa con la sintomatología después de la semana 20. (14)

En un estudio multicéntrico realizado con una muestra de 2.407 gestantes, se observó que las pacientes de mayor edad y de raza negra tienen mayor riesgo de aparición tardía del cuadro. También pudieron observar que las multíparas tienen mayor frecuencia de persistencia del cuadro de náuseas y vómitos después del primer trimestre y esta probabilidad es mayor según se incrementa la paridad. (15)

La hiperémesis gravídica afecta a una de cada 200 gestantes, o sea alrededor de 0.5%. Un promedio generalmente aceptado es de 3 a 5 por 1000. (16) Puede dar lugar a frecuentes hospitalizaciones y una buena proporción de los ingresos es por este trastorno. (17)

La hiperémesis gravídica es la causa más frecuente de hospitalización durante el primer trimestre de la gestación. (18)

Hay una mayor frecuencia si el feto es femenino y en tal caso, los síntomas tienden a ser más graves. (19)

Hay mayor riesgo de hiperémesis cuando hay enfermedades preexistentes: trastornos gastrointestinales, diabetes, asma, enfermedad psiquiátrica, un diagnóstico previo de mola hidatiforme, hipertiroidismo y obesidad. La prevalencia es mayor en mujeres de bajo nivel socioeconómico. Es más frecuente en el primer embarazo y cuando este es gemelar como también cuando el producto tiene una trisomía cromosómica o hidropsfetalis.

Cuando hubo hiperémesis en el primer embarazo hay mayor riesgo de que recurra en el segundo (riesgo de un 15%), sobre todo si el producto es del mismo padre. (20) Entre más tiempo pase entre el primer y segundo embarazo, el riesgo de recurrencia, es más probable.

Se encontró una frecuencia de 0.7% en el periodo de estudio. La mitad de las pacientes (52.4%) fueron nulíparas, 13.5% refirió haber presentado hiperémesis en gestaciones anteriores, la gestación no fue deseada en un 19%, requirió ser reingresada un 12.7%. un 59.5% correspondió a hiperémesis gravídica leve y 40.5% a hiperémesis gravídica con trastornos metabólicos. (28) La mortalidad de la hiperémesis gravídica es muy baja, pero sin embargo es importante mencionarlo. Pacheco (1999) encontró en el país una mortalidad de 1% por causa obstétrica en el Hospital Edgardo Rebagliati. (22) Méndez (1996), encontró una mortalidad general de 0.21% y de causa obstétrica de 0.38%, resultados muy por debajo a las encontradas en nuestro país. (23)

2.3.1.3 Cambios psicológicos durante el embarazo

Durante muchos años se ha asumido que las afectadas por la hiperémesis gravídica presentaban una predisposición al trastorno por su constitución psicológica o por sus circunstancias vitales. Muchas teorías diferentes, basadas principalmente en el psicoanálisis, sostenían que la madre rechazaba al padre de su hijo, tenía sentimientos ambivalentes sobre el embarazo,

rechazaba su propia feminidad, dependía en exceso de su madre o, de lo contrario, lo hacía en un grado insuficiente. (24)

a. Durante el primer trimestre

Ante la noticia, y dependiendo de la situación, se producen sentimientos de felicidad y alegría, junto con la ansiedad de adaptación a la nueva situación. En el inicio de este periodo, hay un estado de incredulidad que ayuda a asimilar gradualmente los cambios. Las gestantes viven un cambio en sus intereses, volcándose hacia "mi embarazo". Ellas inician una búsqueda de modelos que les permitan asumir mejor el rol de madre (habitualmente su propia madre, amigas y otras mujeres).

Las ansiedades propias de este periodo se relacionan con la incertidumbre por la existencia de su embarazo y ante el peligro de perderlo (en las primigestas es frecuente ver que diversos síntomas se interpretan como signo de aborto). (25)

b. Durante el segundo trimestre

Este periodo es coincidente con el inicio de los movimientos fetales. Lo central de esta etapa es la relación entre la madre y su hijo. Ella comienza a tener sensaciones que le permiten identificar a su hijo como un ser con vida propia.

Se produce la familiarización de la madre con el feto, surgiendo fantasías acerca del bebé. Los intereses de la madre se desplazan desde "mi embarazo" a "mi bebe".

Los movimientos del feto son importantes porque dan seguridad y tranquilidad a la madre, al mismo tiempo que marcan su independencia de ella. Las ansiedades propias de este periodo se relacionan con la percepción de los movimientos (especialmente en las primigestas), relativas al hijo (por malformaciones, por la responsabilidad asumida, etc.) y por potenciales daños personales.

c. Durante el tercer trimestre

En este periodo se experimenta una impaciencia por terminar el embarazo y tener su hijo. Esto prepara a la madre para la separación corporal que se producirá después del parto.

Los cambios fisiológicos tales como el aumento de peso, las contracciones y los movimientos fetales, facilitan esta impaciencia.

Todos estos cambios conllevan una normal intensificación de las ansiedades, cuyos contenidos más frecuentes tienen que ver con: sufrir un accidente, morir en el parto o la muerte del niño.

2.3.1.4 Trastornos psicopatológicos relacionados al proceso

grávido - puerperal

Los podemos dividir según si aparecen durante el embarazo o durante el puerperio. Durante el embarazo destacan los cuadros ansiosos y depresivos. La hiperémesis gravídica y el pseudo embarazo son infrecuentes.

En el puerperio se puede observar la disforia del postparto, la depresión del postparto, la psicosis puerperal y la falla en el vínculo madre - hijo. (26)

2.3.1.5 Factores sociales relacionados a la hiperémesis gravídica

Meyer en el 2004 afirmo que los factores sociales relacionados a la gravedad de los síntomas de la hiperémesis gravídica son: clase social, educación, estado civil, ingreso económico. Mientras que Alvarado (1996), en otro estudio, una cohorte de 152 gestantes, provenientes de zonas urbanas y rurales, a las cuales les practicaron una entrevista clínica realizada por un médico - psiquiatra, encontraron una prevalencia de 29% de cuadros depresivos. Al estudiar que variables se encontraban asociadas, descubrieron que las más relevantes eran las de tipo psicosocial. (27)

- Actitud negativa hacia su embarazo (OR =10.0),
- Relación de pareja insatisfactoria (OR = 9.8),
- Antecedente personal de depresión (OR =5.6),
- Actitud negativa de la pareja hacia el embarazo (OR = 3.9),
- No planificación de su embarazo (OR = 2.2).

2.3.1.6 Etiopatogenia

Ni en las náuseas matutinas, ni en la hiperémesis se ha demostrado la presencia de una lesión específica gastrointestinal. Los estudios se centran en 4 áreas:

a. Alteraciones de la motilidad gastrointestinal

El tránsito gastrointestinal y el vaciamiento gástrico son más lentos a medida que avanza el embarazo. Se han documentado anomalías en los ritmos mioeléctricos gástricos en mujeres embarazadas que experimentan náuseas; el incremento de estrógeno y progesterona ha sido implicado como mediador en estas disritmias.

b. Exceso o deficiencia de hormonas que actúan directamente a nivel intestinal o en el SNC

La gonadotropina coriónica humana se ha implicado la etiología de las náuseas y vómitos del embarazo por la estrecha relación temporal existente entre el pico de HCG y la aparición de los vómitos en el embarazo, así como por la mayor incidencia de estos en gestaciones que cursan con incremento de HCG (gestaciones múltiples, mola hidatiforme, feto de sexo femenino). Parece que la HCG que comparte una subunidad alfa común con la TSH, actuaría simulando la actividad de esta, provocando un hipertiroidismo bioquímico con aumento de T4 libre y descenso de TSH. Así mismo, se ha observado que los vómitos son más frecuentes si hay niveles elevados de E2, siendo menor su incidencia en mujeres con descenso del mismo, como es del caso de las fumadoras. También, se ha sugerido la alteración del eje hipófisis - suprarrenales, alteraciones tiroideas, etc. Pero no ha sido probado. Se han demostrado valores de estrógenos más

elevados en mujeres con hiperémesis. (28) Schiff et al. informan que gestantes con enfermedad grave tienen un aumento de 1,5 veces de probabilidad de tener un feto de sexo femenino, lo cual apoya el papel de los estrógenos en su fisiopatología. (29)

La progesterona se ha relacionado con la etiopatogenia de la entidad, debido a su papel en la disminución de la motilidad gástrica, esofágica e intestinal; además de producir una relajación del esfínter esofágico inferior. (30)

c. Gastropatía por Helicobacter Pylori

La cero positividad del Ac para H. pylori es significativamente alta en mujeres con hiperémesis, comparada con controles embarazadas sin vómitos. La infección podría facilitarse por la disminución de la acidez gástrica asociada por el embarazo. Otros estudios señalan que la erradicación de Helicobacter pylori mejora la clínica de la hiperémesis gravídica. (31)

d. Factores psicossomáticos

Se ha sugerido la relación de la hiperémesis con factores psicológicos y sociales por la observación de una importante mejoría en pacientes hospitalizadas que permanecen aisladas.

No se ha demostrado sin embargo una asociación significativa entre los vómitos del embarazo y factores como la actitud de la paciente hacia el propio embarazo,

psicopatología anterior al embarazo, tendencia a síntomas neuróticos, rasgos de personalidad y status marital o socioeconómico. (32)

Aunque actualmente esto ya no es así, se consideraba como un trastorno causado por factores psicológicos, aunque la evidencia para esto siempre fue escasa. Se la asociaba con un "rechazo inconsciente" del bebe. También se pensaba que se debía al temor de la futura madre a hacer frente a las demandas de la maternidad. Sin embargo, hay alguna evidencia de que en las mujeres con hiperémesis hay una mayor prevalencia de dificultad psicosociales, aunque la relación no necesariamente es causal. (33)

La hiperémesis gravídica, es uno de los puntos oscuros entre la Ginecobstetricia y el área de la salud mental, ya que dentro de la definición que hace Aguilar, se refiere que para ser considerada como tal, se deben excluir una serie de padecimientos que por sí solos pueden ser los causantes de la émesis, sin embargo a lo largo de varias investigaciones se ha observado que el fondo de esta puede ser de tipo emocional, si bien puede estar relacionado de acuerdo a algunos teóricos, desde rechazo inconsciente del embarazo, hasta problemas de relación con la madre o identificación con el papel femenino. (34)Desde este punto de vista, una de las posibles

explicaciones al padecimiento se puede dar a través de las conductas neuróticas del tipo de la histeria conversiva.

Alvarado (1996), realizó una revisión bibliográfica acerca de la influencia de diferentes variables sicosociales durante el embarazo como posibles factores de riesgo y/o de protección, con especial referencia a: eventos vitales, apoyo social y distrés emocional. Se plantea que su inclusión en escalas para determinar el riesgo podría mejorar la capacidad de estas para las complicaciones durante el proceso grávido - puerperal, la prematurez y el bajo peso de nacimiento. Su trabajo culmina con la formulación de un modelo bio- psico-social, resaltando la interrelación entre factores biomédicos, psicosociales y del estilo de vida (AU).

(35)

2.3.1.7 Manifestaciones clínicas y diagnósticas

Se denomina hiperémesis gravídica cuando las náuseas y los vómitos son severos. Esto se manifiesta por deshidratación, alteración de los electrolitos, pérdida de peso y cambios metabólicos. En esos casos, la paciente debe ser hospitalizada para su tratamiento, lo que evitara que se progrese a la deshidratación severa, hiponatremia, hipocalcemia y acidosis metabólica. La severidad de los vómitos y el grado de deshidratación pueden ser determinados a través de la disminución de la turgencia de la piel, humedad de las mucosas,

peso materno, así como, por la presencia de cuerpos cetónicos y una gravedad específica de la orina. En algunas oportunidades, estos cuadros pueden ser prolongados o requerir hospitalización a repetición. (36)

La gestante que vomita varias veces al día o tiene náuseas constantes, puede pedir una cita urgente a la clínica obstétrica o acudir a una sala de urgencias. Debe evaluarse si hay deshidratación u otras complicaciones. Hay que descartar la posibilidad de tirotoxicosis. Puede ser tan grave el cuadro que requiera ingreso al hospital. Debe prevenirse que haya desbalance electrolítico (cetonuria) y baja de peso de más de 5%, debido a pérdida de líquidos. (37)

2.3.1.8 Complicaciones

Las más graves y raras son la ruptura del esófago, del bazo, neumotórax y neuropatía periférica debido al déficit de vitaminas B6 y B 12. Otra es la encefalopatía de Wernicke - Korsakoff causada por deficiencia de tiamina. Su triada sintomática clásica es: ataxia, alteración de los movimientos ocular y confusión mental. La encefalopatía causa pérdida de la memoria para eventos recientes y la confabulación consiguiente para ocultar este fenómeno (la paciente inventa recuerdos que no tiene), además de polineuritis (debilidad de los miembros), parálisis de los músculos extra oculares. Para evitar esta encefalopatía se debe administrar tiamina. En un estudio de frecuencia,

diagnóstico y tratamiento de la hiperémesis se encontró como complicación más frecuente a la deshidratación (40.5%), se encontró tres casos de encefalopatía de Wernicke, no registrándose casos de insuficiencia renal ni muerte materna. El 92.1% presento mejoría de los síntomas en menos de cinco días, y 91.3% se fue de alta antes de la semana de hospitalización. (38)

En cuanto al bebe in útero, este puede tener déficit del crecimiento por la pobre nutrición de su madre y bajo peso para la edad gestacional. Puede haber muerte fetal. Dodds et al. Han observado unos riesgos de nacimiento de un niño con peso bajo (riesgo relativo: 2,8) y parto pretérmino (riesgo relativo: 3) más altos en las mujeres con hiperémesis gravídica y un aumento total de peso durante la gestación menor de 7 kg que en las ingresadas por hiperémesis gravídica, que engordaron más de 7kg. (39)

Además, algunos datos señalan que la tasa de mortalidad fetal es mayor en este grupo de pacientes. (40)

Se han descrito algunos casos de deficiencia de vitamina K que dio lugar a coagulopatías o condrodisplasia en el feto. (41)

Una consecuencia emocional es que la hiperémesis puede "arruinar" la experiencia del embarazo y convertirlo en una pesadilla. Un estudio a profundidad con mujeres que tuvieron hiperémesis gravídica mostro que no gozaron del embarazo y no podían pensar en él bebe, sino solo en sus náuseas y continuo malestar. (42) La hiperémesis las hace sentirse realmente "enfermas". Actividades de la vida diaria como subirse a un

automóvil pueden convertirse en un gran problema por desencadenar náuseas. La experiencia puede dejar recuerdos tan desagradables que la mujer no desea volver a embarazarse o tiene gran temor de ello.

2.3.1.9 Intervención

Las estrategias van desde modificaciones dietéticas, intervenciones psicológicas (la sugestión y la hipnosis) hasta las farmacológicas.

Las bebidas con sabor de cítrico se toleran mejor que el agua y pueden servir para enjuagarse la boca después del vómito. Se puede intentar evitar comidas con olor o sabor muy intenso. Se sugiere también lavarse los dientes más tarde en el día.

Las pastillas que contienen hierro pueden exacerbar la náusea y se pueden suspender, tratando mejor de consumir verduras frescas.

Jednak et al. Encontraron que la ingesta de comidas con un contenido de proteínas mayor que de hidratos de carbono y una mayor proporción de alimentos sólidos frente a líquidos se asociaba a una prevalencia más baja de náuseas y a una mejora de los ritmos eléctricos estomacales asociados a estas. Las aversiones a alimentos y la modificación del efecto hedónico de los olores presentan una estrecha relación con la aparición de náuseas, lo que podría obedecer a un mecanismo de aversión-aprendizaje basado en el gusto. (43)

Hay pocos estudios empíricos, sobre la eficacia de la sugestión psicológica, imaginería guiada y la hipnosis. Varios estudios han demostrado la eficacia de la hipnosis médica. (44)Fuchs (1980), en su estudio de psicoterapia hipnótica a pacientes con hiperémesis severa, desde el año 1965 a 1977. Encontró a 183 pacientes a las cuales les practicó hipnoterapia grupal e individual, al grupo de pacientes que recibieron hipnoterapia grupal les fue notablemente mejor que aquellas que recibieron hipnoterapia individual, con la hipnoterapia grupal no fue necesaria la hospitalización, la motivación común de los pacientes consolidó el efecto terapéutico, y esto hizo el tratamiento más fácil y eficaz. (45)

Durante el trance hipnótico se puede sugerir a la paciente, sentir un olor a frescura, a hierbabuena, menta, una flor u otro que ella prefiera, en vez de la sensación de náusea. Al sentir este "olor favorito" disminuyen los síntomas. Otra técnica consiste en ayudar a relajar los músculos del abdomen y la tensión en la garganta. Después de unos dos o tres episodios hipnóticos la mujer puede aprender a "autohipnotizarse" o hacer imágenes visuales guiadas que le ayuden a sentir alivio. En cuanto al tratamiento farmacológico, se puede comenzar con administración de Piridoxina o vitamina B6, así como tiamina. Se puede usar Fenegan (una fenotiacina) que es antiemético. Los medicamentos más usados son la procloropenazina, la prometazina y la clorpomazina, En casos graves el antiemético

puede ser administrado por vía intravenosa al principio. Todos aquellos han demostrado su utilidad con respecto a placebos. No así los antihistamínicos como la meclizina y la difenhidramina. Todos pueden tener un efecto sedante. Koren (2004), en su estudio evaluó la efectividad del tratamiento preventivo para las náuseas y vómitos del embarazo y de la hiperémesis gravídica, en mujeres que tenían antecedentes de haber sufrido una severa hiperémesis gravídica en la gestación anterior, llegando a la conclusión de que el uso de la farmacoterapia preventiva en esas pacientes resultó eficaz en disminuir los síntomas severos en comparación de aquellas pacientes que no la recibieron. (46)

En las mujeres con trastorno grave se puede utilizar metilprenisolona por vía bucal. Sin embargo, se ha sospechado que ésta puede producir labio y paladar hendidos durante el primer trimestre del embarazo. Otros estudios no han encontrado tal asociación. La metoclopramida puede ayudar a acelerar el vaciamiento gástrico. Los antiácidos pueden aliviar el reflujo gastroesofágico inherente al vómito.

Si persiste éste, la paciente puede necesitar ser alimentada por vía parenteral al menos por algunos días. Hasbún (1994), afirma que la hiperémesis gravídica grave es una condición poco frecuente asociado al embarazo sin embargo representa un alto riesgo materno-fetal. En estos casos la nutrición parenteral total (NPT) representa una efectiva forma de tratamiento. (47)

2.3.2 Calidad de Relación de Pareja (48)

2.3.2.1 Calidad de relación de pareja: indicadores de resultado

Términos como calidad, satisfacción, ajuste o estrés (algunos de los más utilizados en la literatura empírica) se han utilizado como intercambiables y equivalentes para designar evaluaciones subjetivas de calidad de relación. Las dimensiones que se han utilizado a la hora de abordar el estudio de la calidad de la relación de pareja se corresponden más con el resultado de una relación de pareja de calidad, como la estabilidad de la relación, la satisfacción conyugal o el éxito de la relación medido en términos de continuidad; resultado más que de proceso, estos indicadores sólo aportan una comprensión parcial sobre el significado de la vida en pareja.

Así, por ejemplo, la estabilidad de una relación de pareja no indica necesariamente calidad de la misma ya que puede no estar fundamentada en una buena relación entre los cónyuges. De hecho, que una pareja mantenga su relación durante mucho tiempo no depende únicamente de que resulte satisfactoria la relación, sino que también se puede deber tanto a las barreras que existan para dejarla (sociales, religiosas o económicas), como de la percepción de alternativas atractivas fuera de la relación. Así, existen parejas estables con una relación muy pobre, e incluso en conflicto continuo que, por diversas circunstancias, no se plantean la ruptura como alternativa viable, bien por motivos económicos, sentimientos de obligación debidos

a las normas sociales, o simplemente por el hecho de no percibir alternativas mejores.

Por otro lado, por razones parecidas debemos distinguir entre calidad de la relación y éxito de la misma. El éxito tiene que ver con el devenir de la relación con el paso del tiempo, por lo que en muchos trabajos se ha utilizado como término equivalente a estabilidad. Debemos diferenciarlo del término calidad, puesto que ésta se refiere a los sentimientos y características de la relación que se perciben como positivos y favorables en un momento temporal determinado. Por tanto, como señalan Medina y colaboradores, una evaluación transversal de calidad no sería un buen indicador de éxito de la relación de pareja.

Finalmente, aunque es indicador de un resultado y no describe los procesos y las dinámicas implicadas en la buena calidad de la relación, la satisfacción conyugal ha sido uno de los constructos más utilizados en la investigación empírica interesada en la relación de pareja como indicador en unos casos, y como sinónimo en otros, de la calidad de la relación.

2.3.2.2 Calidad de relación de pareja: indicadores de proceso

En esta aproximación se pone énfasis en que la relación de pareja incluye diferentes componentes o procesos, incluyendo en sus estudios medidas observables de la calidad de la relación dimensiones más concretas que informan sobre diferentes procesos que componen la experiencia de la relación de pareja.

A este respecto, los trabajos clásicos de Sternberg supusieron uno de los primeros exponentes de este enfoque centrado en los componentes principales de la relación de pareja. El modelo de la teoría triangular del amor profundiza en diferencias dentro de las relaciones afectivas en general, así como en los posibles tipos de amor que pueden surgir de la combinación de tres componentes: (1) intimidad, compuesto por el deseo de promover el bienestar de la persona amada, sentimiento de felicidad junto a esa persona, respeto por el ser amado, capacidad de contar con la persona amada en los momentos de necesidad, entendimiento mutuo, entrega de uno mismo y de sus posesiones al otro, recepción de apoyo emocional por parte de la persona amada, entrega de apoyo emocional, comunicación íntima y valoración de la persona amada; (2) pasión, vinculada a las necesidades de entrega, autoestima, pertenencia, sumisión, deseo y satisfacción sexual; y (3) compromiso, relacionada con la decisión de amar a la otra persona y establecer el compromiso de mantener ese amor. Los tres componentes pueden estar presentes en una relación en un grado o intensidad diferente, y sus posibles combinaciones dan lugar a ocho tipos de amor según esté presente cada componente. En la relación de pareja no tiene por qué darse un único tipo de amor, sino que cada uno de estos tipos puede evolucionar hacia otro a lo largo de las diferentes etapas del ciclo vital de la relación.

Dentro de este segundo enfoque que se centra en el estudio de los procesos componentes de la relación de pareja, el interés de los investigadores ha ido evolucionando hacia la ampliación del número de procesos atendidos y analizados. Pero enumerar los componentes principales de la relación de pareja no es un objetivo simple, existiendo al respecto una gran variedad de aproximaciones. En términos generales, la mayor parte de las dimensiones contempladas por la literatura pueden ser englobadas en tres grandes ámbitos: ajuste diádico, correspondiente al grado de armonía en la relación, y compuesta por ejemplo por el disfrute conjunto y la frecuencia de la interacción (realización conjunta de actividades cotidianas como comer, salir, etc.), el grado de consenso en objetivos vitales, amigos y toma de decisiones importantes, o la presencia de pensamientos y/o iniciativas de romper la relación; la comunicación en la pareja, frecuentemente valorado por la frecuencia, gravedad y estilo de resolución de los conflictos; y el clima emocional, cuyos indicadores frecuentes son tipo de apego, pasión, seguridad, disfrute conjunto, cohesión conyugal, apoyo conyugal, compromiso o la presencia de problemas relacionales importantes como irascibilidad, celos, posesividad, falta de implicación en la vida familiar y/o conductas irresponsables.

Si bien consenso, satisfacción, pasión, conflictividad o apoyo conyugal han sido conceptualizados como indicadores de calidad en la relación de pareja, frecuentemente han sido combinados

para formar un único indicador de calidad. A principios de los años ochenta, eligieron emplear el concepto general de marital quality, definido como una “evaluación subjetiva de la relación de pareja”, para abarcar varias dimensiones (como satisfacción, felicidad, conflicto, comunicación, ajuste, cohesión, etc.) que tradicionalmente se venían utilizando como variables dependientes en el estudio de la relación de pareja y que se mostraban altamente asociados entre sí.

Así, de manera general la etiqueta calidad de la relación de pareja es usada actualmente para reflejar una dimensión central que la mayoría de los términos utilizados para valorarla operativamente tienen en común: una medida de calidad de la relación de pareja cognitiva, conductual y afectiva relativa a los sentimientos y características de la relación que se perciben como positivos y favorables en un momento temporal determinado. Así, en la literatura se utiliza el término calidad para referirnos a una evaluación global de la relación de pareja que incluye también indicadores conductuales (como la cantidad de conflicto) o indicadores más cognitivos (por ejemplo; si se casaría de nuevo con su pareja si volviera atrás en el tiempo). Esta conceptualización va en la línea de operacionalizaciones de calidad de la relación de pareja de los instrumentos más extensamente utilizados para valorar la percepción de los miembros de la pareja sobre la calidad de la relación: la Dyadic Adjuste ment Scale (Spanier, 1976) y el Marital Adjustment Test

(Locke y Wallace, 1959), los cuales valoran una dimensión denominada ajuste diádico o conyugal, que ha tenido un lugar protagonista en los trabajos empíricos interesados en el papel que desempeña la calidad de la relación de pareja en el bienestar tanto familiar o parental como personal.

A pesar del vasto uso que se ha dado a indicadores globales de calidad de la relación, tanto en el pasado como actualmente, recientemente se ha criticado la utilización en investigación de indicadores globales de calidad, animándose a la comunidad científica a utilizar indicadores más concretos relativos a los procesos propios de la relación de pareja en lugar de utilizar esas medidas de calidad general. Sin duda, esto tiene la ventaja de afinar con mayor precisión las observaciones, de manera que facilita tanto la intervención como el conocimiento científico de los procesos propios de la relación de pareja más relevantes para el bienestar tanto familiar como personal.

En definitiva, los trabajos que contemplan los componentes de la relación de pareja, al centrarse en elementos propios de la relación de pareja y no en los resultados de una buena relación, permiten a los investigadores interesados comprender mejor las características y procesos que hacen que una relación de pareja sea positiva para el bienestar de sus miembros, ofreciendo además evidencias más concretas de cara a la intervención psicoeducativa o terapéutica.

2.3.2.3 Componentes de la calidad de la relación de pareja

A continuación, ofrecemos una descripción de los indicadores más utilizados por los investigadores interesados en el papel de la relación de pareja para el bienestar familiar y personal. Como ya se ha descrito en el apartado anterior, la mayor parte de las dimensiones de proceso contempladas por la literatura pueden ser englobadas en tres grandes ámbitos: ajuste diádico, comunicación y clima emocional. A lo largo de este apartado describiremos estas dimensiones por ser las más utilizadas a la hora de describir la calidad de la relación de pareja.

a. Ajuste diádico

El ajuste diádico, definido como el grado de armonía o ajuste global entre los miembros de una relación de pareja (Spanier, 1979), ha tenido, sin ninguna duda, un lugar protagonista en el estudio de la calidad de las relaciones de pareja. El modelo más ampliamente aceptado es el propuesto por Spanier en 1979, en el que el ajuste diádico se compone de cuatro aspectos: el consenso, la satisfacción, la cohesión y la expresión de afecto. Puesto que este modelo es el que goza de una mayor aceptación en la comunidad científica, la escala de ajuste diádico de Spanier ha sido el instrumento más extensamente utilizado para medir la calidad de la relación de pareja⁶³, la cual ha sido adaptada al español por Cáceres.

- **Consenso**

El consenso diádico se refiere al grado de acuerdo entre los miembros de la pareja en diferentes ámbitos importantes de la vida en pareja como, por ejemplo, el tiempo y las actividades de ocio, las relaciones con amistades y familiares, el reparto de las tareas domésticas, la filosofía de vida, las relaciones sexuales, el manejo del dinero o la toma de decisiones importantes. Se trata de una dimensión de las relaciones de pareja muy relevante, ya que se relaciona positivamente con otros indicadores de calidad de la relación, como el clima emocional o la frecuencia y estilo de resolución de conflictos. Por ejemplo, con respecto a la realización de las tareas domésticas, la satisfacción con la división de las tareas se relaciona positivamente con la intimidad afectiva y negativamente con la conflictividad conyugal. Burger y Milardo encontraron patrones contrarios en la relación entre la red de apoyo social con la calidad de la relación de pareja para hombres y para mujeres. En concreto, estos autores señalan que en los hombres, la implicación con la familia de origen se relaciona con una mayor calidad de la relación de pareja, mientras que la red de amistades no tiene esta influencia. Para las mujeres, una mayor red de parientes se asoció en este estudio a mayores conflictos de pareja.

Por otro lado, la familia de origen también ejerce una influencia importante en todo lo que tiene que ver con la vida en pareja. En concreto, la experiencia de la pareja que formaron los padres de cada miembro de la pareja ejerce una notable influencia en los que cada uno de ellos aporta a la relación y espera recibir de ella. En este marco, el acuerdo sobre el tipo de relación que se mantiene con la familia de origen ocupa uno de los lugares protagonistas de cara al devenir de la relación. Con mucha frecuencia, los abuelos representan una ayuda muy valiosa para madres y padres a la hora de afrontar las tareas relacionadas con la crianza de los hijos e hijas. No obstante, muchas veces la pareja se verá en la necesidad de hacer frente al cuidado de sus padres ancianos o dependientes, o incluso al apoyo a familiares con problemas tales como el paro prolongado o la enfermedad. Los acuerdos sobre la forma y la frecuencia de interacción con las familias de origen exigirán habilidades de negociación que de no ser exitosas repercutirán en la satisfacción conyugal.

Otro aspecto importante del grado de consenso que existe en una relación de pareja es el acuerdo en lo relativo a las cuestiones ideológicas, tanto en lo que tiene que ver con las ideas políticas, éticas, religiosas, como las prioridades vitales o filosofía de vida. El grado de

acuerdo entre ambos miembros de la pareja en estas cuestiones guarda mucha relación con el bienestar conyugal. Sin que las diferencias en estos ámbitos sean insalvables, el acuerdo entre los miembros de la pareja en los ámbitos vitales importantes conllevará sentimientos de comprensión y similitud, favoreciendo la vida en pareja y la satisfacción con ella.

Al igual que en el caso anterior, el acuerdo en la toma de decisiones importantes o en el manejo del dinero facilita los sentimientos de bienestar de ambos miembros de pareja. La falta de acuerdo en estos ámbitos puede llevar a que un miembro de la pareja se vea en la necesidad de renunciar a una parte de sus deseos personales con el objetivo de conseguir un mejor ajuste de la relación, lo que puede llevar a un menor sentimiento de satisfacción o incluso afectar a la estabilidad de la relación.

- **Cohesión**

La cohesión conyugal se refiere al nivel de implicación de la pareja en tareas conjuntas relativas a proyectos de vida o de intercambio positivo de reforzadores. En concreto, se trata de la cantidad de actividades, conversaciones o proyectos compartidos por los dos miembros de la pareja. Aunque la calidad de una relación de pareja va más allá de las actividades de ocio compartidas, en términos generales, participar en actividades conjuntas fortalece la

relación de pareja y se relacionan tanto con la satisfacción como con la estabilidad de la relación. Algunos autores señalan que con el paso del tiempo puede producirse un empobrecimiento de las actividades compartidas, lo que puede llevar a la desactivación emocional o el aburrimiento si la pareja no sabe sustituirlo por la implicación en nuevas experiencias gratificantes compartidas, lo que se relaciona positivamente con la satisfacción conyugal. En esta dirección, Reissman, Aron y Bergen (1993) encuentran que la participación conjunta en actividades excitantes, como asistir a espectáculos, practicar deportes o ir a bailar, mejora significativamente la satisfacción conyugal en mayor medida de que la realización de actividades más habituales, como visitar amigos, ver una película o comer fuera.

En esta línea, evidencias recientes sugieren que no es el nivel de implicación por parte de la pareja en actividades de ocio ni la cantidad de tiempo que comparten juntos lo que determina la satisfacción conyugal, sino la calidad del tiempo de ocio compartido. Así, la satisfacción va a depender de la frecuencia con la que la pareja comparte actividades que reflejan las preferencias de ambos miembros. En concreto, estos autores encuentran que la satisfacción conyugal de las mujeres descendía en el

caso de que compartieran actividades que sólo agradaban a sus parejas.

No obstante, otros autores han propuesto que es el balance entre el disfrute conjunto y el individual de actividades lo que favorece un mejor nivel de bienestar. En esta dirección, Baldwin, Ellis y Baldwin (1999) encontraron que más que el hecho de participar en actividades paralelas o conjuntas, lo que verdaderamente generaba altos niveles de satisfacción conyugal era el apoyo mutuo percibido en la realización de las actividades de ocio.

- **Expresión afectiva**

Este componente del ajuste diádico de la relación de pareja incluye aspectos relativos tanto a las demostraciones de cariño como a la satisfacción que deriva de las relaciones sexuales. La satisfacción de las necesidades afectivas es una función principal de las relaciones de pareja. En este sentido, la comunicación de los estados emocionales tiene un papel protagonista en la satisfacción de las necesidades afectivas relacionadas con el reconocimiento y la seguridad. Así, tanto cuando las demostraciones de afecto son expresadas como cuando son aceptadas, son un vehículo a través del cual cada miembro de la pareja hace sentir reconocido y valioso a su pareja. La sensación de bienestar fruto de

sentirse reconocido y amado por la persona que se ha elegido como pareja hace que aumenten los sentimientos de seguridad, lo que fortalece y consolida la relación. Estos sentimientos facilitan una comunicación más abierta favoreciendo la propia expresión emocional y la resolución de conflictos.

Por su parte, la satisfacción con las relaciones sexuales también es un aspecto importante de la relación de pareja que se asocia con la estabilidad de la relación, con la satisfacción general con la relación de pareja y con la satisfacción vital general. Aunque normativamente la frecuencia de actividad sexual desciende conforme aumenta el tiempo de duración de la relación, esto va a depender de características de la relación como son una comunicación sexual y el grado de intimidad. En nuestro contexto, Fuertes (2000) halló que cuanto más positiva es la vivencia de la intimidad en la mujer, mayor es su satisfacción a nivel sexual mientras que, en el hombre, tienen mayor peso los aspectos pasionales o de atracción, pudiendo separarse satisfacción sexual e intimidad con mayor facilidad. En líneas generales, puede afirmarse que sentirse lo suficientemente seguro como para poder expresar y complacer mutuamente los deseos sexuales favorece los sentimientos de bienestar y satisfacción.

- **Satisfacción**

La satisfacción con la relación de pareja, definida como estado emocional de contento con las interacciones, experiencias y expectativas con la relación de pareja, es uno de los constructos más utilizados en la investigación empírica sobre calidad de la relación de pareja, entendiéndose que la satisfacción es un resultado indicativo de una relación de pareja de buena calidad. La valoración de una relación como satisfactoria es subjetiva, refiriéndose a la relación entre los resultados obtenidos en comparación con las expectativas iniciales hacia dichos resultados, pudiéndose definir como la relación que existe entre las expectativas que se tenían al inicio de la relación y los resultados reales que se consiguen con la misma.

En esta dirección, la satisfacción es la variable con más influencia sobre la estabilidad y sobre la percepción que tienen las propias parejas de la calidad de su relación. Además, correlaciona con otros indicadores de calidad de la relación, como la interacción entre los cónyuges, el estilo de resolución de conflictos, o la propensión al divorcio; y con indicadores de bienestar como por ejemplo el estilo afectivo.

b. Clima emocional

La relación de pareja es, por definición, una relación en la que entran en juego fuertes sentimientos y emociones, cuyo elemento nuclear es el vínculo afectivo entre sus miembros. Se trata de un contexto de desarrollo protagonista durante la adultez, donde los individuos encuentran atendidas sus necesidades emocionales y donde además se responde a las necesidades del otro y se disfruta de la aceptación mutua y el respeto.

Sin duda, el bienestar emocional y psicológico de los miembros de la pareja necesita de una gestión adecuada del clima emocional. Por ello, la relación de pareja debe generar un clima afectuoso y de apoyo basado en el establecimiento de una relación segura de apego y en un sentimiento de relación privilegiada y compromiso emocional. A nivel empírico, algunos trabajos han demostrado la importancia de los vínculos afectivos en las parejas, encontrando resultados consistentes con que la empatía y el enganche emocional son la clave para fortalecer los demás procesos de la vida en pareja.

Pero no existe un claro acuerdo en qué encierra esta dimensión de la relación de pareja. Por un lado, algunos trabajos se han centrado en la pasión o el amor romántico, definidos como el intenso deseo de estar con el otro, considerando que se trata del componente más valioso para

la calidad de la relación de pareja, siendo incluso más importante que la satisfacción, sobre todo, en momentos de transición.

Por otro lado, otros trabajos se han centrado en el concepto de empatía, definida como la capacidad para ponerse en el lugar del otro y entender sus motivaciones y emociones. En esta línea, Johnson y Bradburry (1999) encontraron que la habilidad para reconocer el estado afectivo del otro, especialmente la frustración, en el curso de las discusiones para la solución de problemas, es un importante factor de desarrollo en la vida en común.

- **La pareja como figura de apego**

El apego es un vínculo intrafamiliar afectivo, un lazo emocional que impulsa a buscar la proximidad y el contacto con las figuras de apego. Se trata de un constructo referido a la relación más que un rasgo, siendo crítico para el desarrollo de un apego seguro la consistencia, disponibilidad y sensibilidad emocional de las figuras de apego.

Dentro del vínculo de apego pueden distinguirse tres componentes básicos: conductas de apego, representación mental de la relación y sentimientos. Las conductas de apego tienen que ver con la búsqueda de la proximidad e interacción privilegiada con la figura de apego. La representación mental se relaciona con que el

niño desarrolla expectativas sobre el hecho de que las figuras de apego aportan consuelo, apoyo y cuidado en momentos de necesidad, sobre la disponibilidad y fiabilidad de los otros en las relaciones íntimas. Por tanto, en la medida en que la figura de apego muestre una sensibilidad adecuada a las señales y necesidades del niño éste creará una representación mental donde los otros son accesibles y capaces de aportar protección y seguridad, así como una representación paralela del yo como alguien valioso, competente para promover la proximidad y la interacción con la figura de apego. Por último, los sentimientos se refieren al bienestar con la presencia de la figura de apego y de ansiedad por su ausencia o pérdida, por ejemplo. Estos tres componentes se mantienen a lo largo del ciclo vital, aunque van cambiando su contenido concreto.

La función del apego es, a nivel subjetivo, proporcionar seguridad emocional. A este respecto, la figura de apego es percibida como una base segura desde la cual explorar y a la que poder volver para obtener confort y conexión, promoviendo que el individuo se sienta seguro, aceptado incondicionalmente, protegido y con los recursos emocionales y sociales necesarios para su bienestar.

El apego juega un papel importante a lo largo de todo el ciclo vital, siendo diferentes las figuras de apego que van adquiriendo importancia en cada etapa de la vida. El primer vínculo de apego que se tiene en la vida es el que establece el bebé con su cuidador o cuidadores principales. Desde los tres o cuatro años hasta la adolescencia, las amistades van siendo cada vez más relevantes y es a partir de la adultez temprana cuando la pareja se convierte en una figura de apego fundamental. La estabilidad del apego a lo largo del desarrollo ha sido ampliamente documentada en la literatura. Así, la historia de apego individual que cada miembro de la pareja traiga consigo fruto de las relaciones afectivas previas va a ejercer una influencia importante en varios aspectos de la relación de pareja, tales como en las expectativas sobre el vínculo que se establecerá con la pareja, la tendencia a interpretar lo que suceda en la relación en términos de confianza o desconfianza hacia el otro, o el sentimiento de considerarse digno o indigno de recibir afecto. Concretamente, aquellos individuos con una historia de apego seguro disfrutaban de una mayor facilidad para resolver los conflictos mostrándose más colaborativos a la hora de negociar, tienen a comunicarse con mayor claridad, muestran más apoyo y menos rechazo y hostilidad. En la misma dirección, los adultos que han

disfrutado de un vínculo de apego seguro en su historia vital alcanzan por lo general mejores puntuaciones en confianza, satisfacción, cercanía, apoyo e intimidad en la relación de pareja.

Sin embargo, aunque es cierto que aquellos individuos cuyas experiencias infantiles han facilitado un apego seguro comienzan la vida en pareja con algunas ventajas, los modelos internos pueden evolucionar gracias a las nuevas experiencias afectivas. Así, los cambios en el entorno relacional, las transiciones, los procesos de terapia o las situaciones que propicien la autorreflexión sobre las relaciones pasadas pueden funcionar como factores promotores del cambio de los modelos mentales. Si partimos de la importancia de las relaciones personales en la actualización de los modelos mentales, se entiende que es en las relaciones íntimas donde se propician las mayores posibilidades de cambio, puesto que es en este tipo de interacción íntima donde existe un mayor paralelismo con las relaciones afectivas paternas, de las cuales se desarrolla el modelo mental actual. Por tanto, puede suceder que una persona que tiene un estilo de apego inseguro, cambie su modelo mental hacia la seguridad afectiva si la pareja sabe demostrarle consistentemente que puede confiar en su disponibilidad y es capaz de ayudarlo a superar su miedo al abandono.

En términos generales puede decirse que si las experiencias en la relación de pareja confirman las expectativas que se tenían con respecto a las relaciones afectivas, es probable que el modelo interno se refuerce. Sin embargo, si por el contrario, la relación supone un conflicto entre la dinámica actual y las expectativas sobre las relaciones, aumentará la posibilidad de que se reinterprete el modelo en función de esta nueva experiencia. Por supuesto, la modificación del modelo interno, y en función de las experiencias, puede producirse tanto en el sentido de una mayor seguridad.

- **La pareja como fuente de apoyo emocional**

Puesto que en las relaciones de pareja el compañero funciona como figura de apego, cada vez hay más estudios que exploran la figura de la pareja como base de apoyo emocional donde encontrar seguridad. En esta dirección, algunos trabajos han identificado la seguridad emocional como la característica más relevante y definitoria de unas relaciones de pareja de calidad.

Los procesos relacionados con la consideración de la pareja como base segura tienen que ver con habilidades relacionadas con el apoyo emocional. Cuando uno de los miembros de la pareja realiza una petición al otro miembro, bien sea para reclamar su atención, afecto, sentido del humor o apoyo, el otro miembro de la pareja

puede, o no, acercarse a su pareja y dar respuesta a su petición. Dar respuesta de forma sensible y ajustada favorecerá sentimientos de seguridad, fortaleciendo el vínculo emocional y facilitando la estabilidad de la relación.

Es decir, para que un miembro de la pareja perciba y considere al otro como una base de seguridad emocional, en primer lugar; la pareja debe ser sensible ante las necesidades de su compañero, mostrando la habilidad de reconocer sus necesidades cuando éstas tengan lugar. En segundo lugar; cada miembro de la pareja debe mostrarse disponible para ofrecer apoyo y responder a las necesidades del otro de manera ajustada. En este sentido, la adecuación del apoyo es fundamental para la satisfacción conyugal, y no siempre se interpreta el apoyo recibido como útil. Asimismo, algunos trabajos apuntan a que las percepciones subjetivas de apoyo ofrecido por un miembro y recibido por el otro no siempre coinciden. En definitiva, sería la percepción subjetiva de adecuación de apoyo más que su cantidad, lo que favorece la satisfacción con el mismo.

Un buen nivel de apoyo conyugal permite a los miembros de la pareja sentirse entendidos, atendidos y cuidados, lo que facilita la comodidad necesaria para establecer entre ellos una conexión íntima y la ausencia de ansiedad de

ser abandonados o rechazados. Como vemos, estas cualidades reflejan las dos dimensiones de la seguridad del apego: comodidad con la intimidad y escasa ansiedad ante el abandono.

Cuando los miembros de la pareja se sienten seguros en sus relaciones están más satisfechos y se comportan de manera que mejora la relación. Así, el hecho de encontrar en la pareja una base de seguridad emocional se ha relacionado con la satisfacción y la estabilidad conyugal, sirviendo además de protección en los momentos de crisis. Los sentimientos de reconocimiento y de sentirse amado servirán de ayuda en las situaciones conflictivas, permitiendo que, incluso en momentos de crisis, se mantenga una imagen positiva de la pareja y se toleren y afronten adecuadamente situaciones estresantes y conflictivas.

c. Comunicación

Otro gran ámbito donde pueden englobarse muchas de las dimensiones relativas a la relación de pareja que han sido utilizadas para dar cuenta de su nivel de calidad son las habilidades de comunicación de los miembros del sistema conyugal. Las habilidades positivas de comunicación permiten a los miembros de la pareja compartir entre ellos sus necesidades y preferencias cambiantes, e incluyen mensajes

claros y congruentes, empatía, escucha reflexiva, frases de apoyo y habilidades efectivas de resolución de problemas.

Como vemos, la comunicación de la pareja incluye muchas y muy variados aspectos, muy relacionados además con los otros dos ámbitos que hemos comentado previamente. Así, las muestras de empatía, de cariño y las frases de apoyo podrían englobarse también en la llamada “expresión afectiva”, que por ser una dimensión componente del ajuste diádico se expuso en el apartado correspondiente. Asimismo, estas mismas formas de comunicación pueden interpretarse como indicadores de clima emocional de la pareja. Como se explicó al inicio, la organización en tres grandes bloques de contenido, responde a la necesidad de estructurar una realidad notablemente rica y compleja, donde gran parte de los indicadores de calidad de la relación de pareja pueden englobarse en tres ámbitos: ajuste diádico, clima emocional y comunicación. Sin embargo, como puede apreciarse, esta división es gran parte una división artificial, puesto que todos los conceptos están notablemente relacionados y responden, en muchos casos, a la expresión de los mismos procesos.

Dentro de los patrones de comunicación en la pareja, sin duda, la frecuencia, tipo y estilo de resolución de conflictos ha sido la dimensión que ha recibido un mayor volumen de atención por parte de la comunidad científica. El conflicto se trata de un constructo multidimensional que incluye la

frecuencia, el modo de expresión, la cronicidad o duración, intensidad y el nivel de resolución, siendo todos estos elementos importantes a la hora de explorar el impacto del conflicto en el bienestar individual y familiar de los miembros de la pareja.

Los conflictos interpersonales son algo inherente a las relaciones humanas, y la relación de pareja no es una excepción. No obstante, la existencia de conflictos en la pareja no tiene por qué ser un indicador de una baja calidad. Por el contrario, la existencia de desacuerdos entre dos individuos es algo natural y en muchos casos los conflictos suponen un modo de expresar los deseos de cambio o los sentimientos. En este sentido, la libertad de expresar las propias opiniones es algo beneficioso para la relación y para el bienestar individual. Por lo tanto, lo que diferenciaría las relaciones de buena calidad de las relaciones más pobres no sería la presencia de menos discusiones, sino un mejor manejo de los desacuerdos. Es decir, los conflictos pueden tener consecuencias beneficiosas o dañinas para la relación y para los sujetos en función de cómo se expresan y con qué eficacia se resuelven.

Así, en muchos trabajos se ha encontrado que la manera en que el conflicto es manejado por los miembros de la pareja se relaciona con otros indicadores de calidad en la relación tales como la satisfacción conyugal o con la estabilidad de la

relación, siendo además un predictor más potente que la frecuencia de las discusiones o el tema acerca del cual se esté en desacuerdo.

Si bien los conflictos no son negativos en sí mismos, si no son resueltos adecuadamente pueden menoscabar el bienestar individual y familiar. Por este motivo se hace necesario tratar de entender la contribución de factores individuales al adecuado manejo del conflicto. En este sentido, los miembros de la pareja llegan a ella con unos estilos propios de resolución de conflictos aprendidos en la familia de origen, que no cambian de forma importante en los primeros años de matrimonio.

Las parejas utilizan una variedad de formas y estrategias para abordar los desacuerdos conyugales, aunque muestran ciertas tendencias hacia un estilo preferido que tendrá unas implicaciones determinadas en la calidad de la relación. A partir de los clásicos estudios observacionales como los del equipo de Gottman centrados en analizar la habilidad de las parejas a la hora de resolver problemas, en términos generales se han diferenciado cuatro estilos de resolución de conflictos que las parejas pueden utilizar en menor o mayor medida a la hora de afrontar los desacuerdos en la pareja. A continuación, ofrecemos una descripción de cada uno de ellos.

En primer lugar, los conflictos pueden resolverse con un estilo asertivo, basado en el compromiso y la negociación, y caracterizado por una expresión manifiesta y no coactiva. Este estilo se da cuando los individuos pueden expresar sus sentimientos positivos y negativos, preferencias u opiniones personales de una manera directa, sin intentar forzar el acuerdo del otro a través del control aversivo. Las habilidades de resolución de conflictos más eficaces y que mejor mantienen el bienestar de la pareja implican la capacidad para ceder o negociar aquellos aspectos con los que se está en desacuerdo.

En segundo lugar, puede darse en la resolución de conflictos un estilo agresivo, basado en la pérdida de control, que incluye conductas en las que las parejas hacen uso del ataque verbal o físico de manera abierta, y que implica una expresión manifiesta y coactiva. Tiene lugar cuando un individuo expresa sus sentimientos, preferencia u opiniones personales de manera que incluye un uso explícito de formas coactivas, como el castigo, la amenaza o el insulto, para forzar el acuerdo del otro.

Hay que diferenciar entre el estilo agresivo y las situaciones de violencia doméstica, ya que la violencia y el maltrato van más allá de la resolución del desacuerdo y tienen características propias. No obstante, el estilo agresivo es uno de los más destructivos para el bienestar conyugal, ya que

lleva implícita la vivencia de situaciones desagradables y la imposición a un miembro de la pareja de los deseos u opiniones del otro miembro a través de comportamientos punitivos tales como ultrajes, insultos y amenazas.

En tercer lugar, los conflictos pueden abordarse desde un estilo de evitación, en el que se evita la confrontación, se mantiene la negativa a discutir y se provoca un alejamiento interpersonal. Tiene lugar cuando un individuo prefiere evitar el enfrentamiento, sin negociar ni imponer sus deseos ni someterse a los del otro. Se trata de un estilo muy negativo de resolución de conflictos ya que implica que los deseos no sean expresados/escuchados, el desacuerdo no se solucione o se evite la toma de decisiones conjunta.

Por último, en la resolución de conflictos también se ha identificado un estilo sumiso, en el que el conflicto existiría, pero no sería abordado abiertamente, de manera que el individuo cede a los deseos de su pareja sin defender la posición propia. Se da cuando un individuo opta por no expresar indirecta y claramente sus sentimientos, preferencias y opiniones personales, sometiéndose automáticamente a las preferencias, el poder o la autoridad del otro miembro de la pareja.

Teniendo en cuenta los estilos personales de los dos miembros de la pareja, un patrón de resolución de conflictos que ha recibido una atención particular es el exigencia-

evitación, en el que una de las partes intenta discutir un problema demandando un cambio, mientras que la otra intenta evitar el tema o terminar la discusión. Este patrón ha mostrado tener unas consecuencias muy destructivas para la calidad y la satisfacción con la relación de pareja. Algunos trabajos han encontrado que es más frecuente que el papel iniciador de la discusión sea desempeñado por la mujer y el de evitación por el hombre, mientras que otros estudios no encuentran esta diferencia entre los géneros.

Otro patrón singular de resolución de conflictos se trata de la agresión-pasiva, que puede afectar más negativamente a una relación que la agresión manifiesta abiertamente. En este patrón, el individuo no expresa de manera clara sus sentimientos, preferencias u opiniones personales, mientras que, de forma indirecta, se intenta coaccionar a la otra persona para que ceda. La coacción indirecta incluye infligir indirectamente castigos y amenazas. Los intentos de oponerse o manipular al otro incluyen estrategias como la retirada de afecto, indicción de culpa, obstrucción pasiva, insinuaciones de agravio y ostracismo social encubierto a través del corte de comunicación (los silencios).

Aunque el estilo de resolución de conflictos es una dimensión individual, es oportuno señalar que es frecuente que los miembros de una pareja muestren preferencia por los mismos estilos de resolución de conflictos. Así, un aspecto

interesante que muestran los estudios disponibles tiene que ver con que los miembros de la pareja tienden a informar de una frecuencia de utilización de los estilos muy parecida para ellos mismos y para sus parejas.

2.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

a. Hiperémesis Gravídica

Consiste en la presencia de náuseas y vómitos persistentes y repetitivos, sin causa orgánica, y duran más allá del primer trimestre del embarazo, que se traducen hasta el 5% de pérdida del peso corporal, deshidratación y alteración hidroelectrolítica. Los síntomas son persistentes y puede durar toda la gestación. La hiperémesis puede ocasionar complicaciones metabólicas graves para la mujer, consecuencias adversas para el feto y hasta la muerte de ambos. Tiene un impacto negativo en la capacidad de la mujer para desempeñar sus labores diarias o el trabajo. (20)

b. Software Minitab 16

ofrece nuevas funciones y características. La más resaltante es el Asistente, una herramienta basada en menús diseñada para guiar a los usuarios por sus análisis y ayudarles a interpretar sus resultados con confianza.

c. Edad Gestacional

Es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas.

d. Grado de Instrucción

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

e. Estado Civil

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

f. Expresión Afectiva

Son las demostraciones de cariño como a la satisfacción que deriva de las relaciones sexuales. La satisfacción de las necesidades afectivas es una función principal de las relaciones de pareja. En este sentido, la comunicación de los estados emocionales tiene un papel protagonista en la satisfacción de las necesidades afectivas relacionadas con el reconocimiento y la seguridad. Así, tanto cuando las demostraciones de afecto son expresadas como cuando son aceptadas, son un vehículo a través del cual cada miembro de la pareja hace sentir reconocido y valioso a su pareja.

g. Comunicación

Son las habilidades de comunicación de los miembros del sistema conyugal. Las habilidades positivas de comunicación permiten a los miembros de la pareja compartir entre ellos sus necesidades y preferencias cambiantes, e incluyen mensajes claros y congruentes, empatía, escucha reflexiva, frases de apoyo y habilidades efectivas de resolución de problemas.

h. Consenso

Es el grado de acuerdo entre los miembros de la pareja en diferentes ámbitos importantes de la vida en pareja como, por ejemplo, el tiempo y las actividades de ocio, las relaciones con amistades y familiares, el reparto de las tareas domésticas, la filosofía de vida, las relaciones sexuales, el manejo del dinero o la toma de decisiones importantes

i. Satisfacción

Es el estado emocional de contento con las interacciones, experiencias y expectativas con la relación de pareja, es uno de los constructos más utilizados en la investigación empírica sobre calidad de la relación de pareja, entendiéndose que la satisfacción es un resultado indicativo de una relación de pareja de buena calidad.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Según Hernández, Fernández y Baptista (48), la investigación desarrollada fue de tipo no experimental cuantitativa, con diseño de tipo transversal y nivel correlacional-causal prospectiva.

3.1.1 Descripción del ámbito de la investigación

El presente estudio pertenece al área de Obstetricia, gineco-obstetricia. Asimismo, está enmarcado en una línea de investigación básica, es decir, tiene como finalidad la obtención y recopilación de información para ir construyendo una base de conocimiento que se va agregando a la información previa existente.

3.2 DISEÑO MUESTRAL

3.2.1 Población

La población estuvo conformada por las gestantes atendidas en el Hospital II Abancay de EsSalud, en las diversas áreas del servicio de Obstetricia, Gineco-Obstetricia (Consulta externa, emergencia, y hospitalización), durante los meses de abril a junio del año 2018.

3.2.2 Muestra

La muestra fue determinada de forma no probabilística. Estará conformada por todas las gestantes atendidas en el Hospital II Abancay de EsSalud, durante los meses de abril a junio del 2018, que cumplan con los criterios de selección.

3.2.2.1 Criterios de selección

Se tomaron los siguientes criterios:

a. Criterios de inclusión

- Gestantes que tengan actualmente una relación de pareja.
- Gestantes con diagnóstico de Hiperémesis Gravídica

3.3 CARACTERIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACION

Las variables se caracterizan según la función que cumplen en la hipótesis en:

3.3.1 Variable dependiente

- Hiperémesis gravídica.

3.3.2 Variable independiente

- Calidad de la relación de pareja

3.3.2.1 Variables intervinientes (sociodemográficas)

- Edad.
- Edad gestacional.
- Edad gestacional al momento del diagnóstico de hiperémesis gravídica.
- Grado de Instrucción.
- Estado civil.
- Número de hijos.
- Situación laboral.

3.4 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Calidad de Relación de Pareja.	Consenso: grado de acuerdo existente entre los miembros de la pareja en áreas importantes para la relación.	• Ficha de recolección de datos
	Satisfacción: nivel del estado emocional de contento con las interacciones, experiencias y expectativas con la relación de pareja.	
	Expresión afectiva: grado de satisfacción de aspectos relativos tanto a las demostraciones de cariño como a la que deriva de las relaciones sexuales.	
	Cohesión: nivel de implicación de la pareja en tareas conjuntas relativas a proyectos de vida o de intercambio positivo de reforzadores.	
	Grado de Instrucción	• Ficha de recolección de datos
	Estado Civil	
	Número de hijos	
	Situación laboral	
Hiperémesis Gravídica	Hiperémesis Gravídica	• Si • No
	Edad	• Fecha de nac. • Fecha de encuesta
	Edad Gestacional	• Edad gestacional según ecografía del primer trimestre • Fecha de entrevista

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

3.5.1 Técnicas

La técnica para la recolección de la información será mediante la entrevista directa, aplicación de cuestionario autoadministrado, así como, la verificación de datos en la historia clínica de la gestante participante en el estudio.

3.5.2 Instrumentos

3.5.2.1 escala de ajuste diádico (ead, spanier, 1976) - anexo

Esta escala evalúa el grado de armonía global de una pareja en cuatro áreas de la relación: consenso, satisfacción, cohesión y expresión de afecto, al tiempo que ofrece una medida del ajuste global de la pareja. La escala está compuesta por 20 ítems. Que se responden con una escala de respuesta tipo Likert con 5 alternativas de respuesta. De la siguiente siendo siempre con puntaje 5, casi siempre con puntaje 4, a veces con puntaje 3, ocasionalmente con puntaje 2, y nunca con puntaje 1. Este instrumento requiere unos 10 minutos para su cumplimiento y se aplica de forma auto-administrada. DAS permite conocer el ajuste diádico de la pareja mediante cuatro dimensiones: Consenso: se evalúa, a través de 5 ítems, el grado de acuerdo existente entre los miembros de la pareja en áreas importantes para la relación. Incluye ámbitos como por ejemplo "el manejo de la economía en casa" o las "cosas y objetivos considerados importantes".

Satisfacción: se trata de 5 ítems que permiten valorar el grado de satisfacción con la relación entendida. Cohesión: evalúa, mediante 5 ítems, el nivel de implicación de la pareja en actividades conjuntas, que incluyen aspectos como el reírse en pareja o trabajar juntos en un proyecto. Incluye cuestiones tales como "¿Ríen juntos?" o "¿Trabajan juntos en aun proyecto?". Expresión de afecto: se trata de 5 ítems que incluye aspectos relativos tanto a demostraciones de cariño como a satisfacción sexual. Por ejemplo, incluye cuestiones como si estar "con qué frecuencia hacen el amor" "demostración de afecto" fueron motivo de discordia o diferencias de opinión en las últimas semanas. La escala permite obtener una puntuación global, suma de las cuatro escalas anteriores. La puntuación total oscila entre 1 y 100 puntos, siendo 50 el punto de corte entre aquellas parejas con una relación armoniosa y aquellas otras no armoniosas, de acuerdo con la recomendación de diversos estudios realizados en población española. (49)

3.5.2.2 Ficha de recolección de datos

Este instrumento nos permite recopilar información en base a la entrevista de la gestante participante en el estudio y verificarlos datos de su historia clínica. En la ficha se consideran los siguientes indicadores a recolectar: hiperémesis gravídica, fecha de nacimiento, fecha de entrevista, edad, edad gestacional según ecografía del primer trimestre, fecha de diagnóstico de

hiperémesis gravídica, grado de instrucción, estado civil, número de hijos, situación laboral.

3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Los datos obtenidos de esta investigación serán analizados mediante software MINITAB versión 16, logrando de esta manera dar una interpretación adecuada de los datos, asimismo, los resultados descriptivos serán presentados mediante Microsoft Excel 2016 en gráficas, así como los resultados inferenciales serán presentados mediante Microsoft Word 2016 en tablas de doble entrada.

3.7 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS EN EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los principales estadígrafos utilizados serán: media aritmética, desviación estándar (DE).

CAPITULO IV

RESULTADOS

La investigación se hizo a toda las gestantes que presentaron la patología de Hiperémesis Gravídica mediante las historias clínicas y que actualmente tienen una relación de pareja en el Hospital II De EsSalud-Abancay.

Dicha Investigación tuvo como fin Determina la asociación entre la calidad de la relación de pareja y la hiperémesis gravídica en las gestantes atendidas en el hospital II Abancay de EsSalud, durante los meses de abril a junio del 2018.

Esta información se recabo a través de las fichas de recolección de datos documentada y el cuestionario considerando para este instrumento ítems que están relacionados a las variables y dimensiones en estudio.

En los resultados estadísticos se utilizaron para redactar la discusión de la investigación, contrastando todo el contenido encontrado en el marco teórico y estudios previos por otros investigadores.

Seguidamente, se muestran detallados los gráficos estadísticos que se obtuvieron.

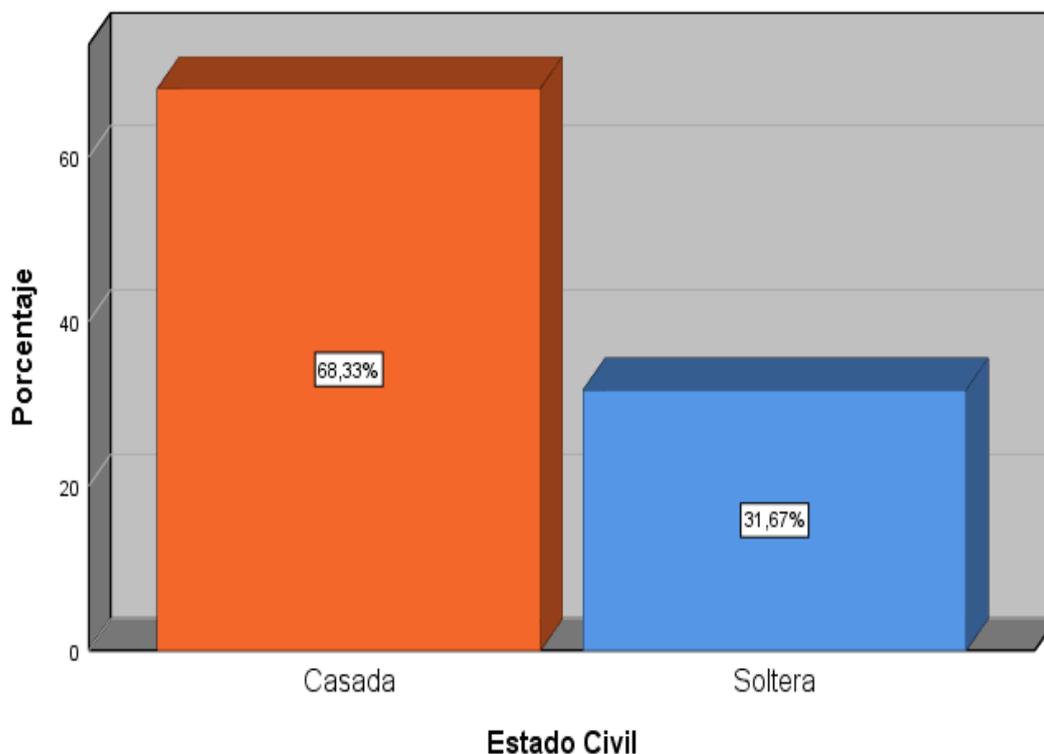
4.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Tabla 1.- Estado civil en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casada	41	68,3	68,3	68,3
	Soltera	19	31,7	31,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente de elaboración propia

Gráfico 1.- Estado civil en gestantes atendidas en el hospital ii Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.



Interpretación.

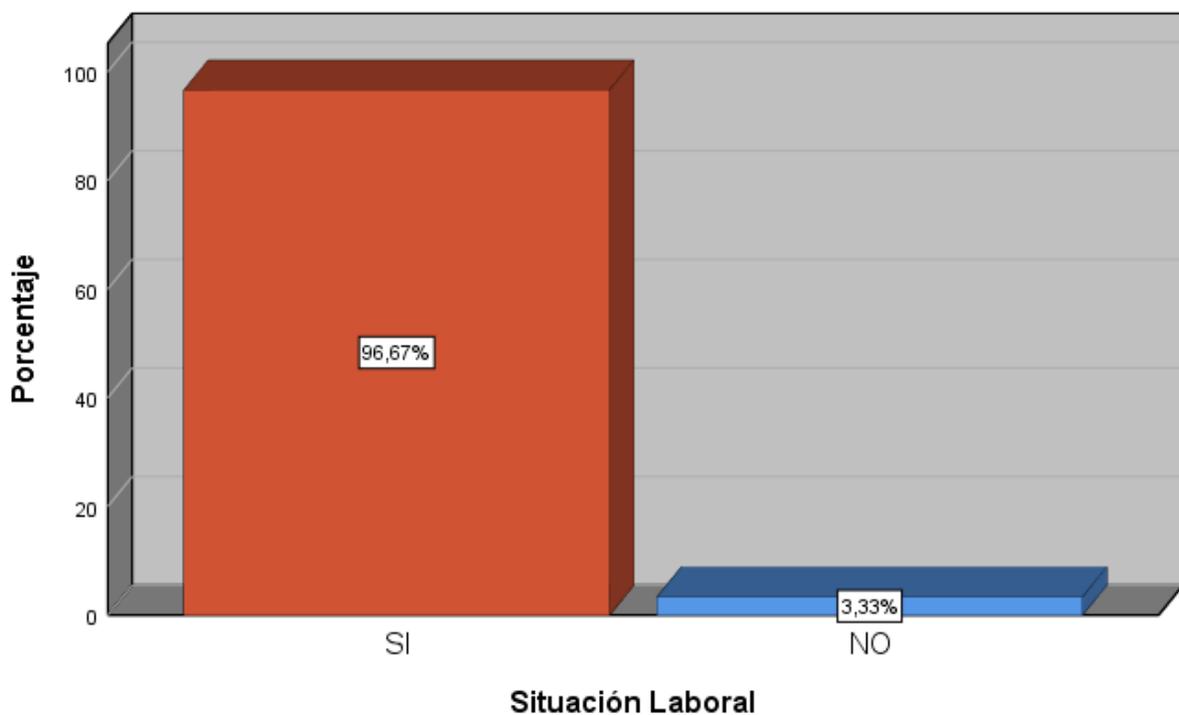
En la tabla 01 se observa que el 68.3% de las gestantes atendidas en el hospital II de Abancay son Casadas y el 31,67 % de las gestantes entendidas en el hospital II de Abancay son Solteras.

Tabla 2.- Situación Laboral en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	58	96,7	96,7	96,7
	NO	2	3,3	3,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente de elaboración propia

Gráfico 2.- Situación Laboral en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.



Interpretación.

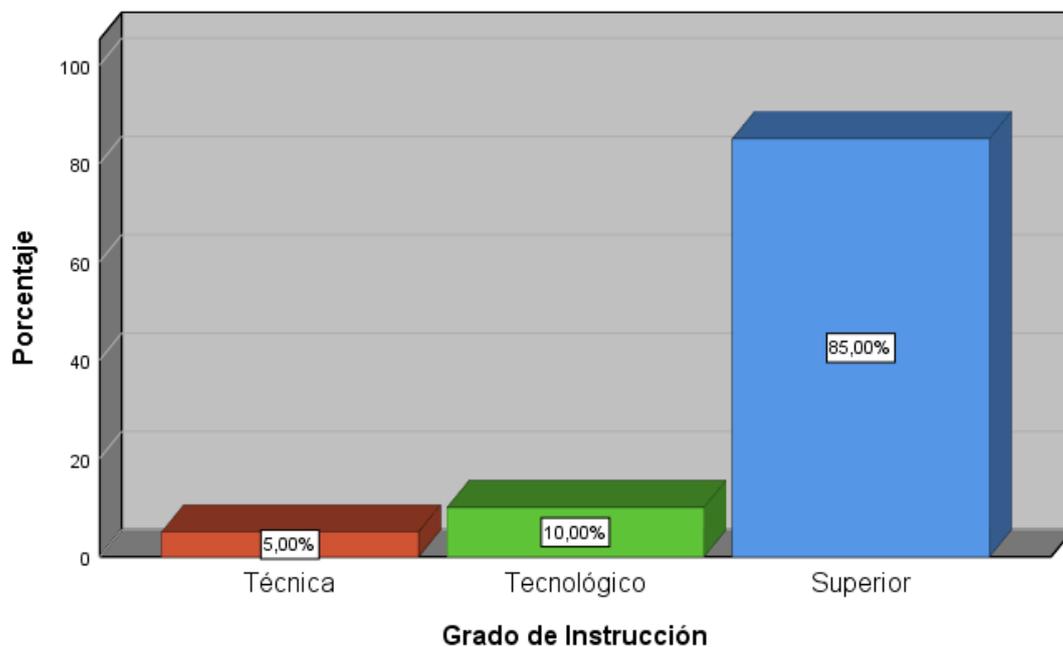
En la tabla 02 se observa que el 96,67% de las gestantes atendidas en el hospital II de Abancay si laboran en distintos tipos de rubro laboral y el 3,33 % de las gestantes entendidas en el hospital II de Abancay son Solteras y no laboran.

Tabla 3.- Grado de Instrucción en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Técnica	3	5,0	5,0	5,0
	Tecnológico	6	10,0	10,0	15,0
	Superior	51	85,0	85,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente de elaboración propia

Gráfico 3.- Grado de Instrucción en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.



Interpretación.

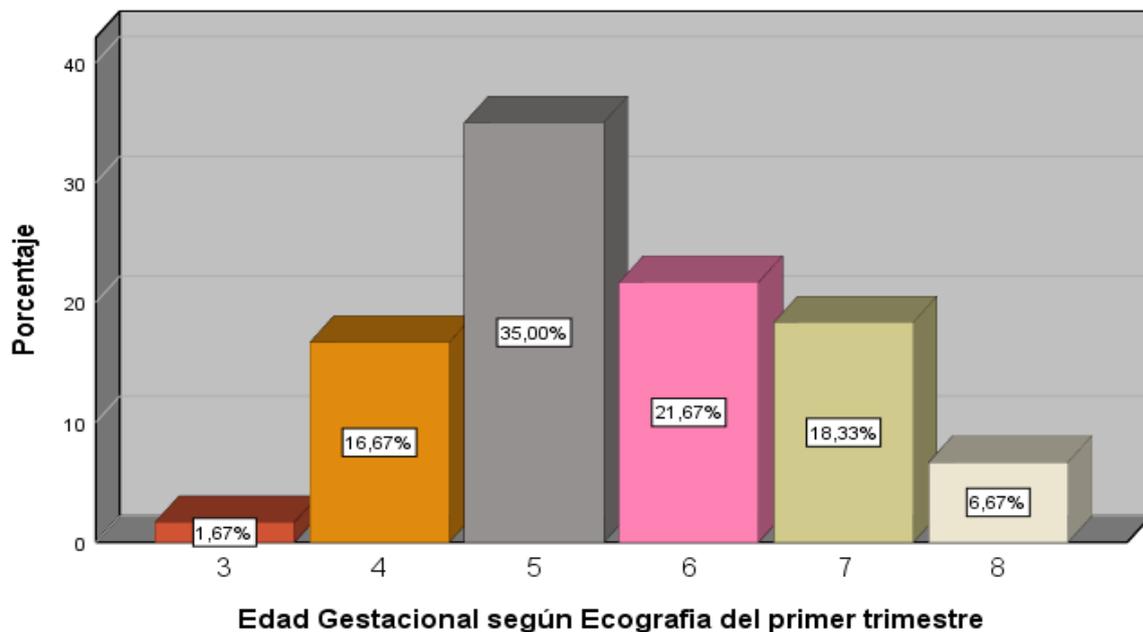
En la tabla 03 se observa que el 5 % de las gestantes atendidas en el hospital II de Abancay tienen una carrera técnica, el 10% de las gestantes atendidas en el hospital II de Abancay tienen una carrera tecnológica, el 85% de las gestantes atendidas en el hospital II de Abancay tienen una carrera Superior.

Tabla 4.- Edad Gestacional según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	3	1	1,7	1,7	1,7
	4	10	16,7	16,7	18,3
	5	21	35,0	35,0	53,3
	6	13	21,7	21,7	75,0
	7	11	18,3	18,3	93,3
	8	4	6,7	6,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente de elaboración propia

Gráfico 4.- Edad Gestacional según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.



Interpretación.

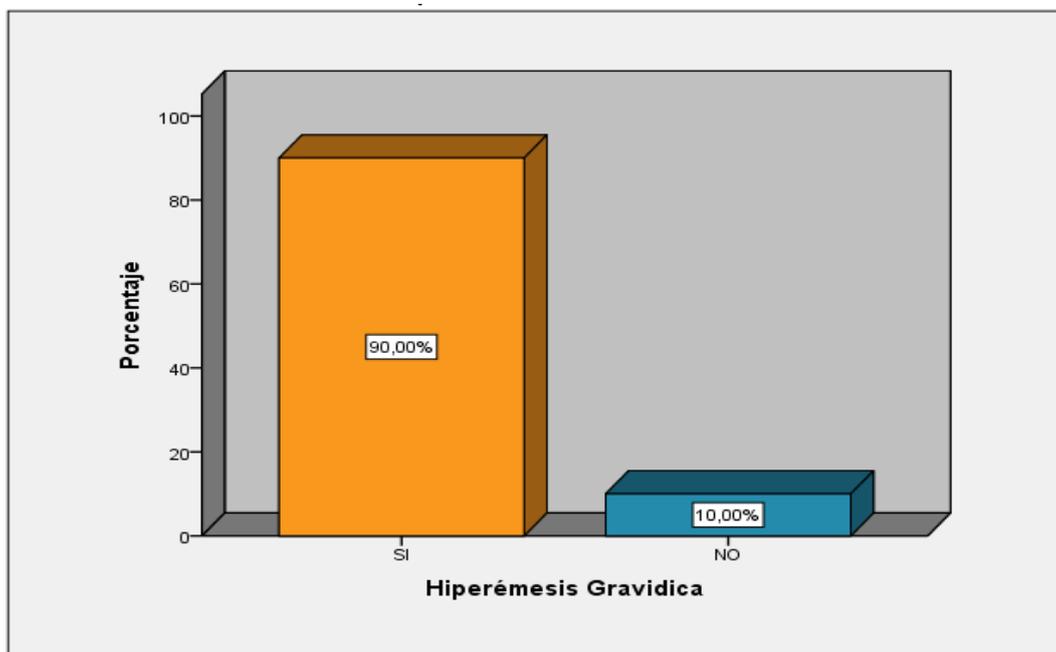
En la tabla 04 se observa que el 5 % de las gestantes atendidas en el hospital II de Abancay tienen una carrera técnica, el 10% de las gestantes atendidas en el hospital II de Abancay tienen una carrera tecnológica, el 85% de las gestantes atendidas en el hospital II de Abancay tienen una carrera Superior.

Tabla 5.- Hiperémesis Grávidica según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	54	90,0	90,0	90,0
	No	6	10,0	10,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente de elaboración propia

Gráfico 5.- Hiperémesis Grávidica según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.



Interpretación.

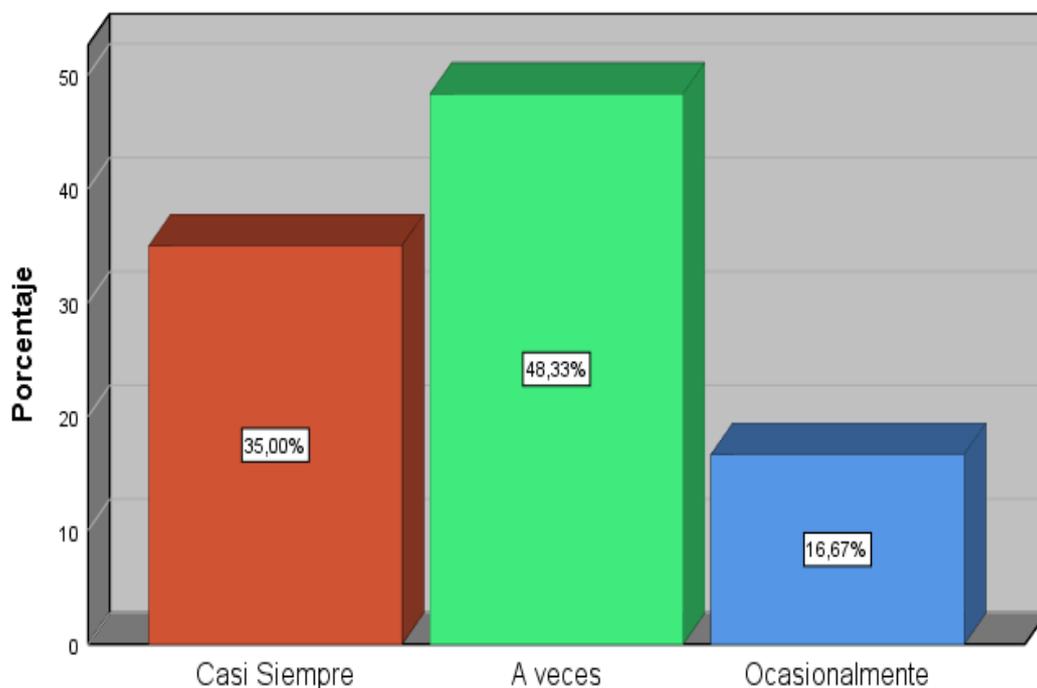
En la tabla 05 se observa que el 90% de las gestantes atendidas en el hospital II de Abancay tienen Hiperémesis Grávidica en exceso, el 10% de las gestantes atendidas en el hospital II de Abancay Abril a Junio de 2018 no tienen mucho exceso en Hiperémesis Grávidica.

Tabla 6.- Consenso según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casi Siempre	21	35,0	35,0	35,0
	A veces	29	48,3	48,3	83,3
	Ocasionalmente	10	16,7	16,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente de elaboración propia

Gráfico 6.- Consenso según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.



Interpretación.

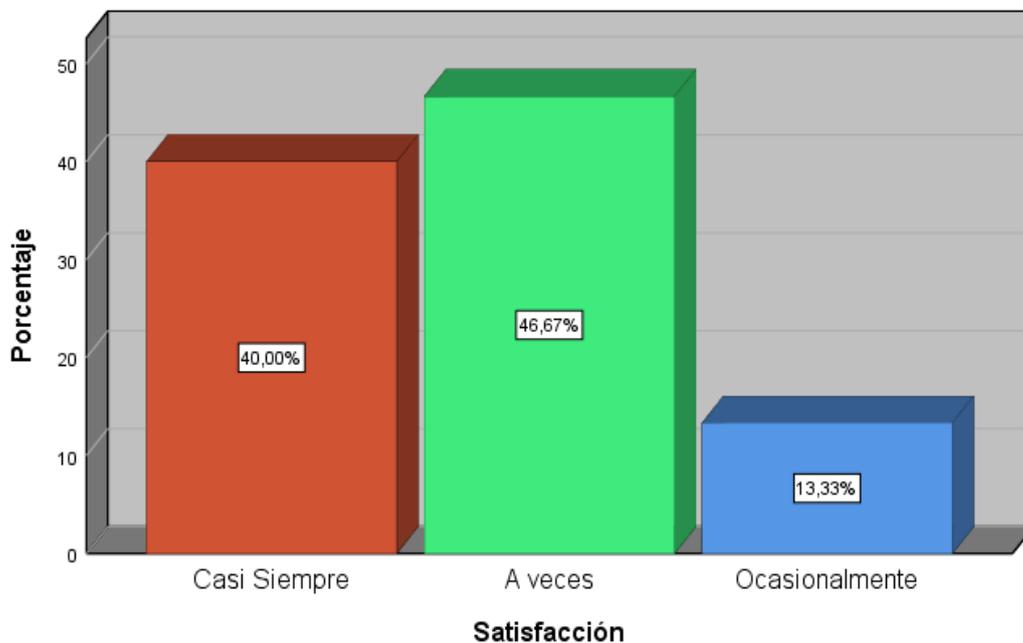
En la tabla 06 se observa que el 35% de las gestantes atendidas en el hospital II de Abancay casi siempre tienen consenso, el 48% de las gestantes entendidas en el hospital II de Abancay Abril a Junio de 2018 a veces tienen Consenso el 16,67% de las gestantes atendidas en el hospital II de Abancay ocasionalmente tienen Consenso.

Tabla 7.- Satisfacción según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casi Siempre	24	40,0	40,0	40,0
	A veces	28	46,7	46,7	86,7
	Ocasionalmente	8	13,3	13,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente de elaboración propia

Gráfico 7.- Satisfacción según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.



Interpretación.

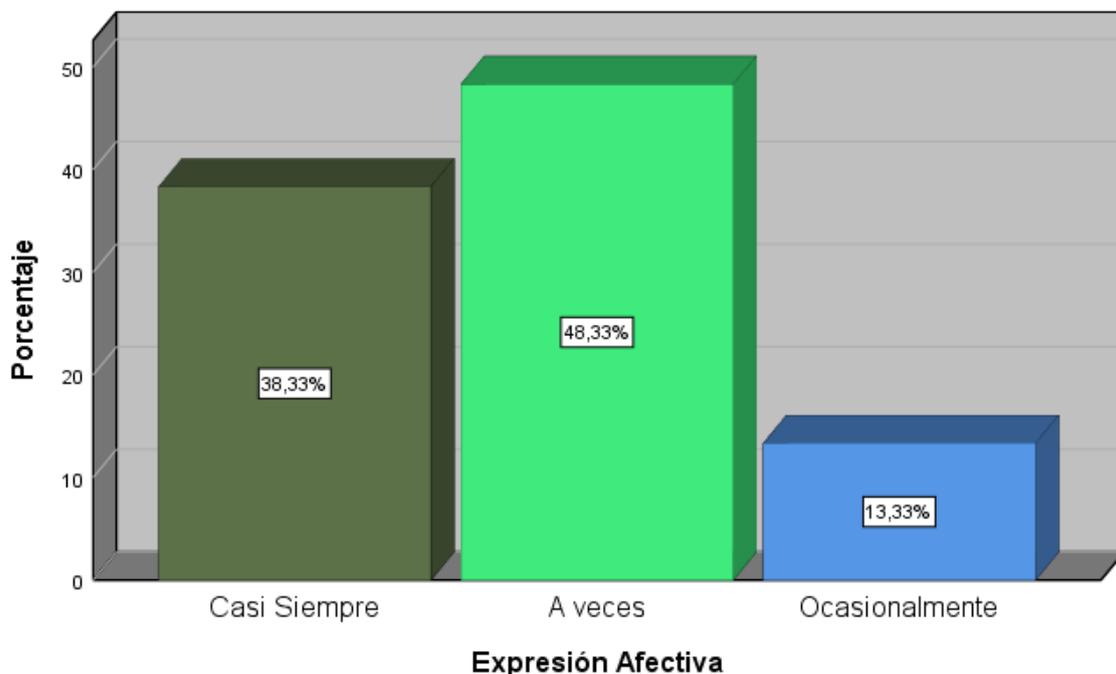
En la tabla 07 se observa que el 40% de las gestantes atendidas en el hospital II de Abancay casi siempre tienen satisfacción, el 46,67% de las gestantes atendidas en el hospital II de Abancay de abril a junio de 2018 a veces tienen satisfacción, el 13,33% de las gestantes atendidas en el hospital II de Abancay ocasionalmente tienen satisfacción.

Tabla 8.- Expresión Afectiva según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casi Siempre	23	38,3	38,3	38,3
	A veces	29	48,3	48,3	86,7
	Ocasionalmente	8	13,3	13,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente de elaboración propia

Gráfico 8.- Expresión Afectiva según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.



Interpretación.

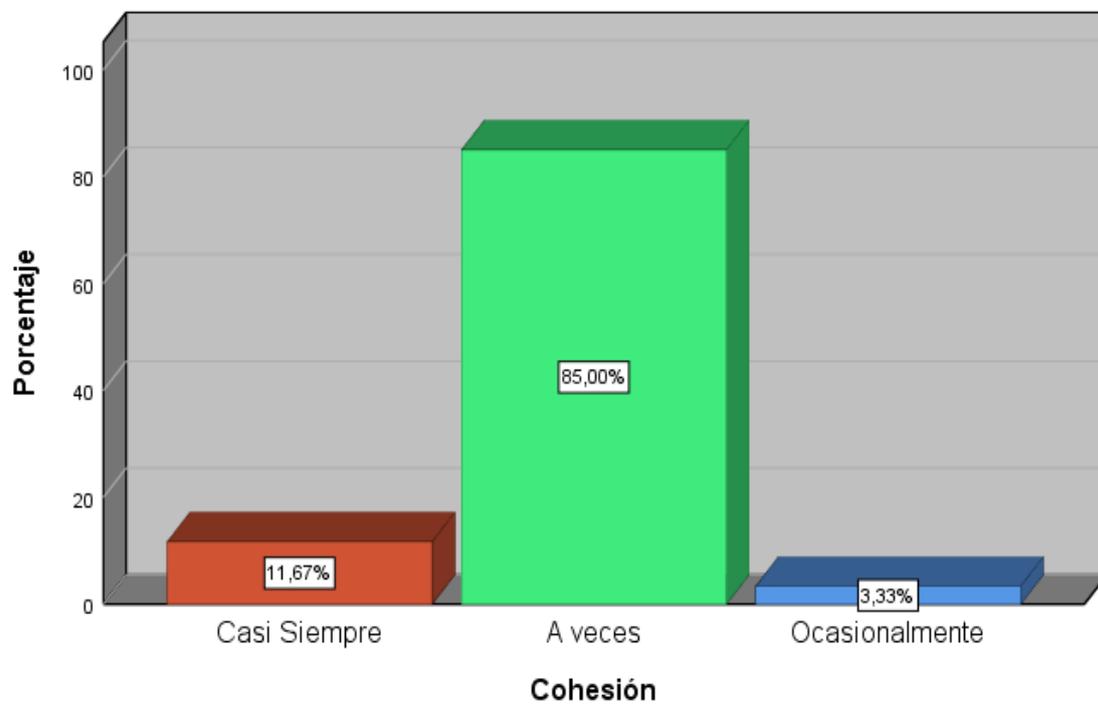
En la tabla 08 se observa que el 38,33% de las gestantes atendidas en el hospital II de Abancay casi siempre tienen Expresión afectiva, el 48,33% de las gestantes atendidas en el hospital II de Abancay de Abril a Junio de 2018 a veces tienen Expresión afectiva, el 13,33% de las gestantes atendidas en el hospital II de Abancay ocasionalmente tienen Expresión afectiva.

Tabla 9.- Cohesión según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casi Siempre	7	11,7	11,7	11,7
	A veces	51	85,0	85,0	96,7
	Ocasionalmente	2	3,3	3,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente de elaboración propia

Gráfico 9.- Cohesión según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.



Interpretación.

En la tabla 09 se observa que el 11,67% de las gestantes atendidas en el hospital II de Abancay casi siempre tienen Cohesión, el 85,00% de las gestantes entendidas en el hospital II de Abancay Abril a Junio de 2018 a veces tienen Cohesión el 3,33% de las gestantes atendidas en el hospital II de Abancay ocasionalmente tienen Cohesión.

4.2 RESULTADOS CORRELACIONALES

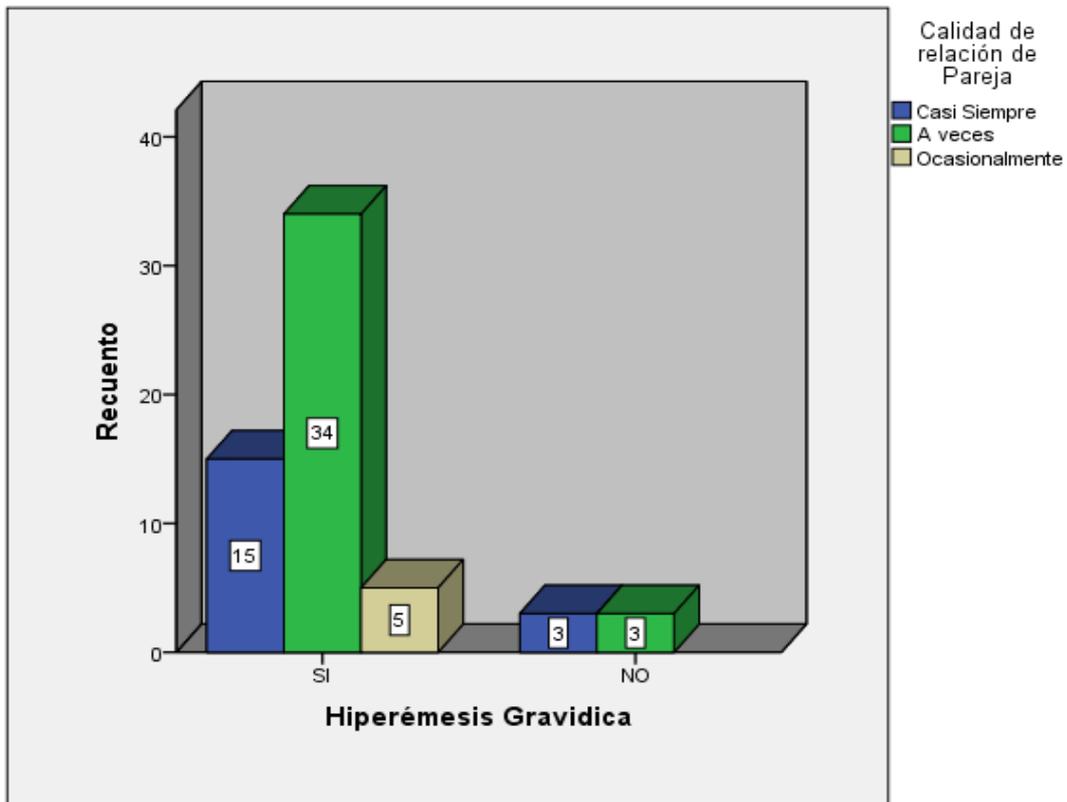
Tabla Cruzada

Tabla 10.- Hiperémesis Gravídica y la Calidad de relación de Pareja según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.

		Calidad de relación de Pareja			Total
		Casi Siempre	A veces	Ocasionalmente	
Hiperémesis Gravídica	SI	Recuento 15 27,8%	de 34 63,0%	5 9,3%	54 100,0%
	NO	Recuento 3 50,0%	de 3 50,0%	0 0,0%	6 100,0%
Total		Recuento 18 30,0%	de 37 61,7%	5 8,3%	60 100,0%

Fuente de elaboración propia

Gráfico 10.- Hiperémesis Grávidica y la Calidad de relación de Pareja según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018



Hipótesis General

(Hipótesis Nula) H0: No Existe relación en la Hiperémesis Grávidica y la Calidad de relación de Pareja según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018

(Hipótesis Alternativa) H1: Si Existe relación en la Hiperémesis Grávidica y la Calidad de relación de Pareja según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018

Nivel de significancia

Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 0,05$

Tabla 11.- Prueba de Hipótesis Rho de Spearman Hiperémesis Gravídica y la Calidad de relación de Pareja según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.

				Calidad de relación de Pareja	Hiperémesis Gravídica
Rho de Spearman	de Calidad de relación de Pareja	de Coeficiente de correlación	de Sig. (unilateral)	1,000	-,162
			N	.	,088
				60	60
	Hiperémesis Gravídica	Coeficiente de correlación	de Sig. (unilateral)	-,162	1,000
			N	,108	.
				60	60

Fuente de elaboración propia

Interpretación:

Como el valor significancia (valor critico observado) es ,088 es mayor que 0.05, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se tiene evidencia estadística para afirmar que. La Hiperémesis Gravídica y la Calidad de relación Pareja no tiene significancia según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.

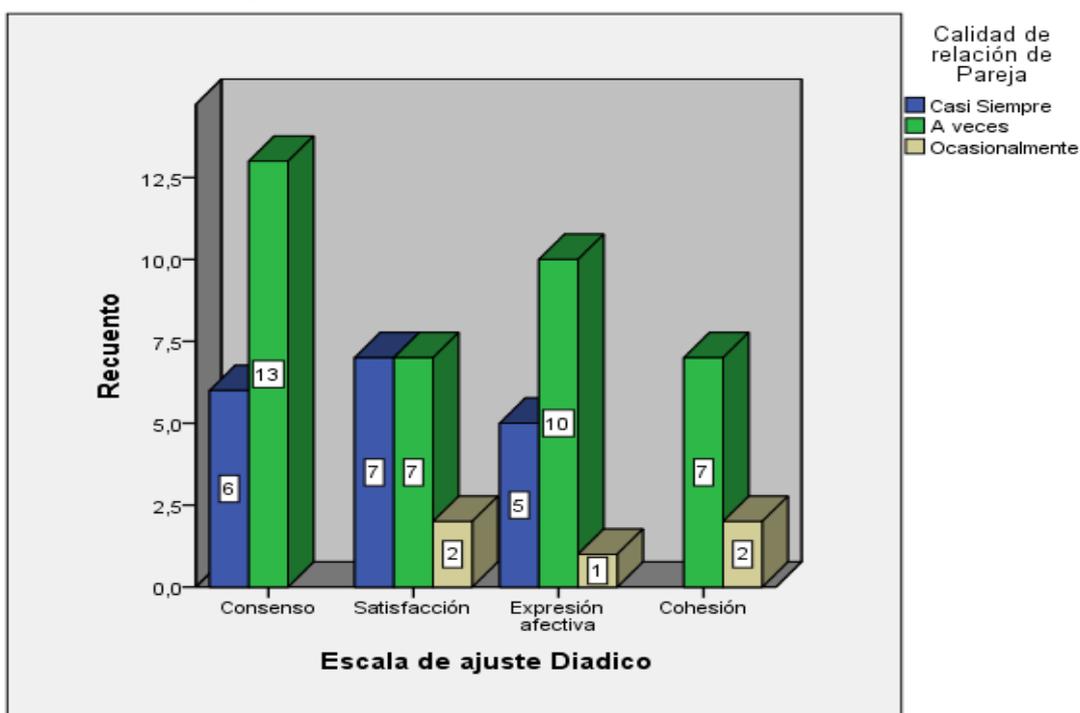
Como el coeficiente Rho de Spearman es de -,162 y de acuerdo al baremo de estimación de Spearman, no existe una correlación por lo que podemos afirmar que. No Existe relación significativa entre Hiperémesis Gravídica y la Calidad de relación Pareja no tiene significancia según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.

Tabla 12.- Escala de ajuste Diádico y Calidad de relación de pareja según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018

			Calidad de relación de Pareja			Total
			Casi Siempre	A veces	Ocasionalmente	
Escala de ajuste Diádico	Consenso	Recuento	6	13	0	19
		% dentro de Escala de ajuste Diádico	31,6%	68,4%	0,0%	100,0%
	Satisfacción	Recuento	7	7	2	16
		% dentro de Escala de ajuste Diádico	43,8%	43,8%	12,5%	100,0%
	Expresión afectiva	Recuento	5	10	1	16
		% dentro de Escala de ajuste Diádico	31,3%	62,5%	6,3%	100,0%
	Cohesión	Recuento	0	7	2	9
		% dentro de Escala de ajuste Diádico	0,0%	77,8%	22,2%	100,0%
Total		Recuento	18	37	5	60
		% dentro de Escala de ajuste Diádico	30,0%	61,7%	8,3%	100,0%

Fuente de elaboración propia

Gráfico 11.- Escala de ajuste Diádico y Calidad de relación de pareja según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018



Prueba de Hipótesis Específica

(Hipótesis Nula) H0: No Existe relación en la Escala de ajuste Diádico y Calidad de relación de pareja de según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018

(Hipótesis Alternativa) H1: Si Existe relación en la Escala de ajuste Diádico y Calidad de relación de pareja de según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.

Nivel de significancia

Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 0,05$

Tabla 13.- Prueba de Hipótesis Hiperémesis Rho de Spearman Escala de ajuste Diádico y Calidad de relación de pareja de según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018

			Escala de ajuste Diadico	Calidad de relación de Pareja
Rho de Spearman	Escala de ajuste Diádico	Coeficiente de correlación	1,000	,228*
		Sig. (unilateral)	.	,040
		N	60	60
Calidad de relación de Pareja	Escala de ajuste Diádico	Coeficiente de correlación	,228*	1,000
		Sig. (unilateral)	,040	.
		N	60	60

Interpretación:

Como el valor significancia (valor critico observado) es ,040 es menor que 0.05, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se tiene evidencia estadística para afirmar que. Escala de ajuste Diádico y Calidad de relación de pareja tienen un valor significativo

según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.

Como el coeficiente Rho de Spearman es de ,228 y de acuerdo al baremo de estimación de Spearman, si existe una correlación por lo que podemos afirmar que.

Si existe relación regular entre la Escala de ajuste Diádico y Calidad de relación de pareja tienen un valor significativo según Ecografía del primer trimestre en gestantes atendidas en el hospital II Abancay EsSalud de abril a junio de 2018.

DISCUSIONES

La investigación realizada tuvo como fin primordial determinar la asociación entre la calidad de la relación de pareja y la hiperémesis gravídica en las gestantes atendidas en el hospital II Abancay de EsSalud, durante los meses de abril a junio de 2018.

En los resultados encontrados en la investigación en estudio aceptamos la hipótesis general que establece que el 088 es mayor que 0.05 por lo tanto se acepta la hipótesis nula H_0 y se tiene evidencia estadística para afirmar que la calidad de relación de pareja e hiperémesis gravídica no tiene significancia.

Estos resultados tienen relación según las investigaciones que sostiene PARIONA (2017) donde manifiesta que la frecuencia de hiperémesis gravídica es mayor, al igual que las malas relaciones con su pareja.

De la Cruz (2012) en su estudio de factores psicosociales asociados a hiperémesis gravídica se encuentra que las gestantes son convivientes y sus edades oscilan entre los 18 y 34 y tienen un grado de instrucción superior y en un menor porcentaje estas gestantes tienen algún tipo de problema con su pareja.

Esto es acorde con lo encontrado en el estudio de la investigación.

En lo que no coincide el estudio de la investigación de la referida autora con el presente estudio es que ella menciona el sexo de los recién nacidos, así como las zonas rurales donde viven las gestantes. En este estudio no encontramos estos resultados.

En lo que respecta a la calidad de relación de pareja e hiperémesis gravídica en este estudio no se encuentra relación alguna

Regina (2010) en su tesis doctoral titulada

adaptación de la pareja al embarazo como proceso de la salud infantil teniendo como objetivos planteados: 1) Describir los niveles de ansiedad encontrados en las parejas

participantes. 2) Conocer el grado de satisfacción con la pareja en esta época de sus vidas. 3) Comparar la vinculación afectiva prenatal de los padres y madres tempranos. 4) Recoger las ideas que hombres y mujeres, de nuestro estudio, tienen tanto del nonato como del recién nacido. 5) Analizar las condiciones de las madres en el postparto y de los neonatos en relación con las variables expuestas los niveles de ansiedad severa fueron detectados en el 13.3% de las madres tempranas en la respuesta motora y un nivel moderado de ansiedad fisiológica encontrado tanto en hombres como en mujeres, teniendo en cuenta como posibles indicadores la frecuencia de vómitos y náuseas.

En el 2003 se realiza un estudio retrospectivo sobre la ansiedad y depresión como factores psicológicos asociados a hiperémesis gravídica, hallando diferencias significativas entre gestantes que tienen y no hiperémesis gravídica en la escala de la ansiedad y depresión lo que denota que esta constituye un factor psicológico que se asocia a esta patología, referente al estado civil y planificación del embarazo se halla diferencias lo cual nos indica que la inestabilidad de pareja y el embarazo inesperado son características significativas de alto riesgo para padecer hiperémesis gravídica.

Del total de pacientes gestantes atendidas en el hospital II Abancay –EsSalud con una muestra que se determinó de forma no probabilística aplicada a 60 gestantes manifiesta que son casadas en un 68.3% y el 31.67% son solteras ,el 96.67% si laboran en distintos tipos de rubro mientras en otro 3.33% no laboran, el 5% de las gestantes tienen una carrera técnica, el 10% tienen una carrera tecnológica y el 85% tienen una carrera superior, un 90% de las gestantes tienen hiperémesis gravídica en exceso y el 10% no tiene, un 35% de las gestantes casi siempre llegan a un consenso con su pareja y el 48% a veces llegan a un consenso, el 40 % de las gestantes casi

siempre tienen satisfacción con la pareja y un 46.67% a veces tiene satisfacción, el 38.33% de las gestantes casi siempre tiene expresión afectiva con su pareja y el 48.33% a veces tiene expresión afectiva, el 11.67% de gestantes casi siempre tiene cohesión mientras el 85.00 % a veces tiene cohesión.

CONCLUSIONES

En esta tesis se determinó la asociación entre la calidad de relación de pareja e hiperémesis gravídica en gestantes, por tanto se demuestra que no existe relación de manera significativa entre las variables.

En relación al segundo objetivo se encontró que la calidad de relación de pareja no se relaciona de manera significativa con la hiperémesis gravídica, en el cuadro se observa “sig” es ,088 siendo mayor que 0.05 entonces se acepta la hipótesis nula y por lo tanto se niega y se tiene con evidencia estadística en el Hospital II EsSalud - Abancay de abril- junio de 2018

Con esta investigación se realizó un estudio objetivo a nivel descriptivo – correlacional mediante la encuesta e historias clínicas dándonos como resultado que no existe relación entre la calidad de relación de pareja y la hiperémesis gravídica.

RECOMENDACIONES

Considerando la importancia que tiene esta investigación y en función a los resultados obtenidos se formula algunas recomendaciones para el personal del hospital II EsSalud -Abancay esto con la finalidad de lograr que esta institución tome en cuenta los resultados de este estudio para mejorar la calidad de relación de pareja en las gestantes para ellos se hace las siguientes recomendaciones.

A las autoridades del hospital II EsSalud- Abancay particularmente al personal asistencial de Obstetricia se le recomienda desarrollar una buena consejería en la etapa prenatal conjuntamente con la pareja que es un eje fundamental en la parte emocional para así llegar a un entendimiento de los signos y síntomas que esto provoca.

A las autoridades de la Universidad Alas Peruanas filial Abancay, para que tomen hincapié en el estudio realizado para que de esta forma se pueda investigar con más énfasis este tema que es de vital importancia en la etapa prenatal.

A la población gestante tomar en cuenta la importancia de la etapa prenatal, ya que desde la concepción se da la estimulación prenatal donde nace todo vínculo de la madre con el futuro recién nacido que dependerá mucho de la relación de pareja y posteriormente el óptimo desarrollo y entendimiento de todos los signos y síntomas de la Hiperémesis Gravídica.

A los que posteriormente realizarán nuevas investigaciones tomar en cuenta los resultados de este estudio de investigación que contribuirá en la salud emocional y fisiológica de las gestantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2011/rmc114j.pdf PAG 441-445

GARY CUNNINGHAM, J. Et al. Obstetricia de Williams. 23ª edición. Me Graw Hill Interamericana, 2011.

2 www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/viewFile/614/460

M.F.VERBERG. Hyperemesis gravidarum, a literature review. Human Reproduction Update, Vol.11, No.5 pp. 527-539, 2005.

3.www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/viewFile/614/460

SANTIBÁÑEZ, A.VEGA, M. Y RODRÍGUEZ, R.Hiperémesis Gravídica en elHospital Docente Madre Niño San Bartolomé de Lima. Gynaecia. Vol. 1, número1, Junio - Agosto de 2000. Lima, Perú.

4.www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/viewFile/614/460

LEIVA HERRADA, C. CASTRO ATARAMA, O. Factores Asociados A La Mortalidad Neonatal En El Hospital De Sullana. Electron J Biomed 2005; 2:55-66.

5.https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/..../libro.pdf

PACHECO, J; FARRO, D; ELÍAS, G. Mortalidad materna: Experiencia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, ESSALUD 1958-1998. Acta Médica Peruana - Vol. XVII N° 1, Julio - Setiembre 1999.

6. ENCUESTA DE LA UNIVERSIDAD DE LIMA SOBRE RELACION DE PAREJA 2004

HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-MINSA. Análisis de la Situación de Salud del Hospital Guillermo Díaz de la Vega 2012. Cuarta Edición, 2012.

7. RODRÍGUEZ MEDINA, O. Factores de Riesgo Asociados a la Hiperémesis Gravídica en el Hospital Regional de Loreto, Enero-Diciembre del 2005, Tesis Para Optar el Título de Médico Cirujano, Facultad de Medicina Humana, UNAP, 2005.
8. PACHECO ROMERO J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción. 2° edición, REP SAC. Pags. 1081 - 1084. Lima 2007.
9. LEENER B, SAUER I, RATH W. Nausea and Vomiting in Early Pregnancy/Hyperemesis Gravidarum. Current Status of Psychosomatic Factors. Z GeburtshilfeNeonatal. 2000 Jul-Aug;204(4):128-34. Review German.
10. VILLANUEVA FLORES,L; ZELADA LEIVA, T. Características de la Personalidad y Algunos Factores Socioculturales Y Obstétricos en Gestantes con Diagnostico y sin Diagnostico Hiperemesis Gravidica. Tesis para optar el grado de licenciada en psicología. Universidad cesar Vallejo, Pert, 2002.
11. BRANDON A, TRIVEDI M, HYNAN L, AND COL. Prenatal Depression in Women Hospitalized for Obstetric Risk. J ClinPsychiatry. 2008 April; 69(4):635-643.
12. DE LA CRUZ PEREZ V. Factores Psicosociales Asociados a la Hiperémesis Gravídica en Gestantes Hospitalizadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Iquitos – EsSalud de Enero a Diciembre 2012. Tesis Para Optar el Título de Médico Cirujano, Facultad de Medicina Humana, UNAP, 2013.
13. MEYER, I. Symptoms and health problems in pregnancy: their association with social factors, smoking, alcohol, caffeine and attitude to pregnancy. PediatrPerinatEpidemiol. 1994 Apr; 8(2):145-55.
14. RODRIGUEZ MEDINA, O. Factores de Riesgo Asociados a la Hiperémesis Gravídica en el Hospital Regional de Loreto, Enero-Diciembre del 2005, Tesis Para Optar el Título de Médico Cirujano, Facultad de Medicina Humana, UNAP, 2005.
15. A. GONZALES - GONZALES, E. ALVAREZ. Síntomas y signos digestivos durante la gestación: náuseas y vómitos/hiperémesis gravídica. Mayo, 2011.

16. A. GONZALES, - GONZALES, E. ALVAREZ. Síntomas y digestivos durante la gestación: náuseas y vómitos/hiperémesis gravídica. Mayo, 2011.
17. CHAN R.L, OLSHAN A.F. Maternal influences on nausea and vomiting in early pregnancy. *Maternal child health. J.* 2011; 15:122-7.
18. Regina tesis doctoral titulada: Adaptación de la pareja al embarazo como proceso y promoción de la salud infantil 2010
BAILIT, JL. Hyperemesis gravidarum: epidemiologic findings from a large cohort. *Am J ObstetGynecol* 2005; 193:811-4.
19. FELL, DB, Et Al. Risk factors for hyperemesis gravidarum requiring hospital admission during pregnancy. *ObstetGynecol* 2006; 107: 277-84.
20. PARIONA En su tesis titulada "Prevalencia y epidemiología de la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el hospital San Juan de Dios de Pisco 2014-2016". 2017
Macle L, VARLET M.N. Hyperemesisgravidarum: a rare but potentially severe complication on the first trimester of pregnancy. *Rev. Prad.* 2010; 60:759 -64.
21. TAN, PC. Et Al. Toe fetal sex ratio and metabolic, biochemical, haematological and clinical indicators of severity of hyperemesis gravidarum. *Br J ObstetGynecol* 2006; 113: 733-7.
22. TROGSTAD, LIS. Et Al Recurrence risk in hyperemesis gravidarum. *Br J Obstet* 2005; 112: 1641-5.
23. SALAS DE LA VEGA, A. Et Al; Frecuencia, diagnóstico y manejo de la hiperémesis gravídica, *Ginecol. & obstet*; 46 (3):216-21, jul. 2000.
24. PACHECO, José, Op Cit; FARRO, D; ELÍAS, G. Mortalidad materna: Experiencia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, ESSALUD 1958-1998. *Acta Médica Peruana - Vol. XVII N° 1 Julio - Setiembre 1999.*
25. MENDEZ QUIJADA, J; MATA VALLENILLA, J. Mortalidad por hiperémesis gravídica en la Maternidad Concepción Palacios de Caracas, (1942-1994). *Rev. obstet. ginecol. Venezuela*; 56(4):221-4, dic. 1996.
26. T. MURPHY GOODWIN. M.D. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica. Editorial ELSEVIER SAUNDERS. Estados Unidos, 2008.

27. ALVARADO, R. Et AL "Cuadros depresivos durante el Embarazo y factores asociados". Rev. Chil. Obstet. Ginecol., 58(2): 135 - 141. 1993.
28. SALAS. EN UN ESTUDIO REALIADO CON EL OBJETIVO DE Conocer la frecuencia, diagnóstico y tratamiento de la hiperémesis gravídica en el Hospital Cayetano Heredia Hospital Cayetano Heredia 2000
29. DE LA TORRE BULNES, M; Complicaciones gastrointestinales en el embarazo, CirEsp 2005; 78(6): 371-6.
30. ELIAKIM R, ABULAFIA O. Hyperemesis gravidarum: a recurrent review. Am J.Perinatol. 2000; 17:207-18.
31. SCHIF M.A, REED SD. Toe sex ratio of pregnancies complicated by hospitalization for hyperemesis gravidarum, Br. J. Obstet Gynecol. 2004; 111:27-35.
32. VERBERO M.F, GILLOTT D.J. Hyperemesis gravidarum, a litarature review.Hum reprodupdate. 2005; 11 :527-39.
33. A. GONZALES - GONZALES. Op. Cit. Síntomas y signos digestivos durante la gestación: náuseas y vómitos hiperémesis gravídica. Mayo, 2011.
34. DE LA TORRE BULNES M; Op. Cit. Complicaciones gastrointestinales en el embarazo, Cir Esp 2005; 78(6): 371-6.
35. MUNCH S. Chicken or the egg? Toe biological-psychologicalcontroversysurrounding hyperemesis gravidarum. SocSciMed 2002; 55: 1267-78.
36. FIGUEROA AGUILAR, V. Op. Cit. Aspectos Psicológicos de la hiperémesis gravídica. Perinatol Reprod hum. 1997; 11(4):198-201.
37. ALVARADO, Rubén; Op Cit. ALV ARADO, R. Et Al. "Componentes psicosociales del riesgo durante la gestación. Revisión bibliográfica". Rev. Psiquiatría, 13(1): 30-41. 1996.
38. PACHECO, José, Op Cit. J. Ginecología, Obstefricia y Reproducción. 20 edición, REP SAC. Pags. 1081 - 1084. Lima 2007.

39. MALDONADO-DURÁN, M; LARTIGUE, T; LECANNELIER, F. Dificultades psicosomáticas en la etapa perinatal, *PerinatolReprodHum*, VOL. 22 No. 1; Enero-Marzo2008.
40. SALAS DE LA VEGA, Op Cit, A. Et Al; Frecuencia, diagnóstico y manejo de la hiperemesis gravídica, *GinecoL & obstet*; 46 (3):216-2l,juL 2000.
41. DODDS L, FELL D.B. Outcome of pregnancies complicated by hyperemesis gravidarum. *ObstetGynecol* 2006; 107:285-92.
42. BAILIT J.L. Hyperemesis gravidarum: epidemiologic findings from a large cohort. *An. J. ObstetGynecol* 2005; 193:811-4.
43. BRUNETTI - PIERRI N, HUNTER J.V. Gray matter heterotopias and brachytelephalangic chondrodysplasia punctata: a complication of hiperemesis gravidarwn induced vitamin K deficiency? *Am J. Med Genet A*. 2007; 143:200-4.
44. MEIGHAN M, WOOD AF. Toe impact of hyperemesis gravidarwn on maternal role assumption. *JOGN Nursing* 2005; 34: 172-9.
45. JEDNAK M.S, SHADIGIAN E.M. Protein meals reduce nausea and gastric slowwave dysthythmic activity in first trimester pregnancy. *Am.J.physiol* 1999;277:G855-61.
46. SIMON EP, SCHWARZ J. Medical hypnosis for hyperemesis gravidarum. *Birth*1999; 26: 248-53.
47. FUCHS K. Et Al. Treatment of hyperemesis gravidarum by hypnosis. *Int J ClinExpHypn* 1980; 28: 312-23.
48. HERNANDEZ R, FERNANDEZ C, BAPTISTA P. Metodología de la Investigación. Cuarta Edición, 2006. México, McGraw-Hill/Interamericana, pag. 157-232.
49. CACERES J. Manual De Terapia de Pareja e Intervención con Familias. Madrid, 1996. Fundación Universidad Empresa.

ANEXOS

Título: CALIDAD DE RELACIÓN DE PAREJA E HIPERÉMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ABANCAY DE ESSALUD DE ABRIL A JUNIO DE 2018

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICE	DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN		
¿Existe asociación entre la calidad de la relación de pareja y la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el hospital II Abancay de EsSalud, durante los meses de abril a junio del 2018?	Determinar la asociación entre la calidad de la relación de pareja y la hiperémesis gravídica en las gestantes atendidas en el hospital II Abancay de EsSalud, durante los meses de abril a junio del 2018.	La asociación de la calidad de relación de pareja se relaciona significativamente con la hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el Hospital II Abancay de EsSalud, durante los meses de abril a junio de 2018.	CALIDAD DE RELACIÓN DE PAREJA.	Consenso	<ul style="list-style-type: none"> Estado civil Situación laboral Grado de Instruccional según Ecografía Dx de Hiperémesis según ecografía Consenso según Eco de primer trimestre Satisfacción según Eco de primer trimestre Expresión Afectiva según Eco de primer trimestre Cohesión según Eco de primer trimestre 	siempre casi siempre a veces ocasionalmente nunca	DISEÑO: Descriptivo correlacional Se recolectan datos y se describe relación TIPO: No experimental NIVEL: Correlacional POBLACIÓN: Conformada por las gestantes atendidas en el Hospital II Abancay de EsSalud, en las diversas áreas del servicio de Obstetricia y Gineco-Obstetricia (Consulta externa, emergencia, y hospitalización), durante los meses de abril a junio del año 2018. MUESTRA: Estará conformada por todas las gestantes atendidas en el Hospital II Abancay de EsSalud, durante los meses de abril a junio del 2018, que cumplan con los criterios de selección. CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Gestantes con diagnóstico de Hiperémesis Gravídica Gestantes que tengan actualmente una relación de pareja. TÉCNICA: Entrevista y cuestionario autoadministrado, e Historia Clínica. METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE DATOS: A través de: software MINITAB versión 16, logrando de esta manera dar una interpretación adecuada de los datos, asimismo, Microsoft Excel 2016 las gráficas y Microsoft Word 2016 las tablas de doble entrada.		
PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPOTESIS ESPECIFICAS		Grado de instrucción				<ul style="list-style-type: none"> Ficha de recolección de datos 	Sin estudios Primaria Secundaria Técnico Tecnológico Universitario
¿Cómo es la calidad de relación de pareja de las gestantes atendidas en el Hospital II Abancay de EsSalud, durante los meses de abril a junio de 2018?	Identificar la calidad de relación de pareja de las gestantes atendidas en el Hospital II Abancay de EsSalud, durante los meses de abril a junio de 2018.	La calidad de relación de pareja se relaciona con la expresión afectiva en gestantes atendidas en el Hospital II Abancay de EsSalud, durante los meses de abril a junio de 2018.		Estado civil				<ul style="list-style-type: none"> Ficha de recolección de datos 	Casada Soltera
¿Cuántas gestantes atendidas en el Hospital II Abancay de EsSalud, presentan el diagnóstico de hiperémesis gravídica durante los meses de abril a junio de 2018?	Identificar el número de gestantes atendidas en el Hospital II Abancay de EsSalud, que presentaron el diagnóstico de hiperémesis gravídica durante los meses de abril a junio de 2018.			Número de hijos				<ul style="list-style-type: none"> Ficha de recolección de datos 	sin hijos un hijo dos hijos ≥3 hijos
				Situación laboral				<ul style="list-style-type: none"> Ficha de recolección de datos 	<ul style="list-style-type: none"> Si No
				Hiperémesis Gravídica				<ul style="list-style-type: none"> Ficha de recolección de datos 	<ul style="list-style-type: none"> Si No
				Edad				<ul style="list-style-type: none"> Fecha de encuesta 	18-29 años 30-39 años ≥40 años
				Edad Gestacional				<ul style="list-style-type: none"> Edad gestacional según ecografía del primer trimestre Fecha de entrevista 	≤8 ss. 9-16 ss. 17-24 ss. 25-32 ss. ≥33 ss.

Edson Omar Comisla Arce
 OBSTETRA
 C.O.P. 15591

UNIVERSIDAD PERUANA
 Dr. Fep. S. ...
 COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Eider Leon Condorcuya
 ING. SISTEMAS E INFORMÁTICA
 CIP. 195541



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

SEÑORES JUEZ EXPERTOS DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, SIRVASE CALIFICAR LA PRESENTE FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE MI INVESTIGACIÓN TITULADA "CALIDAD DE RELACIÓN DE PAREJA E HIPEREMÉSIS GRAVÍDICA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ABANCAY DE EsSalud DE ABRIL A JUNIO DE 2018" TENIENDO COMO BASE LOS CRITERIOS QUE A CONTINUACIÓN SE PRESENTA.

VALIDEZ DE CONTENIDO: JUICIO DE EXPERTOS

N°	CRITERIOS	ESCALA DE VALORACIÓN	
		FAVORABLE (1 PUNTO)	DESFAVORABLE (0 PUNTOS)
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓	
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	✓	
3	La estructura del instrumento es adecuado	✓	
4	Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formulados. (claras y entendibles)	✓	
5	Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la operacionalización de la variable	✓	
6	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓	
7	Las categorías de cada pregunta (variable) son suficientes	✓	
8	El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación	✓	

Eilson Omar Comislla Arce
OBSTETRA
C.O.P 15591

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
HOSPITAL II ABANCAY
Dr. Fer. S. ...
COORDINADOR DE OBSTETRICIA

Eider Leon Condorcuya
ING. SISTEMAS E INFORMÁTICA
C.I.P. 195541



CARTA DE PRESENTACIÓN

DR : JOSÉ LUIS ALTAMIRANO ROJAS
DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL II ESSALUD -ABANCAY

ATENCIÓN : LIC. EVELIN PEÑA JIMENES
JEFE (A) DE LA UNIDAD DE DOCENCIA Y CAPACITACIÓN

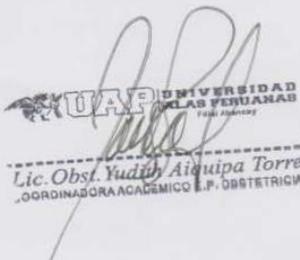
ASUNTO : PRESENTACIÓN DE BACHILLER EN OBSTETRICIA PARA RECOGER DATOS DE INVESTIGACIÓN.

Abancay, 30 de Mayo del 2018

Previo un cordial saludo a la vez presentar a la Srta. **DIANA NELADI, NAVEDO CALDERON**, Bachiller de la Escuela profesional de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas Filial Abancay, identificado con **DNI: N° 42985781**, código de estudiante N° **2008222659**, quién cumple con los requisitos establecidos en el reglamento para realizar su investigación de la facultad de **MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD** de nuestra Universidad; que por Título lleva "**CALIDAD DE RELACIÓN DE PAREJA E HIPERÉMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ABANCAY DE ESSALUD - 2018**", por ello recurrimos a su digno despacho para solicitarle se permita realizar su recolección de datos de su trabajo de investigación, en un periodo de 15 días hábiles estando a la espera de su aceptación de su Institución que Ud. Dignamente dirige.

Agradezco su atención las que sirvan la complementación en la formación profesional de nuestra estudiante.

Atentamente:


**UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS**
Filial Abancay
Lic. Obst. Yudit Aiquipa Torre
COORDINADORA ACADÉMICO E.P. OBSTETRICIA

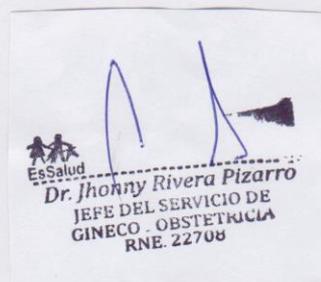


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

CONSTANCIA DE CULMINACIÓN DE RECOJO DE INTRUMENTO

Por medio de la presente, me dirijo a usted para Saludarle y poner en conocimiento que siendo egresada de la Universidad Alas Peruanas Filial Abancay, Facultad de Medicina Humana Y Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, Diana Néladi, NAVEDO CALDERÓN con DNI N°42985781 me presento y expongo que se culminó con la encuesta de manera satisfactoriamente en el HOSPITAL II DE EsSalud - Abancay del 04 DE JUNIO al 22 de JUNIO de 2018.



Abancay junio de 2018



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

INFORME METODOLÓGICO Nro.001-2018-ST-GT-D-FMHyCS-UAP

A : DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA
COORDINADOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGIA

DE : DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA
COORDINADOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGIA

ASUNTO : INFORME DE TESIS DE LA BACHILLER NAVEDO CALDERÓN
DIANA NÉLADI

FECHA : 10 DE SETIEMBRE DE 2018

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el informe de aprobación de tesis, como asesor del área metodológica con el tema de **"CALIDAD DE RELACIÓN DE PAREJA E HIPEREMÉSIS GRAVÍDICA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ABANCAY DE ESSALUD DE ABRIL A JUNIO DE 2018"**, presentado por la bachiller en Obstetricia, **NAVEDO CALDERÓN DIANA NÉLADI**, la cual tiene el calificativo **APTO** para su sustentación y se eleve el presente informe para que siga el trámite correspondiente.

Sin otro particular. me despido.

DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA
ASESOR METODOLÓGICO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

INFORME ESTADÍSTICO Nro.001-2018-ST-GT-D-FMHyCS-UAP

A : DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA
COORDINADOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGIA

DE : ING. EIDER LEÓN CONDORCUYA
DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS ASESOR
ESTADISTICO

ASUNTO : INFORME DE TESIS DE LA BACHILLER NAVEDO CALDERÓN
DIANA NÉLADI

FECHA : 10 DE SETIEMBRE 2018

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el informe de aprobación de tesis, como asesor del área estadística con el tema de **"CALIDAD DE RELACIÓN DE PAREJA E HIPEREMÉSIS GRAVÍDICA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ABANCAY DE ESSALUD DE ABRIL A JUNIO DE 2018"**, presentado por la bachiller en Obstetricia, **NAVEDO CALDERÓN DIANA NÉLADI**, la cual tiene el calificativo **APTO** para su sustentación y se eleve el presente informe para que siga el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me despido.

Atentamente

ING. EIDER LEÓN CONDORCUYA

ASESOR ESTADÍSTICO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

INFORME TEMÁTICO Nro.001-2018-ST-GT-D-FMHyCS-UAP

A : DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA
COORDINADOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGIA

DE : OBST. ISELA MARY CÁRDENAS RAYMONDI
DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS ASESOR
TEMATICO

ASUNTO : INFORME DE TESIS DE LA BACHILLER NAVEDO CALDERÓN
DIANA NÉLADI

FECHA : 10 DE SETIEMBRE DE 2018

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el informe de aprobación de tesis, como asesor del área temática con el tema de **"CALIDAD DE RELACIÓN DE PAREJA E HIPEREMÉSIS GRAVÍDICA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ABANCAY DE ESSALUD DE ABRIL A JUNIO DE 2018"**, presentado por el bachiller en Obstetricia, **NAVEDO CALDERÓN DIANA NÉLADI**, la cual tiene el calificativo **APTO** para su sustentación y se eleve el presente informe para que siga el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me despido.

OBST. ISELA MARY CÁRDENAS RAYMONDI

ASESOR ESTADÍSTICO

Sin título1.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 15 de 15 variables

	NroHijos	SituaciónLaboral	GradoInstrucción	EdadGestacional	HiperémesisGravídica	EscaladeajusteDiadico	Consenso	Satisfacción	ExpresiónAfectiva	Cohesión	EscalaDiadico
10	1	SI	Superior	SI	NO	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Satisfacción 1
11	1	SI	Superior	SI	SI	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Consenso 1
12	1	SI	Superior	SI	SI	A veces	Ocasional...	A veces	A veces	A veces	Satisfacción 1
13	1	SI	Superior	SI	SI	A veces	A veces	Ocasional...	A veces	A veces	Consenso 1
14	1	SI	Superior	SI	SI	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Casi Siem...	Consenso 1
15	1	SI	Superior	SI	SI	A veces	A veces	Ocasional...	A veces	A veces	Consenso 1
16	1	SI	Superior	SI	SI	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Consenso 1
17	1	SI	Superior	SI	NO	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Consenso 1
18	1	SI	Superior	SI	SI	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Consenso 1
19	1	SI	Superior	SI	SI	A veces	Ocasional...	A veces	A veces	A veces	Expresión ... 1
20	1	SI	Superior	SI	NO	Casi Siem...	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Satisfacción 1
21	1	SI	Superior	SI	SI	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Satisfacción 1
22	1	SI	Superior	SI	SI	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Expresión ... 1
23	1	SI	Superior	SI	SI	A veces	Ocasional...	A veces	A veces	A veces	Expresión ... 1
24	1	SI	Superior	SI	SI	A veces	A veces	A veces	Casi Siem...	A veces	Expresión ... 1
25	1	SI	Superior	SI	SI	A veces	Casi Siem...	A veces	A veces	A veces	Consenso 1
26	1	SI	Superior	SI	SI	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Consenso 1
27	1	SI	Superior	SI	SI	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Satisfacción 1
28	1	SI	Superior	SI	SI	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Consenso 1
29	1	SI	Superior	SI	SI	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi Siem...	Cohesión 1
30	1	SI	Superior	SI	SI	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Consenso 1
31	1	SI	Superior	SI	SI	A veces	Casi Siem...	A veces	A veces	A veces	Expresión ... 1

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

ES 10:37 a.m. 26/09/2018

Sin título1 - Microsoft Excel (Error de activación de productos)

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista

Calibri 11 Fuente Alineación General

Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celda

Insertar Eliminar Formato Celdas Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar Modificar

	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
1	EstadoCiv	NroHijos	SituaciónLa	GradoInst	EdadGest	Hiperéme	Escaladeaj	Consenso	Satisfacci	Expresión	Cohesión	EscalaDiadico	
2	1	1	1	2	5	1	1	3	3	3	3	3	3
3	2	1	1	6	1	1	3	3	3	2	3	3	2
4	1	1	1	6	1	1	2	2	2	2	3	3	3
5	1	1	1	6	1	2	3	4	4	3	3	3	3
6	2	1	1	5	1	1	2	3	2	2	3	2	2
7	1	1	1	6	1	1	2	2	2	2	3	2	2
8	2	1	1	4	1	1	3	2	3	2	3	1	1
9	2	1	1	6	1	1	2	2	2	2	3	3	3
10	1	1	1	6	1	1	3	3	2	3	3	2	2
11	1	1	1	6	1	2	2	2	2	2	2	2	2
12	2	1	1	6	1	1	2	2	2	2	3	1	1
13	1	1	1	6	1	1	3	4	3	3	3	2	2
14	1	1	1	6	1	1	3	3	4	3	3	1	1
15	1	1	1	6	1	1	2	2	2	3	2	1	1
16	1	1	1	6	1	1	3	3	4	3	3	1	1
17	1	1	1	6	1	1	3	3	3	3	3	1	1
18	1	1	1	6	1	2	2	2	2	2	2	1	1
19	2	1	1	6	1	1	3	2	2	2	3	1	1
20	1	1	1	6	1	1	3	4	3	3	3	3	3
21	1	1	1	6	1	2	2	3	2	2	3	2	2
22	1	1	1	6	1	1	2	2	2	2	2	2	2

Sin título1

Listo 115%

ES 10:49 a.m. 26/09/2018

FOTO DEL HOSPITAL DONDE SE HIZO LA RECOLECCIÓN DE DATOS



HOSPITAL II ABANCAY- EsSalud



**ENCUESTANDO A LAS GESTANTES EN EL AREA DE HOSPITALIZACIÓN DE OBSTETRICIA
HOSPITAL II EsSalud - ABANCAY**



REVISANDO HISTORIA CLÍNICA DE LA GESTANTE

