



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

Estudios de Postgrado
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Unidad de Medicina Familiar No 20

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD EN PACIENTES
EMBARAZADAS MAYORES DE 18 AÑOS,
EN LA UMF NO. 20**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
DR. DISRAELI ANTONIO BALCORTA YEPEZ

TUTORA
DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

ASESORA CLÍNICA
DRA. MÓNICA ADRIANA PINEDA GUTÉRREZ



GENERACIÓN 2009-2012

México. D.F.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TUTORA

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR UMF No.20.**

ASESORA CLÍNICA

**DRA MÓNICA ADRIANA PINEDA GUTÉRRIZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MEDICA ADSCRITA UMF No20**

ASESORA METODOLÓGICA

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR UMF NO.20.**

Vo. Bo.

**DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.
MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGIA CLINICA.
COORDINADORA CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
EN LA UMF No 20.**

Agradecimientos

A DIOS

**Por amarme tanto, permitiéndome
disfrutar de lo maravilloso que es la vida
y por la hermosa familia que me ha dado.**

**A mis hermosos hijos
Toño, Disra, Erick y Daniel.
Por ser mi inspiración y la fuerza que
me inspira a seguir adelante**

A mi esposa Abigail

**Por el amor, apoyo y confianza
que siempre me a brindado.
y por que se que siempre podre
contar con ella.**

A mi Papá y mi Mamá

**Por su infinito amor, paciencia y comprensión,
así como por enseñarme lo hermoso que es la vida
y su incondicional apoyo en toda mi vida.**

A mis hermanos Judith, Edith y Francisco.

**Por su amor, apoyo y confianza
Ya que siempre podre contar con ellos.**

**A la Dra. Carmen Aguirre
Por la paciencia que ha tenido
así como por todo lo que me ha enseñado
en estos 3 años y por ser mi asesora
al elaborar esta tesis.**

**A la Dra. Mónica Pineda.
Por ser mi asesora y haberme
Ayudado a elaborar este trabajo.**

**A la Dra. Santa y a la Dra. Victoria.
Por sus enseñanzas y su
paciencia comprensión durante
mi residencia.**

**A Rebeca, Rodrigo, Aidé, Yeslin, Fiona y mis amigos.
Por hacer que esta residencia fuera tan divertida.**

**A mi abuelita Elena y mis tías, Male, Grisi y Chelito.
Por su cariño, apoyo sus valiosos
consejos que siempre me han brindado**

**A mi inolvidable amiga Dorra.
Con la que viví tantos momentos de alegría
me brindo su amor incondicional
Y me sigue haciendo tanta falta su compañía.**

INDICE

Página

TITULO	
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
HIPOTESIS	9
OBJETIVOS	9
SUJETOS, MATERIAL Y METODOS	10
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	25
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	29
REFERENCIAS	30
ANEXOS.	31

RESUMEN ESTRUCTURADO

FRECUENCIA DE ANSIEDAD EN PACIENTES EMBARAZADAS MAYORES DE 18 AÑOS, EN LA UMF NO. 20.

Balcorta-Yépez DA, 1. Aguirre-García MC, 2, Pineda Gutiérrez MA. 3.

1. Alumno del tercer año del curso de especialización en medicina familiar.

2 Titular del curso de especialización en medicina Familiar

3 Médico Familiar Adscrito a la UMF 20

La ansiedad prenatal es un trastorno de salud mental que se presentan con más frecuencia durante el embarazo que conlleva a múltiples dificultades psicosociales en la mujer que la padece.

Objetivo. Determinar la frecuencia de ansiedad durante el embarazo en mujeres de 18 a 34 años de edad.

Diseño Transversal descriptivo.

Ubicación. Unidad de Medicina Familiar No 20 Vallejo ambos turnos.

Mediciones Previo consentimiento informado se realizaron encuestas a 325 embarazadas de aspectos sociodemográficos (edad, escolaridad, ocupación Graffar para nivel socioeconómico) aspectos clínicos (Formato MF7 para riesgo obstétrico) aspectos familiares (tipología familiar) y el cuestionario general de salud que evaluó presencia de ansiedad (GOLDBERG)

Análisis estadístico descriptivo e inferencial.

Resultados El 72.8% de la mujeres gestantes no presentaron ansiedad prenatal. El perfil sociodemográfico de predominio en mujeres con ansiedad fue: escolaridad bachillerato técnico 27.5%, ama de casa 48.4%, estado civil casada 48.4% y nivel socioeconómico nivel medio bajo, familia nuclear extensa 42.9% Antecedentes obstétricos El perfil gineco-obstetrico referido fue riesgo reproductivo bajo 67.5%, tercer trimestre del embarazo 43.3% primigestas 58.2%. Se asocio la ansiedad a escolaridad (primaria vs profesional 13.33 IC al 95%3.03-67.3 P= 0.00) ocupación (comerciante vs profesional 18.67 IC95%2.42-187 P0.000). Así mismo la característica de haber tenido hijos (sin hijos vs con un hijo OR2.1 IC95%1.3-4.34 P0.028)

Conclusiones un tercio de las mujeres embarazadas presentan ansiedad sin importar el trimestre del embarazo, teniendo la característica de baja escolaridad, ocupación comerciante o poco remunerada así como no haber tenido hijos.

Palabras clave: Ansiedad, prenatal, riesgo obstétrico.

ABSTRACT STRUCTURED

FREQUENCY OF ANXIETY IN PATIENTS PREGNANT OLDER 18 YEARS OF AGE, IN TO UMF 20.

Balcorta-Yépez DA, 1. Aguirre-García MC, 2, Pineda Gutiérrez MA. 3.

1. Student of the third year of the course of specialization in family medicine.
2. 2 Title of the course of specialization in medicine family
3. 3 medical family SEGIB to UMF 20

Prenatal anxiety is a mental health disorder that occur most frequently during pregnancy that leads to multiple psychosocial difficulties in women. Objective Determine the frequency of anxiety during pregnancy in women 18-34 years of age. Cross-sectional descriptive design location. Unit of medicine family Vallejo number 20 both shifts. Measurements prior informed consent surveys were conducted to pregnant 325 aspects socio-demographic (age, education, occupation two to socioeconomic level) clinical aspects (MF7 format for obstetric risk) aspects family and the general questionnaire of health evaluated the presence of anxiety (GOLDBERG) descriptive and inferential statistical analysis. Results the 72.8 per cent of pregnant women had no prenatal anxiety. Profile demographic dominance in women with anxiety was: schooling technical o high school 27.5%, 48.4 housewife %, State civil married 48.4% and socioeconomic mid-level bass, extended nuclear family 42.9% obstetric history profile obstetrical & Gynecology-gynecological referred was reproductive risk under 67.5%,tercer trimester 43.3% primigestas 58.2%. Anxiety was associated to schooling (elementary vs professional 13.33 IC95%3.03-67.3P=0.00) occupation (merchant vs professional OR18.67 IC95%2.42-187 P0.000). Likewise the feature of having had children. (childless vs with a son OR2.1 IC95%1.3-4.34 P0.028). Conclusions one-third of pregnant women have anxiety regardless of trimester of pregnancy. having the characteristic of low schooling, occupation merchant or little pay so as not to have had children.

Key words: Anxiety, prenatal, obstetrical risk

INTRODUCCIÓN.

La experiencia perinatal suele ser difícil para las madres primigestas quien ve transformada su situación física, emocional, social y psicológica. En el caso del aspecto psicológico, es posible que la madre desarrolle trastornos de ansiedad, cuyos síntomas y tratamiento deriven en una serie de problemáticas tanto para la madre como para el bebé. Es necesario saber identificarlas y sobre todo diagnosticar para poder ofrecer un tratamiento eficaz y oportuno para el bienestar de ambos.

Hay evidencia de que la ansiedad excesiva como el elevado estrés psico-social puede asociarse con algunas alteraciones en la fisiología e incluso la morfología del bebé, también con bajo peso al nacer y con cambios en la actividad y desarrollo del feto. La ansiedad excesiva da lugar a cambios en el funcionamiento, comportamiento y estado emocional del bebé. Por todo lo anterior, es necesario detectar, diagnosticar y tratar la ansiedad perinatal lo más pronto posible, así como ofrecer un cuidado integral a la mujer embarazada y puerperal, para aliviar su sufrimiento y prevenir los efectos negativos.

Es importante recalcar la importancia de este estudio, ya que en la actualidad no se cuenta con bibliografía reciente que a nivel nacional e incluso internacional, reporte la incidencia de la ansiedad prenatal así como es muy escasa la información sobre el tema.

ANTECEDENTES

El embarazo es un periodo de crisis del desarrollo psicológico, en el que intervienen aspectos fisiológicos y dinámicos, vinculados al nivel de madurez emocional de la mujer embarazada, como: el sentido de feminidad, la presencia de conflictos no resueltos y la relación temprana madre-hijo. (1)

Las adaptaciones necesarias para el nacimiento afectan los ámbitos fisiológicos, sociales y psicológicos de la mujer y no importa qué tan positiva sea la respuesta emocional frente al nacimiento del bebé, ésta es una etapa muy estresante. El impacto de la enfermedad mental en la etapa perinatal puede ser muy amplio. El efecto sobre el desarrollo del niño es de particular importancia. Si el vínculo madre-hijo se encuentra alterado, el desarrollo, social, intelectual y cognoscitivo puede alterarse.(1)

La salud mental está condicionada por la capacidad que el individuo tenga, en un momento determinado, para enfrentar las diversas condiciones por las que atraviesa. El aparato mental posee una forma de organización particular de acuerdo con esas experiencias y con el resultado afectivo que de ellas surja. (2)

La ansiedad es un problema de salud mental que se cuenta entre los trastornos que con frecuencia es causa de consulta en la atención primaria y encabezan la lista de un nutrido grupo de problemas de salud que son tratados en estos servicios. Se cita que 25% de todos usuarios de la red ambulatoria se encuentran ansiosos pero esta patología puede estar enmascarada por síntomas somáticos, (3)

La gestante puede ser más difícil de manejar si presenta alteraciones emocionales, mas aun, si el medico desconoce como enfrentarlas: tal es el caso de la ansiedad. (3)

Existen varios factores de riesgo psicosociales, que pueden predisponer a que una paciente presente ansiedad con mayor frecuencia. Durante el embarazo los más importantes son: Factores socioeconómicos como empleo, pobreza y trabajo doméstico. Los factores fisiológicos como enfermedades físicas crónicas. Los factores psicológicos eventos de vida y aislamiento social. el nivel socioeconómico, educación, ingresos, empleo. Estrés, conflictos de pareja, eventos de vida negativos, insatisfacción con respecto al embarazo, sentirse enferma. Apoyo social: apoyo de la pareja, de amigos y familiares, número de amigos. (1)

En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, se detectó que los principales factores de riesgo para que las pacientes, atendidas en una institución médica dedicada a la atención de la salud reproductiva, presenten alguna alteración emocional, son: ser paciente obstétrica, tener un hijo vivo o más, no tener pareja, dedicarse al hogar, ser comerciante o desempleada, ser mayor de 35 años y tener una escolaridad de cero a nueve años.(3)

Una proporción de mujeres experimentan un nivel excesivo de ansiedad hasta el grado que ésta interfiere gravemente con su funcionamiento psicológico y social. Anteriormente, en psiquiatría se afirmaba que con el embarazo estos trastornos mejoraban, la evidencia existente no apoya tal afirmación. La ansiedad excesiva en esta etapa causa considerable sufrimiento y acarrea múltiples dificultades psico-sociales en la mujer que la padece, su compañero y de toda la familia. También interfiere negativamente en la relación con su bebé. A pesar del grave impacto e importancia de los trastornos de ansiedad éstos suelen pasar desapercibidos, aun por el personal de salud de atención primaria. (4)

Estas alteraciones tienen una alta co-morbilidad entre sí y con los estados depresivos. Hay evidencia de que la ansiedad excesiva (como el elevado

estrés psico-social) puede asociarse con algunas alteraciones en la fisiología e incluso la morfología del bebé, también con bajo peso al nacer y con cambios en la actividad y desarrollo del feto. La ansiedad excesiva da lugar a cambios en el funcionamiento, comportamiento y estado emocional del bebé. Por todo lo anterior, es necesario detectar, diagnosticar y tratar la ansiedad perinatal lo más pronto posible, así como ofrecer un cuidado integral a la mujer embarazada y puerperal, para aliviar su sufrimiento y prevenir los efectos negativos(1)

La ansiedad prenatal consiste en una sensación de angustia y malestar emocional casi constante. Es crónico y se acompaña de múltiples manifestaciones somáticas. Es un padecimiento grave y produce mucho sufrimiento a la paciente. Hay poca información sobre su relación con el periodo perinatal. Sin embargo, el clínico encontrará pacientes que lo sufren desde antes, y cuyo embarazo y transición a la parentalidad se verán afectados por la ansiedad constante. Además, presentará temores relacionados, respecto al embarazo, bienestar del bebé, papel de madre, etc. (5)

La paciente casi nunca está tranquila y siente una angustia flotante de que algo está mal. Los temores se refieren a muchas posibles áreas (la familia, el trabajo, las relaciones con otras personas, la auto-imagen, etc.), son excesivos e incontrolables. Hay síntomas somáticos acompañantes, que consisten en sensación constante de tener algo atorado en la garganta, sentir que no se puede inhalar suficiente aire, taquicardia, sensación de opresión o dolor en el pecho, hiperventilación, sudoración y parestesias. El malestar no se relaciona con situaciones específicas o estímulos desencadenantes. Hay demás dificultades para concentrarse, tensión muscular, fatiga e inquietud constante. (1)

Durante el embarazo se generan estados de tensión y ansiedad, en vista de que la gestación es un factor que demanda una serie de adaptaciones que pueden ser desequilibrantes, en esta etapa se presenta angustia al cambio de vida. (6)

Un dato importante es el señalar que la primera gestación, tiene el carácter de un evento único al que se enfrenta la mujer sin experiencia personal alguna; en el segundo y tercer embarazo, representan habitualmente una sobrecarga biológica y social moderada; desde el cuarto embarazo en adelante, la multiparidad elevada conlleva una sobrecarga severa. El estrés en el embarazo es en gran parte debido al presagio del parto inminente y de la incertidumbre del resultado final; es natural que existan preocupaciones y temores, que incluyen temor por ella misma, por su salud y durante este periodo y el parto, así como miedo al dolor y muerte. El temor por el hijo, incluyendo el miedo al aborto, a la malformación congénita, a la muerte intrauterina, de ahí que sea la primera gestación o no, tiene con la ambigüedad y la inminente incertidumbre del resultado final, las dos características para que sea un acontecimiento estresante.(6)

Si pudiéramos definir un perfil de embarazada que tendría más posibilidades de presentar cuadros de ansiedad o depresión, sería una mujer de más de 30 años, más frecuentemente segundípara y con algún aborto previo, con antecedentes psicológicos depresivos, dificultades en la relación de pareja y que trabaja como ama de casa o en hostelería preferentemente, y que se haya visto sometida durante el embarazo a técnicas invasivas y haya sido ingresada por hiperemesis. En relación con la valoración riesgo-beneficio, es más perjudicial para el feto que la madre se encuentre ansiosa o depresiva que el posible efecto que sobre él puede ejercer el psicofármaco. (7)

Las medidas estandarizadas para evaluar la ansiedad no son ampliamente utilizadas en los ambientes perinatales y la mayoría de los informes acerca de los síntomas de ansiedad, se basan en la entrevista diagnóstica o en escalas de autorreporte, El Cuestionario General de Salud es un instrumento autoaplicable, diseñado por Goldberg para la identificación de pacientes con alteraciones mentales, no psicóticas, en población general y que ameritan tratamiento especializado. Este cuestionario evalúa el estado mental actual

pero no ofrece una medida duradera ni la posibilidad de prever recaídas. Evalúa cinco áreas: síntomas somáticos, trastornos del sueño, desadaptación social, ansiedad y depresión. La aplicación del Cuestionario General de Salud se propone como tamiz para la identificación de mujeres con malestar o alteración psicológica y que pueda enviarse a entrevista clínica. (8)

Se estima que afecta a alrededor de 5% de la población general. En la práctica clínica de médicos generales, un estudio internacional de la Organización mundial de la Salud mostró una prevalencia de 8% de pacientes. Es por lo tanto, mucho más frecuente que los otros trastornos de mentales durante el embarazo. Suele iniciarse alrededor de los 35 años. Un estudio encontró una frecuencia de 8.5% en el primer trimestre del embarazo. En la etapa post-parto, varios estudios encontraron una frecuencia de entre 4 y 8%. En cuanto a las manifestaciones clínicas, puede haber miedo excesivo respecto a la salud del feto, acompañado de temor a lo que pudiera suceder en el parto y después de éste, con el bebé. Para ser calificados como síntomas, las ansiedades y preocupaciones deben ser excesivas e interferir seriamente con el bienestar y el funcionamiento de la persona. El curso clínico es crónico. En un estudio el curso clínico de los trastornos de ansiedad durante el embarazo en un grupo de 8,323 mujeres a las 18 y a las 32 semanas de la gestación, y posteriormente a las ocho semanas y a los ocho meses post-parto. En la mayoría de mujeres con ansiedad post-parto, ésta ya existía desde la gestación. (9)

Es necesario tratar de utilizar las estrategias que no requieren medicamentos, como las terapias de relajación y las cognoscitivo conductuales o las psicodinámicas. El tratamiento debe incluir enseñar a la paciente a relajarse y tratar de calmarse por sí misma. Una técnica consiste en tensionar los músculos por unos minutos y luego relajarlos gradualmente en las diferentes regiones del cuerpo, tales como los miembros, los músculos glúteos, espalda, abdomen, cuello y cara. Las técnicas de biorretroalimentación (elevar por sí misma la temperatura de los dedos, respiración abdominal y sugestión utógena) pueden calmarla. (10)

Se puede intentar una reestructuración cognoscitiva (enseñar a la paciente a reconocer la irracionalidad de sus preocupaciones sobre el presente y futuro), auto-vigilancia (detectar pensamientos negativos, catastróficos e improbables) y exponerse gradualmente a sus múltiples situaciones atemorizantes. Esto se facilita prescribiéndole que se imagine a propósito las situaciones catastróficas que teme, con un horario establecido “para preocuparse” en que no debe hacer otra cosa que eso. Las evaluaciones de la eficacia han sido positivas. (10)(4)

Los métodos psico-educativos la ayudan a saber que no es la única que sufre de tales pensamientos y temores, y que otras personas los han logrado resolver. Recientemente se han propuesto estrategias específicas: reconocer que la paciente tiene una “intolerancia de la incertidumbre”, y hay que enseñarla a aceptarla como algo usual en la vida. La paciente quiere siempre estar “segura” de que todo está bien, lo cual en condiciones normales es imposible. También puede creer que preocuparse “es bueno”, porque esto la ayuda a estar preparada para una posible contingencia. Cree mágicamente que si se preocupa, lo malo no puede pasar. Suele evitar abordar un problema a fondo y más bien se queda en la superficie de preocupación global basada en puras intuiciones e impresiones. Cuando han de utilizarse medicamentos, los antidepresivos (inhibidores de la receptación de la serotonina) pueden ser útiles. En casos muy graves pueden utilizarse ansiolíticos de tipo benzodiazepínico, pero de preferencia por muy corto tiempo y no durante el primer trimestre.(10)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México la ansiedad prenatal es frecuente, ya que en un estudio realizado en 3,162 pacientes obstétricas del INPER, se encontró que la prevalencia de malestar psicológico en esta población fue de 56.5%, mientras que la presencia de patología severa fue de 3.8%. Entre las pacientes con embarazo de alto riesgo la frecuencia de trastornos de ansiedad durante el 2005 fue de 12.1%: siendo el más común el trastorno de angustia sin agorafobia con 6.5%.(1)

Estudios han demostrado que de las mujeres que tienen mayor adaptación psicosocial presentan menor ansiedad, las mujeres de menor edad, menor escolaridad, menor ingreso económico, menor semana de gestación y con inicio del control prenatal tardío, presentan menor adaptación. La mujer primigesta en unión libre y no ama de casa tienen mayor ansiedad y menor aceptación al embarazo. Los resultados muestran una evidente necesidad de preparación para el embarazo y la maternidad, intervención básica del personal de enfermería (9).

Durante el embarazo las pacientes embarazadas están más susceptibles a presentar trastornos de ansiedad por lo que es importante determinar ¿Cuál es la frecuencia de la ansiedad prenatal en la UMF 20? Así como conocer cuales son los factores que favorecen se presenten en las pacientes embarazadas.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

La presencia de ansiedad se relaciona a numero de embrazo y el trimestre.

OBJETIVO

Determinar la frecuencia de ansiedad prenatal en pacientes embarazadas en la UMF 20.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Conocer el perfil sociodemografico de las pacientes embarazadas con ansiedad prenatal de la UMF 20.
- Identificar la tipología familiar de las pacientes embarazadas con ansiedad prenatal de la UMF 20
- Evaluar la presencia/ausencia de ansiedad en mujeres con embarazo de la UMF 20.
- Correlacionar la presencia de ansiedad con las variables de estudio.

SUJETOS MATERIAL Y MÉTODOS:

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO

El estudio se realizó en paciente embarazadas derechohabientes de la localidad que acudieron a su control mensual en la UMF no 20 del IMSS Delegación norte 01 México D, F.

Esta unidad cuenta con 31 consultorios además cuenta con servicios de odontología. Medicina preventiva, medicina del trabajo, curaciones, laboratorios y rayos X, así como servicio de enfermería como son la enfermera materno-infantil y prevenimss. Además de brindar dos programas a la población abierta (planificación familiar e inmunizaciones).

DISEÑO

TIPO DE ESTUDIO

POR EL CONTROL DE LA MANIOBRA EXPERIMENTAL POR EL INVESTIGADOR

Observacional: se presentan los fenómenos sin modificar intencionalmente las variables.

POR LA CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Prolectivo: la recolección de datos se hace a partir de información previamente recolectada para otros fines.

POR LA MEDICIÓN DEL FENÓMENO EN EL TIEMPO

Transversal: no se hace seguimiento, las Variables de resultado son medidas una sola vez.

POR LA PRESENCIA DE UN GRUPO CONTROL

Descriptivo: se estudia solo un grupo no se hacen comparaciones.

POR LA DIRECCIÓN DE ANÁLISIS

Estudio transversal o encuesta: no se toma en cuenta la dirección de análisis, solo se trata de establecer asociación. Se hace una sola medición en el tiempo de las variables de estudio.

GRUPOS DE ESTUDIO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes embarazadas en cualquier trimestre del embarazo,
- Que tengan más de 18 años.
- derechohabientes del IMSS con adscripción a la UMF 20.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con enfermedad que limitó el contestar las encuestas (deterioro cognitivo, enfermedad mental, disartria etc)

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que contestaron las encuestas incompletas.
- Pacientes que no contestaron más del 90% de la encuesta.
- Pacientes que después de contestar la encuesta decidieron retirarse del estudio.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Población de pacientes embarazadas 429

Muestra a encuestar 350 pacientes

Tamaño de muestra de un estudio con una variable dicotómica con un intervalo de confianza del 95 % al 0.5

DEFINICION DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Edad	Universal	El numero de años cumplidos desde la fecha de nacimiento al momento del estudio.	Se midió a través del año de nacimiento contenido en el agregado en el número de afiliación, registrado en el expediente.	Numérica discreta.
Ocupación	Universal	Características de la actividad que desempeña el encuestado.	Se midió de acuerdo a su ocupación	Nominal
Escolaridad	Universal	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Años cursados de educación formal, se clasificara en analfabeta, primaria, secundaria técnica o bachillerato, profesional, con la variante incompleta o completa.	Nominal
Estado civil	Universal	Estado civil en el que encuentre la paciente al momento del cuestionario	Se Pregunto directamente y se clasifco en soltero, casado, unión libre, divorciado, separado, viudo.	Nominal
Riesgo reproductivo	De estudio	Es la probabilidad que tiene toda mujer al embarazarse de presentar complicaciones durante el periodo gestacional y se cataloga en bajo y alto riesgo	Se medio a través de el formato MF 7, el cual cataloga en alto y bajo riesgo	Nominal,
Nivel socioeconómico	Universal	Nivel económico determinado por la percepción económica por el método de Graffar	Se utilizó el método de Graffar que valora 4 ítems donde se considera 4-6 alto, 7-9 medio alto, 10-12 medio bajo, 13-16 obrero, 17 a 20 marginal.	Nominal
Tipo de familia	Universal	Se clasificara la familia según composición, ocupación, cultura, nivel socioeconómico,	Se medió en la encuesta Se utilizó la clasificación de acuerdo a los conceptos básicos para el estudio de las familias de los archivos de medicina familiar del 2005. En base a su parentesco: nuclear, nuclear simple, nuclear numerosa, reconstruida, monoparental, monoparental	Nominal

			extendida, monoparental extensa compuesta, extensa, extensa compuesta, no parental, sin parentesco.	
Ansiedad prenatal	De estudio	La ansiedad prenatal consiste en una sensación de angustia y malestar emocional casi constante. Es crónico y se acompaña de múltiples manifestaciones somáticas. Es un padecimiento grave y produce mucho sufrimiento a la paciente	Mediante encuesta que realizó el investigador. se determino ansiedad cuando presentaron 23 puntos de l cuestionario de general de salud de GOLDBERG	Cualitativa Nominal Dicotómica

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal a pacientes derechohabientes de la UMF no 20. a las pacientes embarazadas en cualquier trimestre de su embarazo, con previo consentimiento informado se les realizó un cuestionario de 28 preguntas, sobre ansiedad en un periodo de un mes mediante una encuesta que se realizó por el investigador en donde se calificó si las pacientes presentaban ansiedad prenatal, evaluándolos mediante el cuestionario general de salud de GOLDBERG, considerando ansiedad prenatal a las paciente que obtuvieron una puntuación mayor de 23 puntos en el CGS, y el método de Graffar para el nivel socioeconómico. Donde se evaluó la profesión del jefe de familia, educación, ingresos así como alojamiento, (19). También se determinó el riesgo reproductivo a través del formato MF 7 donde se interrogó sobre edad peso talla antecedentes ginecobstericos como embarazos previos, abortos, enfermedades previas y complicaciones del embarazo etc.

Al termino de la encuesta se le solicitó a la paciente expresara si tuvo alguna duda sobre la encuesta o algún problema, posteriormente se le dieron las gracias por su participación.

Los datos fueron codificados y capturados en el SPSS versión 15 y emitidos en tablas de salida.

ANÁLISIS DE DATOS

Una vez obtenidos los resultados se analizaron utilizando una base de datos mediante el programa SPSS V15. Para la realización de estadística descriptiva que comprendió porcentajes y distribución de frecuencias para las variables cualitativas (ansiedad); y media, moda, DE para variables cuantitativas.(edad) y estadística analítica para la asociación de variables χ^2 , OR con intervalo de confianza de 95%.

Resultados

Se encuestaron 350 mujeres embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina familia No 20 con edad media de 24 años , rango de 18-24 $DE \pm 5.17$; las cuales refirieron el siguiente perfil sociodemográfico: escolaridad preparatoria 31% (n=104), ocupación ama de casa 40% (n=134) estado civil casada 52% (n=176), nivel socioeconómico medio bajo 46.6% (n=156). Cuadro 1.

Del total de las mujeres embarazadas que se encuestaron se obtuvo que el 72.8% (n=244), no presentaron ansiedad prenatal, mientras que el 27.2% (n=91) si la presento. Cuadro 2.

El perfil ginecoobstetrico referido fue riesgo reproductivo bajo 67.5% (n=109) cursar tercer trimestre del embarazo 43.3% (n=145) ser primigestas 58.2% (n=195) Cuadro 3.

El tipo de familia que presentaron las pacientes embarazadas en ausencia de ansiedad, familia nuclear 51.2% (N=125). El tipo de familia que presentaron la embarazadas con ansiedad fue nuclear 42.9% (n=39). Cuadro 4.

El perfil socio demográfico que predomino en ausencia de ansiedad fue: escolaridad de preparatoria 30.3% (n=74), ocupación ama de casa 36.9% (n=45), estado civil casada en 54.1% (N=132) nivel socioeconómico medio bajo 49.6% (n=121); mientras que el perfil que presento en mujeres con ansiedad fue: escolaridad bachillerato técnico con 27.5% (n=25), ama de casa 48.4% (n=44), estado civil casada 48.4% (n=44) y nivel socioeconómico nivel medio bajo 38.5% (n=28). cuadro 5.

Los antecedentes gineco-obstetricos de las mujeres con ausencia de ansiedad fueron: bajo riesgo reproductivo 86% (n=212), cursando el segundo trimestre del embarazo 43.9%(n=107), primigestas 58.2%(n=142) sin hijos, 57.4% (n=140). En cambio las pacientes con ansiedad presentaron, un alto riesgo reproductivo 84.6% (n=77), cursaban el tercer del embarazo, 58.2% (n=53), primigestas 58.2% (n=53), sin hijos en 58.2% (N=53) cuadro 6.

En la asociación de las variables con ansiedad se encontró que a menor grado de ansiedad, se observa presencia de ansiedad. (Primaria vs Profesional, OR13.33, IC 95%3.03-67.37 P0.000). Menor ocupación. (Comerciante vs Profesional OR18.67 IC95%2.42-187 P0.000). El no tener hijos previos.(sin hijas vs con un hijo OR2.1 IC95%1.3-4.34 P0.028). cuadro 7.

Cuadro 1. Descripción sociodemográfica de las mujeres embarazadas adscritas a la UMF No. 20.

Variable	Frecuencia	%
Escolaridad		
• Analfabeta	1	0.3
• Primaria	32	9.6
• Secundaria	84	25.1
• Preparatoria	104	31.0
• Bachillerato Técnico	70	20.9
• Licenciatura	43	12.8
• Posgrado	1	0.3
Ocupación		
• Ama De Casa	134	40.0
• Estudiante	54	16.1
• Empleada	112	33.4
• Comerciante	11	3.3
• Profesionista	22	6.6
Estado Civil		
• Soltera	84	25.1
• Casada	176	52.5
• Unión Libre	71	21.2
• Concubina	2	0.6
• Separada	2	0.6
Nivel Socioeconómico		
• Alto	10	3.0
• Medio Alto	64	19.1
• Medio Bajo	156	46.6
• Obrero	76	22.7
• Marginal	29	8.7

Cuadro 2. Descripción la presencia/ausencia de ansiedad en las mujeres embarazadas adscritas a la UMF No. 20.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad		
• Sin ansiedad prenatal	244	72.8
• Con ansiedad prenatal	91	27.2

Cuadro 3. Descripción del perfil ginecoobstetrico de las mujeres embarazadas adscritas a la UMF No. 20.

Variable	Frecuencia	%
Riesgo reproductivo		
• Riesgo Bajo	226	67.5
• Riesgo Alto	109	32.5
Trimestre		
• 1er Trimestre	45	13.4
• 2do Trimestre	145	43.3
• 3er Trimestre	145	43.3
Primigestas		
• No Primigesta	140	41.8
• Primigesta	195	58.2
Numero de hijos		
• 0	195	57.6
• 1	83	25.4
• 2	32	9.6
• 3	16	4.8
• 4	9	2.7

Cuadro 4. Descripción del tipo de familia de las mujeres embarazadas y la presencia/ausencia de ansiedad.

Tipo de familia	Sin ansiedad		Con ansiedad	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Monoparental	27	11.1	9	9.9
Nuclear	125	51.2	35	38.5
Nuclear extensa	75	30.7	39	42.9
Nuclear compuesta	5	2	0	0
Nuclear reconstituida	0	0	4	4.4
Monoparental extensa	12	2.9	2	2.2
Monoparental compuesta	0	0	2	2.2

Cuadro 5 . Descripción sociodemográfica de las mujeres embarazadas adscritas a la UMF No. 20 de acuerdo a la presencia o ausencia de ansiedad.

Variable	ANSIEDAD			
	AUSENCIA		PRESENCIA	
	N	%	N	%
Escolaridad				
• Analfabeta	0	0.0	1	1.1
• Primaria	16	6.6	16	17.6
• Secundaria	69	28.3	15	16.5
• Preparatoria	74	30.3	30	33
• Bachillerato técnico	45	18.4	25	27.5
• Licenciatura	40	16.4	3	3.3
• Posgrado	0	0.0	1	1.1
Ocupación				
• Ama de casa	90	36.9	44	48.4
• Estudiante	51	20.9	3	3.3
• Empleada	79	32.4	33	36.3
• Comerciante	3	1.2	8	8.8
• Profesionista	21	8.6	3	3.3
Estado civil				
• Soltera	61	25.0	23	25.3
• Casada	132	54.1	44	48.4
• Unión libre	51	20.9	20	22.0
• Concubina	0	0.0	2	2.2
• Separada	0	0.0	2	2.2
Nivel socioeconómico				
• Alto	10	4.1	0	0.0
• Medio alto	57	23.4	7	7.7
• Medio bajo	121	49.6	35	38.5
• Obrero	48	19.7	28	30.8
• Marginal	8	3.3	21	23.1

Cuadro 6. Descripción gineco-obstetrica de las mujeres embarazadas adscritas a la UMF No. 20. De acuerdo a la presencia o ausencia de ansiedad

Variable	ANSIEDAD			
	AUSENCIA		PRESENCIA	
	N	%	N	%
Riesgo reproductivo				
• Riesgo bajo	212	86.9	14	15.4
• Riesgo alto	32	13.1	77	84.6
Trimestre				
• 1er trimestre	31	12.7	14	15.4
• 2do trimestre	107	43.9	38	41.8
• 3er trimestre	106	43.4	39	42.9
Primigestas				
• No primigesta	102	41.8	38	41.8
• Primigesta	142	58.2	53	58.2
Numero de hijos				
• 0	140	57.4	53	58.2
• 1	72	29.5	13	14.3
• 2	22	9.0	10	11.0
• 3	9	3.7	7	7.7
• 4	1	0.4	8	8.8

Cuadro 7. Asociación entre las variables de estudio y la presencia de ansiedad OR y Razón de momios

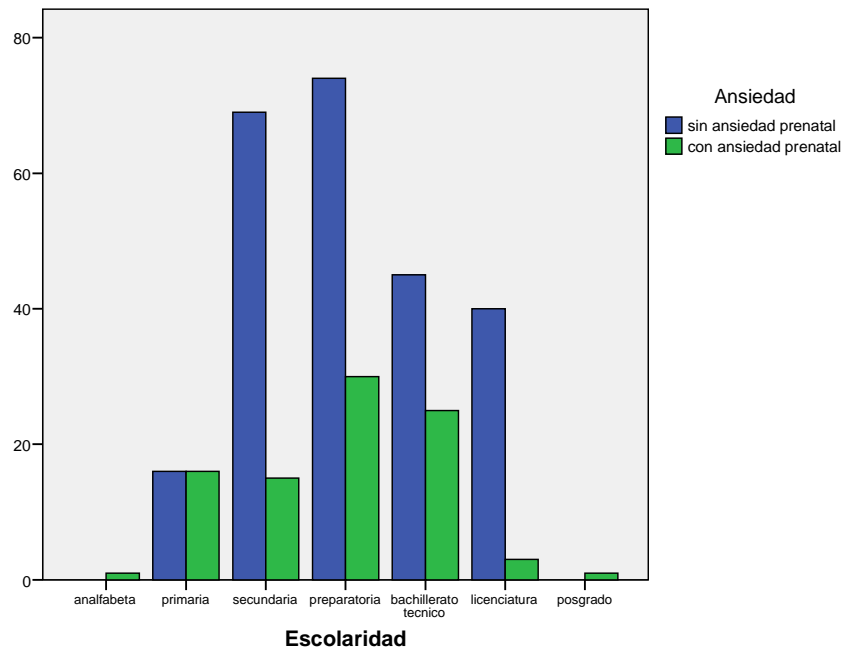
VARIABLES	OR	ICC95%	P/*
ESCOLARIDAD			
Primaria-secundaria	4.6	1.73-12.38	0
Secundaria-preparatoria	0.24	0.11-0.54	0
Preparatoria-bachillerato	0.74	0.36-1.747	0.34
Bachillerato-profesional	7.41	1.92-33.45	0
Preparatoria-profesional	5.41	1.95-23.76	0.003
Primaria-profesional	13.33	3.03-67.37	0
Primaria-preparatoria	2.47	1.02-6.01	0.0275
OCUPACION			
Ama de casa-estudiante	8.31	2.31-35.39	0
Estudiante-empleada	0.14	0.03-0.52	0
Empleada-comerciante	0.16	0.03-0.71	0.003
Comerciante-profesional	18.67	2.42-187	0
ama de casa-empleada	1.17	0.6-2,09	0
Empleada-profesional	2.92	0.75-13.26	0.8088
ESTADO CIVIL			
Soltera-casada	1.13	0.8-2.12	0.687
Casada-uni3n libre	0.85	0.44-1.66	0.667
Soltera-uni3n libre	0.96	0.45-2.07	0.913
NIVEL SOCIOECONOMICO			
Medio alto-medio bajo	0.42	0.16-1.08	0.492
Medio bajo-obrero	0.5	0.26-0.94	0.02
Obrerao-marginal	0.22	0.08-0.62	0.001
Medio alto-marginal	0.05	0.01-0.16	0
Medio alto-obrero	0.21	0.008-0.56	0
Medio bajo-marginal	0.11	0.48-0.29	0.008

*chi cuadrada.

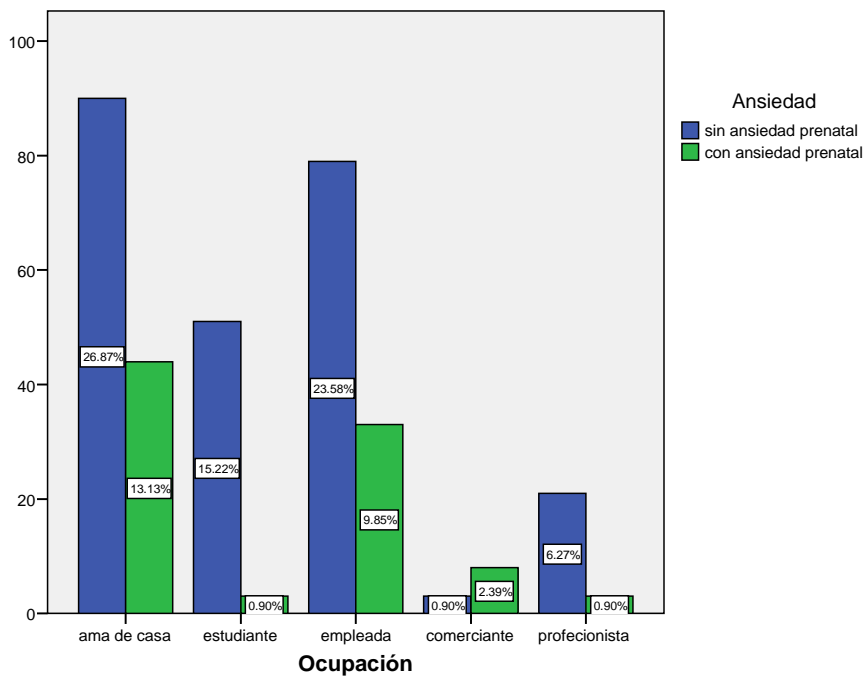
RIESGO REPRODUCTIVO			
Bajo-alto	0.03	0.01-0.06	0
Tipo de familia			
Monoparental-nuclear	1.19	0.47-2.96	0.685
Nuclear-nuclear extensa	0.54	0.3-0.96	0.023
Nuclear extensa- monoparental extensa	3.12	0.6-21.30	0.133
Monoparental-nuclear extensa	0.64	0.25-1.60	0.303
Monoparental-monoparental extensa	2	0.32-15.74	0.416
Nuclear-monoparental extensa	1.68	0.33-11.43	0.506
Hijos			
0-1	2.1	1.3-4.34	0.028
1--2	0.9	0.14-1.14	0.53
2--3	0.58	0.14-2.39	0.398
3--4	0.1	0.00- 1.16	0.03
0--2	0.83	0.35-2.03	0.659
0-3	0.49	0.16-1.54	0.167
0-4	0.05	0.00-0.39	0
1--3	0.23	0.06-0.85	0.091
1--4	0.02	0.00-0.21	0
2--4	0.06	0.00-0.57	0.002
Trimestre			
1er-2do	1.27	0.57-2.8	0.52
2do-3er	0.97	0.55-1.68	0.894
1er-3er	1.23	0.55-2.7	0.582
Primigestas			
No primigesta-primigesta	1	0.59-1.67	0.994

*chi cuadrada.

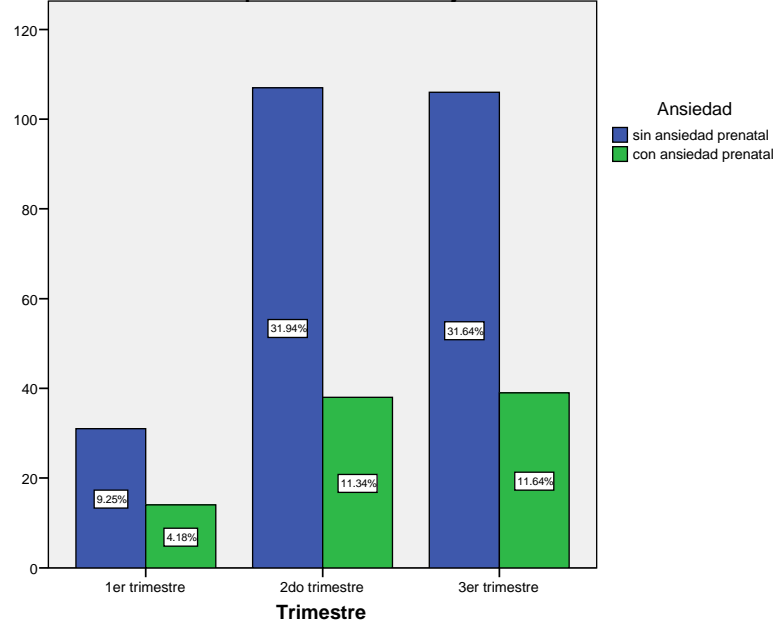
Escolaridad de las mujeres embarazadas de acuerdo a la presencia/ausencia de ansiedad



Ocupación de las mujeres embarazadas de acuerdo a la ausencia/presencia de ansiedad



Trimestre de embarazo que cursaban las mujeres encuestadas de la UMF 20



DISCUSIÓN

El estudio demostró que una tercera parte de las mujeres embarazadas cursan con ansiedad sobre todo en el último trimestre del embarazo y que esta se asocia con las mujeres con escolaridad primaria y ocupación del hogar.

En España un estudio realizado por **Blasco y Monedero**(7) mencionaron que si se pudiera definir un perfil de embarazada con más posibilidades de presentar cuadros de ansiedad o depresión, sería una mujer de más de 30 años, más frecuentemente secundípara, con algún aborto previo, con antecedentes psicológicos depresivos, dificultades en la relación de pareja, que trabaja como ama de casa o en hostelería, que se ha sido sometida durante el embarazo a técnicas invasivas y ingresada por hiperémesis. Mencionando que se encuentra relacionado al estilo de vida, donde las mujeres retrasan su vida reproductiva por la vida laboral que la, así como se asocia a los eventos estresantes durante el embarazo, complicaciones durante el embarazo. Sobretudo si tienen el antecedente de haber sufrido una pérdida anteriormente.

Silva y Díaz(4) en Venezuela en un estudio que se realizó para determinar los síntomas de ansiedad y depresión durante el embarazo, así como conocer las variables que interfieren en este aspecto. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: edad promedio de las embarazadas menor que la de las pacientes no embarazadas. El concubinato fue más frecuente en las mujeres embarazadas, que en las mujeres no embarazadas. En el grupo de embarazadas, no se encontró asociación estadística del aumento de ansiedad y depresión con algún trimestre del embarazo en específico, pero se halló dependencia estadísticamente significativa entre embarazo y presencia de ansiedad. En las pacientes embarazadas la tenencia de pareja no incidió en su estado depresivo; tengan o no pareja se deprimen de igual forma. Los autores comentan que esto es debido a que la nueva situación genera ansiedad y niveles elevados de estrés que pueden estar fuertemente condicionados por las demandas sociales a la que debe acomodarse la mujer, así como los cambios emocionales que se producen durante la gestación.

Ontiveros y López(15) en el estado de Sonora encontraron que el bajo ingreso económico, menor edad y menos escolaridad, son factores que se asociaron a menor adaptación psicosocial y presencia de ansiedad. Las condiciones anteriores mencionadas ocasionan menor preparación al parto en primigestas de bajo riesgo, sin embargo no se encontró diferencia entre el segundo y tercer trimestre del embarazo, los autores mencionaron que existían otras variable como relación conflictiva con la madre, aceptación del embarazo , preocupación por el bienestar de ella y su bebé, expectativas del rol de nueva madre por parte de la pareja, lo que produjo, que la futura madre no se sintiera apta para el término de su embarazo, por lo que manifestó pérdida de control sobre sus emociones y presentó ansiedad que pudiera haber sido incrementada por imposiciones y expectativas sociales, cuando se enfrenta a la inminente llegada del infante.

Gomez -Lopez(3) en el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, se encontró que los principales factores de riesgo para que las pacientes atendidas en salud reproductiva presentaran alguna alteración emocional fueron ser paciente obstétrica, tener un hijo vivo o más, no tener pareja, dedicarse al hogar, ser comerciante o desempleada, ser mayor de 35 años y tener una escolaridad de cero a nueve años. Refiriendo como factores importantes socioeconómicos (educación, ingresos, empleo, pobreza trabajo doméstico) fisiológicos: (enfermedades físicas crónicas), psicológicos: (eventos de vida y aislamiento social) , eventos de estrés (conflictos de pareja, eventos de vida negativos, insatisfacción con respecto al embarazo, sentirse enferma) y apoyo social (pareja, amigos, familiares y número de amigos).

En el embarazo es un momento especial para la mujer durante el cual se manifiesta un gran número de emociones de ambivalencia que podría. generar ansiedad y niveles elevados de estrés condicionados por las demandas sociales ante esta nueva situación a la que debe acomodarse la mujer. Como el hecho de enfrentarse a una nueva situación desconocida para ella

enfrentando nuevos gastos así como responsabilidades y obligaciones, dejando de ser el centro de atención de la familia y se relevada por el recién nacido, así como las demandas por parte de la pareja así como las expectativas individuales, dependiendo en gran parte de la relación con su madre,

Los datos aportados por la investigación, indican que el estado emocional de la mujer no varía en función del trimestre de gestación significativamente, sino que se mantiene como una constante durante todo el embarazo. Que se asocia con tener escolaridad menor escolaridad (primaria VS prepa o licenciatura), dedicarse a ser ama de casa en comparación con estudiante o empleada. Lo cual puede ser explicado por las demandas sociales (rol de madre) y repercusiones económicas (gastos económicos suscitados de la atención médica y para cubrir las necesidades básicas en el recién nacido) así como el no haber tenido hijos, ya que se enfrenta a situación desconocida, que comentaron los autores(3,15)

En conclusión se encontró que el número de hijos es factor que se asocian a la presentación de ansiedad en las mujeres gestantes sin embargo cabria indagar otros aspectos como en apoyo y funcionamiento conyugal, adaptabilidad a las crisis, correlación entre ingresos económicos y necesidades satisfechas, cohabitación, redes de apoyo ,complicaciones durante el embarazo, antecedentes psicológicos previos, modos de confrontamiento a los problemas entre otros; a si como hacer un seguimiento durante puerperio para evaluar modificación en los niveles de ansiedad.

CONCLUSIONES

- El 72.8% de la mujeres gestantes no presentaron ansiedad prenatal, mientras que el 27.2% si la refirieron.
- El perfil que presento en mujeres con ansiedad fue: escolaridad bachillerato técnico con 27.5%, ama de casa 48.4%, estado civil casada 48.4% y nivel socioeconómico nivel medio bajo.
- El tipo de familia que presentaron la embarazadas con ansiedad fue nuclear extensa 42.9%.
- Las variables que se asociaron a ansiedad fue la baja escolaridad, ocupación poco remunerable o inestable, así como el no haber tenido hijos.

Comentarios y recomendaciones

La ansiedad prenatal esta correlacionada con el numero de hijos como factor que se asocian a la presentación de esta en las mujeres gestantes sin embargo cabria indagar otros aspectos como en apoyo y funcionamiento conyugal, adaptabilidad a las crisis, correlación entre ingresos económicos y necesidades satisfechas, cohabitación, redes de apoyo ,complicaciones durante el embarazo, antecedentes psicológicos previos, modos de confrontamiento a los problemas entre otros; a si como hacer un seguimiento durante puerperio para evaluar modificación en los niveles de ansiedad.

BIBLIOGRAFIA

1. ASOCIACION PSIQUIATRICA MEXICANA. MANUAL DE TRASTORNOS MENTALES . ED 2005
2. HAROLD I. KAPLAN BENJAMIN J. SADOCK. SINOPSIS DE PSIQUIATRIA. ED LIPPINCOTT. OCTAVA EDICIÓN
3. MA. EUGENIA GÓMEZ-LÓPEZA GUÍA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA PACIENTES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO. PERINATOL REPROD HUM 2007; 21: 111-121.
4. ERIINDA SILVA', VANESA DIAZ", MARIA ARNOLDA MEJIAS ANSIEDAD Y DEPRESION DURANTE EL EMBARAZO.. INFORMED VOL. 9, N° 9. 2007, 457-464
5. JOSÉ GABRIEL ESPÍNDOLA-HERNÁNDEZ, FRANCISCO MORALES-CARMONA. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UN GRUPO PSICOTERAPÉUTICO DE PACIENTES OBSTÉTRICAS CON TRASTORNO MENTAL. PERINATOL REPROD HUM 2006:20: 91-97
6. ROSA MARÍA DÍAZ ROMERO, VÍCTOR DANIEL AGUILAR FIGUEROA, ESTRÉS Y EMBARAZO. REVISTA ADM 1999;LVI(1):27-31
7. MARTA BLASCO ALONSO. CAROLINA MONEDERO MORA. JAVIER ALCALDE TORRE ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN GESTANTES CONTROLADAS EN LA UNIDAD DE INECOLOGÍA PSICOSOMÁTICA DEL HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE MÁLAGA. PROG OBSTET GINECOL. 2008;51(6):334-41
8. FRANCISCO MORALES CARMONA, DIANA PIMENTEL NIETO, CLAUDIA SÁNCHEZ BRAVO VERSIÓN BREVE (15 REACTIVOS) DEL CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD PARA LA IDENTIFICACIÓN OPORTUNA DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN MUJERES. GINECOL OBSTET MEX 2008;76(6):313-8
9. IRMA ANGÉLICA RIVERA ALONSO. JULIA TERESA LÓPEZ ESPAÑA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS. DRA. VELIA MARGARITA CÁRDENAS VILLARREAL. ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL Y ANSIEDAD EN MUJERES PRIMIGESTAS DE ALTO Y BAJO RIESGO OBSTÉTRICO.. REVISTA SALUD PUBLICA Y NUTRICIÓN. NO 4.2009
10. MARTIN MALDONADO DURAN. TERESA LARTIGUE. LA PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTAS EN LA ETAPA PERINATAL. PERINATOL REPROD HUM 2008,22:79-89
11. MARTÍN MALDONADO-DURÁN, A TERESA LARTIGUE. TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA ETAPA PERINATAL. PERINATOL REPROD HUM 2008; 22: 100-110
12. GUSTAVO ROMERO-GUTIÉRREZ, * ERIKA MARCELA DUEÑAS-DE LA ROSA, PREVALENCIA DE TRISTEZA MATERNA Y SUS FACTORES ASOCIADOS. GINECOL OBSTET MEX 2010;78(1):53-57
13. ANA REGINA RODRIGUES*1, JULIO PÉREZ-LÓPEZ2 Y ALFREDO G. BRITO DE LA NUEZ2 LA VINCULACIÓN AFECTIVA PRENATAL Y LA ANSIEDAD DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES MESES DEL EMBARAZO EN LAS PADRES Y PADRES TEMPRANOS. UN ESTUDIO PR ELIMINAR. ANALES DE PSICOLOGÍA. 2004, VOL. 20, Nº 1 (JUNIO), 95-102
14. MÉNDEZ-CASTELLANO H. Y MÉNDEZ MC. SOCIEDAD Y ESTRATIFICACIÓN. MÉTODO GRAFFAR MÉNDEZ-CASTELLANO. ED. FUNDACREDESA. CARACAS-VENEZUELA. 1994
15. MARTINA ONTIVEROS-PÉREZ* JULIA TERESA LÓPEZ-ESPAÑA. ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL Y NIVELES DE ANSIEDAD EN EMBARAZADAS PRIMIGESTAS DE BAJO RIESGO OBSTÉTRICO. BOL CLIN HOSP INFANT EDO SON 2010; 27(2): 92-98

ANEXOS

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG -GHQ28-

Puntuación total: _____ Fecha: _____

Nombre : _____ NSS: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____ ocupación _____

Estado civil _____

Integrantes que viven en casa

NIVEL SOCIOECONOMICO. Encierre en un circulo su respuesta.

1. Profesión del Jefe de Familia

1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)

2.- Nivel de instrucción de la madre

1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
4	Enseñanza primaria, o alfabeto (con algún grado de instrucción primaria)
5	Analfabeta

3.-Principal fuente de ingreso de la familia

1	Fortuna heredada o adquirida
2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
3	Sueldo mensual
4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
5	Donaciones de origen público o privado

4.- Condiciones de alojamiento

1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Instrucciones

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias.

EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:

A.

A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

- Mejor que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Peor que lo habitual
- Mucho peor que lo habitual

A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

B.

B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

- B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
- No, en absoluto
 - No más que lo habitual
 - Bastante más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual.

- B.4 ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
- No, en absoluto
 - No mas que lo habitual
 - Bastante más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual.

- B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
- No, en absoluto
 - No mas que lo habitual
 - Bastante más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual.

- B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?
- No, en absoluto
 - No mas que lo habitual
 - Bastante más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual.

- B.7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?
- No, en absoluto
 - No mas que lo habitual
 - Bastante más que lo habitual
 - Mucho más que lo habitual.

C.

- C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?
- Más activo que lo habitual
 - Igual que lo habitual
 - Bastante menos que lo habitual
 - Mucho menos que lo habitual

- C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?
- Menos tiempo que lo habitual
 - Igual que lo habitual
 - Más tiempo que lo habitual
 - Mucho más tiempo que lo habitual

- C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?
- Mejor que lo habitual
 - Igual que lo habitual
 - Peor que lo habitual
 - Mucho peor que lo habitual

- C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?
- Más satisfecho que lo habitual
 - Igual que lo habitual
 - Menos satisfecho que lo habitual
 - Mucho menos satisfecho que lo habitual

- C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?
- Más útil de lo habitual
 - Igual de útil que lo habitual
 - Menos útil de lo habitual
 - Mucho menos útil de lo habitual

- C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?
- Más que lo habitual
 - Igual que lo habitual
 - Menos que lo habitual
 - Mucho menos que lo habitual

- C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?
- Más que lo habitual
 - Igual que lo habitual
 - Menos que lo habitual
 - Mucho menos que lo habitual

D.

D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?

- Claramente, no
- Me parece que no
- Se me ha cruzado por la mente
- Claramente, lo he pensado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

México D.F. a _____ de _____ del 2011.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado Frecuencia de ansiedad en pacientes embarazadas mayores de 18 años, en la UMF no. 20

Registrado ante el Comité Local de Investigación

3404

El objetivo del estudio es obtener información que nos permita determinar la presencia de ansiedad en pacientes embarazadas mayores de 18 años, en la UMF 20

Se me ha explicado que mi participación consistirá en aceptar leer cuidadosamente el siguiente cuestionario y contestar lo más honestamente posible las preguntas que se plantean en él.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

No se pone en riesgo la integridad de las pacientes

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dra. María del Carmen Aguirre García 10859357

Números telefónicos a los cuáles puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio, 53 33 11 00 ext. 15320.

Testigo

Testigo